

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/10 vom 16. November 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2019_10

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/10 du 16 novembre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/10 del 16 novembre 2020

Regeste

Strukturelle Unfallrestfolgen bejaht. Die kognitiven Einschränkungen bzw. die Fatigue-Symptomatik gehen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die strukturellen Unfallfolgen zurück. Gestützt auf das im Beschwerdeverfahren eingereichte Gutachten, welches in Übereinstimmung mit anderen neuropsychologischen Abklärungen steht, ist von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Taggelder sind zu Unrecht gekürzt worden. Einkommensvergleich. Anspruch auf halbe Invalidenrente bejaht. Festlegung des versicherten Verdienstes. Rückweisung zur Abklärung und Festsetzung der Integritätsentschädigung unter Berücksichtigung des unfallkausalen Tinnitusleidens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. November 2020, UV 2019/10). Teilweise aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_15/2021.

Volltext

Entscheid vom 16. November 2020 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. UV 2019/10 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Lorenz Gmünder, Schwager Mätzler Schneider, Poststrasse 23, Postfach 1936, 9001 St. Gallen, gegen SWICA Versicherungen AG, Römerstrasse 37, Postfach, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter), war als Geschäftsleiter der B.____ GmbH bei der Swica Versicherungen AG (nachfolgend: Swica), Winterthur, unfallversichert, als er am 3. April 2013 in den Ferien in C.____ stürzte und sich dabei Kopfverletzungen zuzog (vgl. UV-act. 1). Eine Erstversorgung erfolgte in Spitälern in C.____ (vgl. UV-act. 1 und 16 S. 7). Am 9. April 2013 liess der Versicherte den Unfall über eine Mitarbeiterin der Swica melden (UV-act. 1 f.). Am T.____. April 2013, dem Tag seiner Rückkehr in die Schweiz (zur Rückkehr vgl. UV-act. 264 S. 12, oben), stellte sich der Versicherte unverzüglich auf der zentralen Notfallaufnahme des Spitals U.____ vor (vgl. UV-act. 16 S. 7), wo ein CT des Neurokraniums angefertigt wurde (vgl. UV-act. 110 6 f.) und eine Untersuchung in der Neurochirurgie stattfand (vgl. UV-act. 16 S. 7 f.). Die Ärzte diagnostizierten im Wesentlichen einen Status nach einem Schädel-/Hirntrauma, eine leicht dislozierte mehrfragmentäre Fraktur der Vorderwand des Sinus frontalis beidseits (einstrahlend in das Orbitadach), eine Fraktur der Lamina papyracea beidseits und bis zur Crista galli reichend, eine leicht dislozierte Orbitabodenfraktur rechts, eine mehrfragmentäre dislozierte Nasenfraktur und ein residuelles beidseitiges Monokelhämatom (vgl. UV-act. 16 und 110 S. 6 f.). Bei fehlendem Nachweis einer intrakraniellen Hämorrhagie (vgl. UV-act. 110 S. 6 f. und 16 S. 8, unten) und klinisch-neurologisch unauffälligem Status wurde der Versicherte nach Hause entlassen mit

der Aufforderung, sich bei im Verlauf allfällig auftretender Rhinorrhoe, Kopfschmerzen, Fieber oder sonstiger Infektionszeichen notfallmässig vorzustellen (UV-act. 16 S. 8). In einer Sprechstunde vom 15. April 2013 in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik (HNO-Klinik) des X.____ erkannten die behandelnden Ärzte keine Indikation für ein operatives Vorgehen (UV-act. 16 S. 4 f.). Anlässlich einer Vorstellung in der HNO-Klinik vom 15. Mai 2013 klagte der Versicherte über starke Kopfschmerzen, über eine ausgeprägte Konzentrationsschwäche mit Gedankenverlangsamung sowie über leichte Wortfindungsstörungen. Aus HNO-Sicht wurde kein Handlungsbedarf festgestellt, sondern die neuropsychologischen Störungen als im Vordergrund stehend bezeichnet und eine diesbezügliche Behandlung empfohlen (UV-act. 16 S. 2 f.). Ab dem 10. Juni 2013 nahm der Versicherte seine Tätigkeit wieder in einem Pensum von 50 % auf (UV-act. 13 und 14). Am 29. Juni 2013 wurde der Versicherte aufgrund verstärkter Kopfschmerzen, Allgemeinzustandsverschlechterung, erhöhter Temperatur, Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie Übelkeit notfallmässig ins X.____ eingeliefert (vgl. UV-act. 18), wo die behandelnden Ärzte eine Meningitis diagnostizierten (UV-act. 37 S. 1). Eine gleichentags durchgeführte CT-Untersuchung brachte die aus der Voruntersuchung vom April 2013 bekannten nicht konsolidierten Frakturen sowie Hypodensitäten im periventrikulären Marklager beidseits (gemäss Einschätzung des untersuchenden Radiologen in erster Linie mikroangiopathischer Genese im Sinne einer moderaten chronischen Leukenzephalopathie) zur Darstellung (vgl. UV-act. 110 S. 7 und 37 S. 2; vgl. ferner die MRT-Untersuchung vom 1. Juli 2013, UV-act. 110 S. 2 f.). Für die leicht frontal betonten gliotischen Veränderungen wurde neben einer vaskulären Leukenzephalopathie auch eine entzündliche Ursache diskutiert (UV-act. 37 S. 2). Aufgrund des Verdachts einer posttraumatischen Genese der Meningitis mit Eintrittspforte durch die bestehenden Gesichtsschädelfrakturen wurde eine antibiotische Therapie begonnen, jedoch wegen fehlender entsprechender bakterieller Nachweise auch eine virale Entzündungsursache in Betracht gezogen. Der Versicherte war bis zum 8. Juli 2013 in der Klinik für Neurologie hospitalisiert, wo sich unter antibiotischer und antiviraler Therapie ein erfreulicher Verlauf einstellte (UV-act. 37 S. 3). Am 8. Juli 2013 wurde der Versicherte in die HNO-Klinik verlegt (vgl. UV-act. 37 S. 3 und 40 S. 3), wo am 9. Juli 2013 ein operativer Eingriff mit mittlerer Meatotomie, Ethmoidektomie, Vergrösserung des Stirnhöhlenausflustraktes sowie Abdichten der Schädelbasis mittels Temporalisfaszie durchgeführt wurde (UV-act. 40 S. 2 ff.). Am 13. Juli 2013 wurde der Versicherte nach Hause entlassen (UV-act. 40 S. 3). Ab dem 19. August 2013 nahm er seine Arbeit wieder in einem Pensum von 50 % auf (UV-act. 28, 30 und 47 S. 1). Am 21. August 2013 fand in der Klinik für Neurologie des X.____ eine neuropsychologische Untersuchung statt, in welcher leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörungen sowie Hinweise auf eine mittelschwere depressive Symptomatik festgestellt wurden, wobei der Versicherte den Grund für die depressive Symptomatik in der sozialen Situation (...) sah. Die untersuchenden Psychologen empfahlen die Behandlung der depressiven Symptomatik sowie eine berufsbegleitende Ergotherapie/Neuropsychologie, beispielsweise im Ambulatorium der D.____-Klinik in O.____ (UV-act. 38). Eine MRT-Verlaufsuntersuchung des Neurokraniums mit einer MR-Angiographie der hirnversorgenden Gefässe extra- und intrakraniell vom 11. September 2013 ergab im Vergleich zur Voruntersuchung vom 1. Juli 2013 ein rückgebildet verstärktes durales Enhancement frontal bei einem Zustand nach einem Trauma mit Mittelgesichtsfrakturen. Die MRT-Befunde zeigten eine normale Gefässdarstellung und keine Anhaltspunkte für aktiv-entzündliche Veränderungen. Die noch immer sichtbaren Marklagergliosen waren wiederum nicht eindeutig zuzuordnen

(vgl. UV-act. 110 S. 4 f.). In einem Bericht vom 7. Oktober 2013 erklärte Dr. med. E.____, Klinik für Neurologie des X.____, dass die bereits im Juli 2013 nachgewiesenen Marklagergliosen in der MRT-Untersuchung vom 11. September 2013 unverändert zur Darstellung gekommen seien und bei bekannter Hypertonie am ehesten mikroangiopathischer Genese seien, wenngleich die frontale Betonung hierfür untypisch sei (DD: posttraumatisch, DD: vaskulitisch). Hinweise für das Vorliegen einer Vaskulitis ergäben sich aktuell keine (UV-act. 126 S. 2). In einem Bericht zu Händen der Swica vom 19. November 2013 attestierte der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, P.____ AG, O.____, dem Versicherten bis zum 18. August 2013 eine 100%ige, ab dem 19. August 2013 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (UV-act. 71). Am 26. November 2013 meldete sich der Versicherte aufgrund in der Nacht respektive am Morgen aufgetretener Schmerzen an der Stirn rechts sowie einer sichtbaren Schwellung am medialen Augenwinkel rechts bei Dr. F.____, welchen ihn notfallmässig dem X.____ zuwies (vgl. UV-act. 77 und 94; bzgl. Befunde des gleichentags angefertigten CT, welches noch immer nicht konsolidierte Frakturen sowie neu eine Sinusitis zeigte, vgl. UV-act. 110 S. 10). Die behandelnden Ärzte interpretierten die Schwellung am ehesten als sinugene Ausbreitung einer leichten Entzündung. In der Reevaluation am 27. November 2013 zeigte sich eine Regredienz der Schwellung und der Schmerzen unter Otrivin (UV-act. 94). Aufgrund rezidivierender Schwellungen sowie Schmerzen frontal rechts mit teils blutiger Sekretion aus der Nase wurde am 14. Januar 2014 eine operative Stirnhöhlenrevision rechts durchgeführt (UV-act. 100). Am 5. Februar 2014 begann der Versicherte eine neuropsychologische Therapie im Ambulatorium der D.____-Klinik (vgl. UV-act. 99; zum Datum des Beginns vgl. UV-act. 173 S. 47). In einem Verlaufsbericht vom 16. April 2014 hielt Dr. med. G.____, FMH Neurologie, D.____-Klinik, fest, dass beim Versicherten belastungsabhängige Kopfschmerzen sowie auch eine verminderte Belastbarkeit mit kognitiven Einschränkungen im Vordergrund stünden. Die Arbeitsfähigkeit schätzte er auf 50 % (UV-act. 127). Im Juni 2014 wurde der Versicherte im Auftrag der Swica von der H.____ bidisziplinär (neurochirurgisch und HNO-ärztlich) begutachtet (UV-act. 173 S. 1 ff.). Im Gutachten vom 19. Dezember 2014 hielt Dr. med. I.____, Facharzt Neurologie und Neurochirurgie, fest, dass der Versicherte ein Schädelhirntrauma sowie eine Meningitis, die als unfallbedingt einzustufen sei, erlitten habe. Die Genese der in den bildgebenden Untersuchungen dargestellten Marklagergliosen sei noch nicht geklärt, jedoch seien diese am wahrscheinlichsten dem arteriellen Hypertonus geschuldet. Schliesslich lägen entsprechend den neuropsychologischen Testungen kognitive Einschränkungen vor. Aus der Literatur sei bekannt, dass 5-15 % der Patienten mit einer stattgehabten leichten traumatischen Hirnverletzung Symptome unklarer Pathophysiologie zurückbehielten (UV-act. 173 S. 38 f.). Dr. I.____ kam zum Schluss, dass aus Sicht der Neurologie keine körperlichen Beschwerden vorlägen (UV-act. 173 S. 44, oben). Auch aus HNO-ärztlicher Sicht seien keine organischen Folgen des am 3. April 2014 (richtig: 2013) erlittenen Unfalles nachzuweisen (UV-act. 173 S. 29 und 44; vgl. dazu den HNO-ärztlichen Untersuchungsbericht; UV-act. 173 S. S. 45 f.). Allerdings könnte die Kopfschmerzsymptomatik, die nachvollziehbar sei (vgl. UV-act. 173 S. 42), sowohl unter körperlicher als auch mentaler und psychischer Belastbarkeit zunehmen, jedoch sollte sie unter Behandlung beherrschbar sein. Aus Sicht der Neuropsychologie sei die kognitive mentale Leistungsfähigkeit aktuell um etwa 50 % eingeschränkt, nicht jedoch bei geistig und psychisch anspruchlosen Tätigkeiten (UV-act. 173 S. 44). Die neuropsychologische Behandlung sei gemäss dem neuesten Bericht der D.____-Klinik vom 3. November 2014

(vgl. dazu UV-act. 173 S. 47 f.) noch nicht abgeschlossen, sodass die Frage nach der Arbeitsfähigkeit noch nicht definitiv beantwortet werden könne. Zu empfehlen sei die Fortsetzung der kognitiven Therapie bzw. des Hirnleistungstrainings für etwa ein halbes Jahr ab dem Datum des Gutachtens, sprich bis ca. Mitte des Jahres 2015. Falls bis dann noch keine klaren Verbesserungen erreicht seien, werde das Einholen eines neuropsychologischen sowie gegebenenfalls psychiatrischen Zusatzgutachtens und die Durchführung einer erneuten MRT-Untersuchung empfohlen. Weiter merkte Dr. I. ___ an, dass bei einem Schädelhirntrauma grundsätzlich immer auch ein ophthalmologischer Befund vorliegen sollte (UV-act. 173 S. 40). Auf eine entsprechende Nachfrage seitens der Swica (vgl. UV-act. 178) nahm Dr. I. ___ am 11. Februar 2015 nochmals ergänzend Stellung (vgl. UV-act. 190). In einem Verlaufsbericht der D. ___-Klinik vom 13. März 2015 hielten die Behandler fest, dass eine leichte Steigerung der Leistungsfähigkeit stattgefunden habe. Seit Beginn der Therapie hätten zwar nur sehr langsame, jedoch kontinuierliche Verbesserungen in den kognitiven Funktionsbereichen beobachtet werden können. Die vom Versicherten angestrebte Steigerung der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz von aktuell 50 auf längerfristig 60-70 % sei realistisch. Vorderhand werde jedoch das Beibehalten des Arbeitspensums von 50 % und allenfalls ab Sommer eine versuchsweise Steigerung von ca. 10 % empfohlen (UV-act. 196 S. 1 ff.). In einem Bericht vom 29. April 2015 hielten Dr. med. J. ___, Augenarzt FMH, sowie K. ___, Orthoptistin, O. ___, fest, dass der Versicherte ihnen wegen raschen Ermüdens bei Naharbeit mit anschliessenden Kopfschmerzen zugewiesen worden sei. Sie nannten als Diagnosen den Verdacht auf eine traumatische Abducensparese rechts, einen diskreten Fundus hypertensivus I, einen Astigmatismus myopicus mixtus rechts, eine Myopie links sowie eine Presbyopie. Weiter hielten sie fest, dass sie einen Prismenversuch gestartet hätten, wobei sich die Beschwerden anlässlich einer Verlaufskontrolle deutlich regrediert gezeigt hätten. Sollten die Beschwerden im Verlauf wieder zunehmen, wäre allenfalls eine Prismenanpassung oder eine Schieloperation indiziert (UV-act. 209). In einem psychologischen Verlaufsbericht der D. ___-Klinik vom 8. Juni 2015 wurde festgehalten, dass sich weiterhin ein positiver Verlauf zeige. Namentlich habe sich das Erschöpfungsgefühl nach dem täglichen Arbeitspensum reduziert, was für den Versicherten eine bedeutende Steigerung der Lebensqualität mit sich bringe. Nach einer Zeitspanne von zwei Jahren nach dem Unfall könne nicht mehr mit raschen Sprüngen im Erholungsprozess gerechnet werden, jedoch könnten auch die weiter zu erwartenden kleinen Schritte im Verlauf zu einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes führen (UV-act. 219). Zwischen September und November 2015 wurde der Versicherte im Auftrag der Swica von der L. ___ GmbH polydisziplinär (psychiatrisch, neurologisch, neuropsychologisch und ophthalmologisch) untersucht (UV-act. 264). Zudem wurde am 25. November 2015 eine MRT-Untersuchung des Schädels mit Hämosiderinsequenzen durchgeführt, die wiederum hyperintense Marklagerläsionen zeigte (vgl. UV-act. 264 S. 11). Der neurologische Sachverständige führte diesbezüglich aus, dass die nachgewiesenen Zeichen einer Leukenzephalopathie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Ausdruck von mikrovaskulären Veränderungen seien, wobei ätiologisch der langjährige Hypertonus und das Fumatorium oder die anfangs 2013 diagnostizierte Meningitis in Frage kämen. Für die Hypothese der arteriellen Hypertonie sei das Verteilungsmuster der mikrovaskulären Veränderungen jedoch untypisch und die Veränderungen seien im Bericht zur ersten CT-Untersuchung nach dem Unfall noch nicht beschrieben worden. Insgesamt seien die Veränderungen somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Meningitis und somit mittelbar auf den Unfall zurückzuführen (UV-act. 264 S. 26). In ihrem

interdisziplinären Gutachten vom 27. Dezember 2015 kamen die Sachverständigen zum Schluss, dass auf neurologischem und neuroophthalmologischem Gebiet und in geringem Ausmass auf neuropsychologischem Gebiet residuelle Beeinträchtigungen festgestellt worden seien, die überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen seien. Auf psychiatrischem Fachgebiet liessen sich keine krankheitswertigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen erheben (UV-act. 264 S. 30). Die im Vordergrund der Beschwerdeschilderung stehende erhöhte Ermüdbarkeit lasse sich nur zu einem kleinen Teil durch eine erhöhte Anstrengung zur Kompensation von allfälligen kognitiven Schwierigkeiten erklären und bilde sich in den neuropsychologischen Tests nicht ab. Da sich die Fatigue-Symptomatik aber gemäss Angaben des Versicherten erst nach ca. vier Stunden konzentrierten Arbeitens manifestiere, lasse sich bei intellektuell anspruchsvoller Tätigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht eine Einschränkung der zeitlichen Belastbarkeit um ca. 10 % rechtfertigen (UV-act. 264 S. 29, oben). Die noch persistierende Fatigue-Symptomatik sei am wahrscheinlichsten auf die von neurologischer und neuroophthalmologischer Seite objektivierte posttraumatische Abducensparese rechts zurückzuführen. Diese habe ein verstecktes horizontales und vertikales Schielen zur Folge und könne eine visuell bedingte übermässige Ermüdung sowie auch belastungsabhängig auftretende frontal betonte Kopfschmerzen gut erklären. Auch die unfallunabhängig bestehende leicht überkorrigierte Myopie (Kurzsichtigkeit) könne zu einem geringen Teil für diese Symptome mitverantwortlich sein. In der interdisziplinären Gesamtschau liessen sich somit unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen feststellen, welche die derzeit attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % noch rechtfertigten (UV-act. 264 S. 30). Um eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erzielen, werde die Erhebung einer objektiven Refraktion unter Zykloplegie und die Anfertigung einer Brille mit Prismenkorrektur gestützt auf diese Werte empfohlen. Durch eine adäquate Brillenkorrektur könne aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % erreicht werden, jedoch müsse für den Trageversuch ein Zeitraum von ca. drei Monaten berücksichtigt werden, bevor eine definitive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgen könne (UV-act. 264 S. 33). Intellektuell weniger anspruchsvolle Tätigkeiten mit wenig visuellen Arbeiten könnte der Versicherte bereits ab dem Zeitpunkt der Begutachtung in einem Pensum von ca. 80 % ausüben, wobei auch die Minderung der Leistungsfähigkeit geringer sei. Als Folge der Kopfverletzung sei ein Integritätsschaden von 20 % (Hirnverletzung mit minimaler bis leichter Störung 15 %, Diplopie bei Abducensschwäche 5 %) festzustellen (UV-act. 264 S. 34). Mit Schreiben vom 18. Januar 2016 teilte die Swica dem Versicherten mit, dass sie entsprechend den gutachterlichen Empfehlungen ein Aufgebot im X.____ für die neuroophthalmologischen Abklärungen in die Wege geleitet habe. Mit Ausnahme der neuroophthalmologischen Abklärungen bestehe spätestens seit dem Zeitpunkt der ophthalmologischen Begutachtung vom 25. November 2015 kein Anspruch auf Heilbehandlungen mehr, jedoch würden die Kosten noch bis zum 31. Januar 2016 übernommen. Bis die medizinischen Massnahmen umgesetzt seien, werde weiterhin ein Taggeld von 50 % ausgerichtet (UV-act. 270; vgl. ferner UV-act. 272). Am 11. Februar 2016 wurde der Versicherte in der Augenklinik des X.____ untersucht. Im Bericht vom 17. Februar 2016 hielt der behandelnde Arzt fest, dass sich bei der objektiven Refraktionsbestimmung nach medikamentöser Zykloplegie annähernd identische Werte, wie sie bereits in der getragenen Brille vorhanden seien, ergeben hätten. Die bisherige Prismenkorrektur sei noch mit einer Prismenfolie ergänzt worden. Dem Versicherten sei eine zusätzliche Untersuchung, bei der man ein Auge für drei Tage mittels eines Pflasters

okkludiere, empfohlen worden (UV-act. 282). Am 29. April 2016 berichteten Dr. J. ___ und Orthoptistin K. ___, dass der diagnostische Verband mit einer Zunahme der Beschwerden und die erfolglose Prismenkorrektur gegen das Schielen als Ursache der Beschwerden sprächen. Zudem lese der Versicherte abends bevorzugt ohne Brille, also ohne Prismenkorrektur, was für ihn angenehmer sei als mit der eigenen Prismenbrille. Sie hätten dem Versicherten daher eine etwas abgeschwächte Myopiekorrektur verordnet, während sie auf eine Prismenkorrektur verzichtet hätten. Für die Arbeit am Computer hätten sie zusätzlich zur Gleitsichtbrille eine separate Brille empfohlen (UV-act. 293). Anlässlich einer augenärztlichen Verlaufskontrolle vom 17. Juni 2016 berichtete der Versicherte, dass sich die Kopfschmerzen mit der neuen Myopiebrille um 20 % gebessert hätten, die rasche Ermüdbarkeit während des Arbeitens jedoch geblieben sei. Aufgrund eines erneut durchgeführten Prismenversuchs, welcher die Beschwerden verstärkt hatte, schlossen Prof. Dr. M. ___, Augenarzt FMH, O. ___, und Orthoptistin K. ___ eine orthoptische Ursache der Beschwerden aus (UV-act. 302). Aufgrund eines verstärkt auftretenden Ohrgeräusches rechts fand am 29. Juni 2016 eine Untersuchung bei Dr. med. N. ___, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, O. ___, statt. Dieser diagnostizierte einen Tinnitus aurium utq cochleo-motorischen Ursprungs im Sinne einer geringgradigen Dysfunktion am Niveau der äusseren Haarzellen im Mittel- und Hochtonbereich. Als Ursache des Tinnitus nannte er eine Commotio labyrinthi (UV-act. 304). In einem Bericht vom 27. Oktober 2016 teilten Prof. M. ___ und Orthoptistin K. ___ mit, dass der Versicherte bei der letzten Verlaufskontrolle vom 25. August 2016 davon berichtet habe, dass sich die Kopfschmerzen mit der neuesten Brillenkorrektur ohne Prismen deutlich gebessert hätten. Mit dem Nachlassen der Kopfschmerzen habe nun allerdings der Tinnitus rechts an Intensität zugenommen. Ophthalmologisch bestehe bei einer traumatischen leichten Abducensparese rechts mit Doppelbildern erst im starken Rechtsblick und gut kompensierter Esophorie für die Ferne und Nähe kein Handlungsbedarf. Die Beschwerden seien nicht okulär bedingt (UV-act. 317). In einem Telefonat vom 31. Oktober 2016 erkundigte sich der Versicherte danach, warum die Rechnungen des P. ___ nicht mehr über die Position Unfall abgerechnet würden, woraufhin die Swica ihn auf das Schreiben vom 18. Januar 2016 aufmerksam machte. Der Versicherte brachte zum Ausdruck, mit diesem Entscheid nicht einverstanden zu sein. Die Swica erklärte, dass im Dezember 2016 eine neue Begutachtung in die Wege geleitet werde (UV-act. 325; vgl. ferner UV-act. 328, 354 und 355). Am 12. Januar 2017 berichtete Dr. N. ___, dass er dem Versicherten anlässlich einer Verlaufskontrolle vom 7. September 2016 infolge fehlender Besserung eine neue Medikation empfohlen habe (UV-act. 350). Im März 2017 fand im Auftrag der Swica eine polydisziplinäre (neurologisch, neuroophthalmologisch und HNO-ärztlich) Verlaufsbegutachtung bei der L. ___ GmbH statt. In ihrem Gutachten vom 13. April 2017 (UV-act. 362 S. 1) hielten die Sachverständigen fest, dass die bei der Vorbegutachtung festgestellte unfallbedingte Esophorie bei Abducensparese und die unfallfremde überkorrigierte Myopie mit der aktuellen Brille gut kompensiert seien, sodass von ophthalmologischer Seite keine die Arbeitsfähigkeit limitierenden Faktoren mehr beständen. Auch seien keine wegweisenden neurologischen Befunde mehr erhoben worden. Die Kopfschmerzsymptomatik habe sich erfreulich gebessert. Auch das leichte Schädelhirntrauma könne aktuell mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr für die Beschwerden des Versicherten verantwortlich gemacht werden. Die posttraumatisch bedingte Meningitis könne dagegen eine gewisse Fatigue-Symptomatik erklären, jedoch nicht in dem subjektiv geltend gemachten Ausmass bei fehlender Objektivierbarkeit der

geklagten Symptomatik und auch erkennbaren unfallfremden Einflussfaktoren mit anzunehmendem sekundärem Krankheitsgewinn (psychophysische Dekonditionierung, Verschiebung des Schlafrhythmus und Tinnitus). Insgesamt lasse sich auf neurologischem Gebiet aufgrund der geklagten Fatigue-Symptomatik mit eingeschränkter zeitlicher Belastbarkeit unfallbezogen noch eine Leistungsminderung von maximal 20 % rechtfertigen. Aus otologischer Sicht lasse sich der seit Frühjahr/Sommer 2016 geklagte und in den Vordergrund gerückte Tinnitus bei einer Latenz von drei Jahren bis zur erstmaligen Dokumentation in den Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückführen. Vielmehr sei anzunehmen, dass der Tinnitus spontan im Rahmen einer degenerativen oder genetischen Innenohrschwerhörigkeit aufgetreten sei und wahrscheinlich keinen Krankheitswert erlangt hätte, wenn er in einer weniger vulnerablen Lebensphase aufgetreten wäre (UV-act. 362 S. 30 f.). Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei in der aktuell ausgeübten Tätigkeit eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 80 % zumutbar. Intellektuell weniger anspruchsvolle Tätigkeiten könnte der Versicherte ab dem Zeitpunkt der Begutachtung in einem Pensum von ca. 90-100 % ausüben (UV-act. 362 S. 34 f.). Den Integritätsschaden setzten die Gutachter auf 15 % fest, da die Doppelbilder bei Abducensschwäche inzwischen kompensiert seien (UV-act. 362 S. 35). Am 19. Mai 2017 teilte die Swica dem Versicherten mit, dass sie nicht mehr an dem Schreiben vom 18. Januar 2016 festhalte, sondern die Heilbehandlungsleistungen noch bis zum 31. Juli 2016 erbringen werde. Ab dem 1. August 2016 würden mit Ausnahme der neuroophthalmologischen Behandlungen keine Kosten mehr vergütet, da gemäss Gutachten seit Sommer 2016 die posttraumatischen Kopfschmerzen fast vollständig abgeklungen und unfallbedingt keine medizinischen Massnahmen mehr notwendig seien. Ab dem 16. März 2017 (Tag nach der HNO-Begutachtung; vgl. UV-act. 362 S. 1) seien auch von ophthalmologischer Seite keine medizinischen Massnahmen mehr notwendig. Da gemäss dem Gutachten ein Arbeitspensum von 80 % zumutbar sei, werde der Taggeldanspruch per 25. Mai 2017 auf 20 % angepasst. Dem Versicherten werde hiermit das rechtliche Gehör gewährt, bevor verfügt werde (UV-act. 366). Am 13. Juli 2017 liess der Versicherte durch seinen Rechtsanwalt lic. iur. L. Gmünder, St. Gallen, einwenden, dass die im Gutachten der L. ___ GmbH gezogenen Schlussfolgerungen nicht korrekt seien. Dr. N. ___ sei der Ansicht, dass der Tinnitus unfallbedingt eingetreten sei. Der medizinische Endzustand sei nicht erreicht (UV-act. 375). Er legte einen Bericht von Dr. N. ___ vom 4. Juli 2017 bei (UV-act. 375 S. 3 ff.). Auf eine entsprechende Nachfrage (vgl. UV-act. 380) ging am 25. Oktober 2017 bei der Swica eine Stellungnahme der L. ___ GmbH zu den Einwänden des Versicherten bezüglich des Tinnitus ein (UV-act. 387). Am 8. Dezember 2017 teilte die Swica dem Versicherten mit Verweis auf die bei der L. ___ GmbH eingeholte Stellungnahme mit, dass sie an ihrem Schreiben vom 19. Mai 2017 festhalte. Weiter stellte sie dem Versicherten ab dem 1. Januar 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 20 % und einem versicherten Verdienst von Fr. 75'400.-- eine monatliche Rente von Fr. 1'005.-- sowie eine einmalige Integritätsentschädigung von Fr. 18'900.-- bei einem Integritätsschaden von 15 % in Aussicht. Sodann gab sie dem Versicherten erneut Gelegenheit zur Stellungnahme (UV-act. 398). Nachdem der Versicherte am 11. Dezember 2017 an seinen Ausführungen vom 13. Juli 2017 festgehalten und eine anfechtbare Verfügung verlangt hatte (UV-act. 401), verfügte die Swica am 18. Dezember 2017 die Einstellung der nicht neuroophthalmologischen Behandlungen per 31. Juli 2016 und die Einstellung sämtlicher Heilbehandlungsleistungen per 15. März 2017 (mit Ausnahme von notwendigen Prismenbrillen) und sprach die mit Schreiben vom 8. Dezember 2017 in Aussicht gestellten

Leistungen zu (UV-act. 406). Gegen die Verfügung vom 18. Dezember 2017 liess der Versicherte durch seinen Rechtsanwalt am 1. Februar 2018 Einsprache erheben (UV-act. 413). In einer E-Mail vom 21. Februar 2018 teilte die Swica dem Versicherten auf entsprechende Anfragen hin (vgl. UV-act. 408 und 416) mit, dass sie für Brillenanpassungen weiterhin aufkommen werde. Über den Leistungsanspruch erneuter Augenarztbehandlungen werde im Einspracheentscheid informiert (UV-act. 416). Mit Eingabe vom 20. Juni 2018 liess der Versicherte der Swica eine augenärztliche Beurteilung von Prof. Dr. R.____, Augenärztin FMH, S.____, zukommen (UV-act. 425). Mit Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2018 wies die Swica die Einsprache des Versicherten ab (UV-act. 443). Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Gmünder, am 31. Januar 2019 Beschwerde (act. G 1). Er beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und ihm sei ab dem 1. Januar 2018 eine Invalidenrente von 53 % zu leisten, ihm seien für die Zeit vom 24. Mai 2017 bis 31. Dezember 2017 rückwirkend Taggelder auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu leisten, das gesamte Taggeld und die Invalidenrente seien rückwirkend auf der Basis eines versicherten Verdienstes von mindestens Fr. 78'480.-- zu leisten, ihm sei für das Ereignis vom 3. April 2013 eine Integritätsentschädigung von mindestens 30 % zu gewähren und ihm seien rückwirkend seit 1. August 2016 und zukünftig weiterhin die ophthalmologischen, neuroophthalmologischen und otologischen Heilbehandlungen zu gewähren. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Swica (nachfolgend: Beschwerdegegnerin; act. G 1 S. 2). In formeller Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die Durchführung einer mündlichen, öffentlichen Verhandlung (act. G 1 S. 2). In ihrer Beschwerdeantwort vom 5. März 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. G 3). In seiner Replik vom 23. Mai 2019 hielt der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (act. G 9). In ihrer Duplik vom 24. Juni 2019 hielt die Beschwerdegegnerin unverändert an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 11). Mit Eingabe vom 5. Mai 2020 liess der Beschwerdeführer ein im Auftrag der IV-Stelle von dem Begutachtungsinstitut Q.____ am 30. März 2020 erstelltes Gutachten einreichen (act. G 13 und 13.1). Der Beschwerdeführer machte geltend, mit diesem Gutachten sei der Beweis dafür erbracht, dass er nur noch zu 50 % arbeitsfähig sei (act. G 13). Mit Schreiben vom 29. Mai 2020 bestritt die Beschwerdegegnerin die Richtigkeit des eingereichten Gutachtens. Das Gutachten berücksichtige auch unfallfremde Komponenten (act. G 15). Mit Schreiben vom 13. Oktober 2020 teilte das Versicherungsgericht den Parteien mit, dass die vorliegende Streitigkeit grundsätzlich spruchreif sei, und gab dem Beschwerdeführer aufgrund der aktuellen Gefährdungslage (Coronavirus) Gelegenheit, den Antrag auf eine mündliche Verhandlung zurückzuziehen (act. G 17). Am 15. Oktober 2020 verzichtete der Beschwerdeführer auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung (act. G 18). Mit Schreiben vom 26. Oktober 2020 teilte die Beschwerdegegnerin dem Versicherungsgericht mit, dass sie sich in ihrer Eingabe vom 29. Mai 2020 weitere Ausführungen vorbehalten habe, da sie angenommen habe, der Beschwerdeführer würde anlässlich einer mündlichen Verhandlung noch detaillierter auf die aktenkundigen medizinischen Entscheidungsgrundlagen eingehen. Da keine mündliche Verhandlung stattfinde, seien Weiterungen entbehrlich. Sie halte daran fest, dass die Unfallkausalität der im Q.____-Gutachten diagnostizierten neurokognitiven Störung nicht erstellt sei und dem Gutachten für das vorliegende Verfahren somit keine Relevanz

zukomme (act. G 20). Mit Eingabe vom 3. November 2020 reichte Rechtsanwalt Gmünder eine Kostennote (Honorar für 72.60 Stunden und Barauslagen) über einen Betrag von insgesamt Fr. 20'909.45 (inkl. 7,7 % Mehrwertsteuer) ein (act. G 22 und 22.1). Mit Schreiben vom 13. November 2020 nahm die Beschwerdegegnerin zu der von Rechtsanwalt Gmünder eingereichten Kostennote Stellung (act. G 24). Erwägungen Auf die Abnahme der von den Parteien in den Rechtsschriften genannten Beweismittel wird in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet, da davon keine entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2018, 8C_470/2018, E. 4.2.3; BGE 136 I 236 f. E. 5.3). Im Übrigen hat der Beschwerdeführer am 15. Oktober 2020 auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet und um möglichst rasche Ausfertigung des Urteils ersucht (vgl. act. G 18). Vorliegend strittig und zu prüfen sind die Ansprüche auf eine Integritätsentschädigung sowie Rentenleistungen (inklusive der Höhe des versicherten Verdienstes). Weiter strittig ist die Höhe der ab dem 24. Mai (richtig: 25. Mai, vgl. UV-act. 366 i.V.m. 406, die Verfügung spricht sich zum Taggeld nicht mehr aus) 2017 bis zum 31. Dezember 2017 ausbezahlten Taggelder sowie der Anspruch auf Heilbehandlungsleistungen. Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls im Sinne des Gesetzes für einen Gesundheitsschaden jedoch nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer (Hrsg.), Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d.h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1, 117 V 376 E. 3a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94, U 413/05, E. 4.1 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53). Für die Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 112 V 32 f. E. 1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 und 58 f.). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung praktisch keine selbständige Rolle (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 f. E. 3a und 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die

Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352, E. 3a mit Hinweis). Der Beschwerdeführer hat am 3. April 2013 unstreitig einen Unfall erlitten. Zunächst zu prüfen ist, welche strukturellen Unfallfolgen daraus resultiert haben und ob diese für die noch geklagten Beschwerden (zur Hauptsache: rasche Ermüdbarkeit, reduzierte Belastbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, kognitive Einschränkungen, Tinnitus, Schlafrhythmusstörungen und teils Kopfschmerzen) ursächlich sind. Als strukturelle Unfallfolgen hat der Beschwerdeführer multiple Gesichtsfrakturen erlitten. Die Konsolidation dieser Frakturen scheint langwierig gewesen zu sein (vgl. Bericht zur CT-Untersuchung vom 26. November 2013, die noch immer nicht konsolidierte Frakturen gezeigt hat; UV-act. 77). Im Bericht zur letzten dokumentierten MRT-Untersuchung vom 25. November 2015 sind jedoch keine offenen Frakturen mehr genannt worden (vgl. UV-act. 264 S. 11), weshalb grundsätzlich davon auszugehen ist, dass eine Konsolidation eingetreten ist, zumal auch nirgends das Gegenteil festgehalten oder behauptet worden ist. Ein Teil der Frakturen ist ohnehin operativ versorgt worden (UV-act. 40 S. 2 ff. und UV-act. 100). Selbst wenn aber noch Restfrakturen bestünden oder es trotz Konsolidation zu Veränderungen in der Knochenstruktur gekommen sein sollte, ist jedenfalls mangels Hinweisen in den Akten anzunehmen, dass diese sowie die operativen Veränderungen an sich keine Beschwerden mehr verursachen. Konkrete Beeinträchtigungen, die auf eine fehlende oder falsche Konsolidation der Frakturen zurückzuführen wären, werden denn auch vom Beschwerdeführer nicht dargelegt (vgl. dazu act. G 1 S. 13, wo ausser den Marklagergliosen keine spezifischen Kopfverletzungen genannt und keine konkreten Frakturbeschwerden geltend gemacht werden). Insofern ist davon auszugehen, dass von den Knochenbrüchen an sich keine einschränkenden Restfolgen zurückgeblieben sind und diese die noch bestehenden Beschwerden nicht erklären können. Als strukturelle Unfallfolgen kommen sodann die bildgebend mehrfach dokumentierten Marklagergliosen in Betracht (vgl. UV-act. 37 S. 2, 110 S. 2 f., S. 4 f. und S. 7 sowie UV-act. 264 S. 11). Die Ursache dieser Läsionen ist nicht restlos geklärt. Die Ärzte haben verschiedene Ursachen diskutiert (vgl. UV-act. 37 S. 2, 126 S. 2, 173 S. 38, 264 S. 26, 362 S. 30 f.; act. G 13.1, Gutachten S. 10 ff.). Dr. E. ___ hat ausgeführt, dass die in der MRT-Untersuchung vom 11. September 2013 (genauso wie in der MRT-Untersuchung vom 1. Juli 2013) nachgewiesenen Marklagergliosen bei bekannter Hypertonie am ehesten mikroangiopathischer Genese seien, wobei sie gleichzeitig darauf aufmerksam gemacht hat, dass die frontale Betonung hierfür nicht typisch sei (UV-act. 126 S. 2). Dr. I. ___ hat sich der Ursacheneinschätzung von Dr. E. ___ zwar angeschlossen, jedoch darauf hingewiesen, dass die Genese der Marklagergliosen noch nicht richtig geklärt sei (UV-act. 173 S. 38 f.). Er hat auch eine erneute MRT-Untersuchung empfohlen (UV-act. 173 S. 40). Im Rahmen der Begutachtung durch die L. ___ GmbH im Jahr 2015 ist eine MRT-Untersuchung des Schädels mit Hämosiderinsequenzen durchgeführt worden (vgl. UV-act. 264 S. 11). Der neurologische Sachverständige der L. ___ GmbH hat sich im

Gutachten von 2015 sodann eingehend mit der Ursache der Marklagerläsionen befasst. Er hat in Übereinstimmung mit der medizinischen Aktenlage ausgeführt, dass die nachgewiesenen Zeichen einer Leukenzephalopathie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Ausdruck von mikrovaskulären Veränderungen seien, wobei ätiologisch der langjährige Hypertonus und das Fumatorium oder die anfangs 2013 diagnostizierte Meningitis in Frage kämen. In Übereinstimmung mit Dr. E. ___ hat er festgehalten, dass das Verteilungsmuster der mikro-vaskulären Veränderungen für die Hypothese der arteriellen Hypertonie atypisch sei. Ausserdem hat er darauf aufmerksam gemacht, dass die zerebralen Veränderungen im Bericht zur ersten CT-Untersuchung nach dem Unfall noch nicht beschrieben worden seien, weshalb er die Veränderungen in schlüssiger Weise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Meningitis und somit mittelbar auf den Unfall zurückgeführt hat (UV-act. 264 S. 26). Auch in der Verlaufsbeurteilung der L. ___ GmbH vom März 2017 hat derselbe Neurologe von einer durchgemachten Meningitis mit bildgebend beschriebenen frontal betonten Marklagergliosen gesprochen und die postmeningitischen Veränderungen als Erklärung für eine gewisse Fatigue-Symptomatik gesehen (vgl. UV-act. 362 S. 27). Die Ursache der Meningitis ist zwar ebenfalls nicht restlos geklärt. Aufgrund der Ausführungen in den drei seitens der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten ist es jedoch überwiegend wahrscheinlich, dass die Meningitis unfallkausal ist (vgl. UV-act. 173, 264 und 362). Auch die Beschwerdegegnerin hat deren Unfallkausalität anerkannt (UV-act- 443 S. 12). Folglich sind auch die zerebralen Veränderungen, die überwiegend wahrscheinlich auf die Meningitis zurückgehen, als mindestens teilkausal einzustufen. In diesem Zusammenhang ist noch festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach übereinstimmender Einschätzung der Ärzte anlässlich des Unfallereignisses auch ein Schädelhirntrauma erlitten hatte, jedoch ohne strukturell sichtbare Hirnverletzungen (vgl. z.B. UV-act. 16, 173 S. 38 f. und 362 S. 31; act. G 13.1, Konsensbeurteilung, S. 8; neurologisches Gutachten S. 14). Die zerebralen Veränderungen haben die Q. ___-Gutachter als wahrscheinlichste Ursache für die von ihnen beim Beschwerdeführer festgestellte leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung gesehen, wobei sie initial auch die leichte Hirnverletzung sowie die Meningitis als mögliche Ursachen in Betracht gezogen haben (vgl. act. G 13.1, Konsensbeurteilung S. 7). Da die zerebralen Veränderungen, wie soeben dargelegt (vgl. E. 4.3.1), ihrerseits als mindestens teilkausal zur Meningitis zu sehen sind, sind somit auch die kognitiven Beeinträchtigungen als unfallkausal einzustufen. Übereinstimmend dazu sind auch die Sachverständigen der L. ___ GmbH in ihrem Gutachten vom April 2017 davon ausgegangen, dass die posttraumatische Meningitis mit bildgebend beschriebenen frontal betonten Marklagergliosen noch zu einer gewissen Fatigue-Symptomatik mit eingeschränkter zeitlicher Belastbarkeit führen könne (vgl. UV-act. 362 S. 27 und 30 ff.). Welchen Anteil an den kognitiven Beeinträchtigungen bzw. der beschränkten Belastbarkeit letztlich die zerebralen Veränderungen haben und welcher Anteil möglicherweise doch noch durch die traumatische Hirnverletzung bzw. die Meningitis direkt bedingt ist, kann somit offenbleiben. Es ist jedenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer seit dem Unfall geltend gemachten Ermüdungserscheinungen bzw. kognitiven Probleme (z.B. Konzentrationsprobleme) auf unfallkausale Faktoren zurückzuführen sind (zu den seitens der L. ___ GmbH als unfallfremd diskutierten Faktoren für die Fatigue-Problematik vgl. E. 6.3). Als weitere strukturelle unfallkausale Restfolge kommt sodann die Abducensparese in Betracht. Im von der IV-Stelle eingeholten Q. ___-Gutachten haben die Sachverständigen

deren Unfallkausalität zwar angezweifelt (vgl. act. G 13.1, Gutachten S. 7 f.). Die Gutachter der L.____ GmbH haben die Abducensparese rechts jedoch klarerweise als Unfallfolge anerkannt (vgl. UV-act. 264 S. 30 und 362 S. 30 f.), ebenso die Beschwerdegegnerin (vgl. UV-act. 443 S. 12). Unabhängig von der Unfallkausalität ist jedenfalls aufgrund der letzten Beurteilung der L.____ GmbH und derjenigen der Q.____-Gutachter, die überdies auch mit den Einschätzungen der behandelnden Augenärzte Prof. M.____ und J.____ sowie der behandelnden Orthoptistin K.____ übereinstimmen (vgl. UV-act. 293 302 und 317), davon auszugehen, dass die noch geklagten Beschwerden nicht auf die Abducensparese zurückzuführen sind (vgl. UV-act. 362 S. 34 f.; act. G 13.1, Gutachten S. 7, unten). Vielmehr ist gerade auch angesichts der dokumentierten Arztbesuche anzunehmen, dass die Abducensparese, die zu Doppelbildern bei starkem Rechtsblick geführt hat, gut kompensiert ist und keine wesentlichen Einschränkungen zurückgeblieben sind (vgl. UV-act. 293, 302 und 317). Dass in Zukunft Anpassungen der Prismenbrillen wieder notwendig werden könnten, wird von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten. Sie hat denn auch in der Verfügung vom 18. Dezember 2017 grundsätzlich festgehalten, dass sie für Prismenbrillen weiter aufkommen werde (vgl. UV-act. 406), was sie im Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2018 dahingehend präzisiert hat, dass die Verfügung auch eine Leistungspflicht für neuroophthalmologische Behandlungen vorsehe (vgl. UV-act. 443 S. 18). Dieses Leistungszugeständnis kann der Verfügung zwar nicht explizit entnommen werden, jedoch ist es durchaus angezeigt, dass bei der Übernahme der Kosten für Prismenbrillen auch die damit in Zusammenhang stehenden Brillenanpassungen und ophthalmologischen Abklärungen vergütet werden. Warum die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 18. Dezember 2017 ausgeführt hat, sie würde die Kosten für Prismenbrillen nur bis zum definitiven Fallabschluss übernehmen (vgl. UV-act. 406), ist nicht nachvollziehbar, da sie mit dieser Verfügung den Fallabschluss vorgenommen hatte. Diese einschränkende Feststellung ist somit als Versehen der Beschwerdegegnerin zu interpretieren. Angesichts ihres in diesem Beschwerdeverfahren erneut festgehaltenen Zugeständnisses, weiterhin für neuroophthalmologische Untersuchungen aufzukommen (vgl. act. G 3 S. 9), ist die Verfügung vielmehr derart zu interpretieren, dass dem Beschwerdeführer auch über den Fallabschluss hinaus bei Bedarf ophthalmologische Anpassungskontrollen sowie Prismenbrillen vergütet werden. Dem Interesse des Beschwerdeführers, die Leistungspflicht bezüglich der ophthalmologischen Behandlungen festzulegen, ist im Dispositiv dieses Entscheides Rechnung zu tragen. Jedenfalls ist, wie soeben ausgeführt, anzunehmen, dass die noch geklagten Beschwerden nicht auf die Abducensparese zurückzuführen sind. Ob der beklagte Tinnitus durch eine strukturelle Schädigung der äusseren Haarzellen objektiviert werden kann (vgl. UV-act. 304), ist aufgrund der Aktenlage nicht schlüssig nachzuvollziehen. Der behandelnde Ohrenarzt Dr. N.____ stuft den Tinnitus jedenfalls als unfallkausal ein. Er hat in einem Bericht vom 4. Juli 2017 die Annahme der Unfallkausalität ziemlich ausführlich und gut nachvollziehbar begründet. So hat er ausgeführt, dass der Unfallhergang und das Momentum des Unfalls mit multiplen Mittelgesichtsfrakturen und der Orbitabodenfraktur rechts genügend kinetische Energie generiert hätten, um eine Commotio labyrinthi zu verursachen. Eine solche müsse sich nicht mit dem ganzen möglichen Symptomenkomplex äussern, sondern könne sich auch nur mit einem Symptom bemerkbar machen. Anhand der subjektiven und objektiven Kriterien bei der Auswertung des Tinnitus müsse beim Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Tinnitus unfallbedingt ausgelöst worden sei. Dr. N.____ hat überdies auf den Bericht von Prof. M.____

vom 23. Juni 2016 verwiesen, in dem nichts davon stehe, dass der Tinnitus erst in der letzten Zeit aufgetreten sei. Vielmehr habe dieser von einem verstärkten Auftreten gesprochen, was bedeute, dass der Beschwerdeführer schon längere Zeit bzw. seit dem Unfall an einem solchen Tinnitus gelitten habe, ihn jedoch nicht in den Vordergrund gestellt habe, da er an einer intensiven Schmerzsymptomatik mit starken Kopfschmerzen gelitten habe. Bei einem eindeutigen Unfallmechanismus sei es unwahrscheinlich, dass die Ursache in einer degenerativen oder genetischen Innenohrerkrankung liege, die plötzlich im Frühling 2016 aufgetreten sein solle. Genetische Faktoren hätten sich schon viel früher auf das Gehör ausgewirkt. Ausserdem könne eine genetische oder degenerative Ursache durch das audiometrische Muster und den retro-cochleären Befund nicht belegt werden (UV-act. 375 S. 3 ff.). Demgegenüber haben die Sachverständigen der L.____ GmbH in ihrem Gutachten vom 13. April 2017 ebenfalls nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass der Tinnitus erst lange Zeit nach dem eigentlichen Unfallereignis in den Akten dokumentiert gewesen sei, andere klinische Symptome für eine Commotio labyrinthi (z.B. Drehschwindel und Hörstörungen) nach dem Unfallereignis gefehlt hätten und auch der Unfallmechanismus für eine Commotio labyrinthi atypisch sei. Sie sind der Ansicht, dass der Tinnitus spontan im Rahmen einer wahrscheinlich degenerativen oder genetischen Innenohrschwerhörigkeit im Frühling 2016 aufgetreten sei und keinen Krankheitswert erlangt hätte, wenn er in einer weniger vulnerablen Situation des Beschwerdeführers aufgetreten wäre (UV-act. 362 S. 29). In einer Stellungnahme vom 17. Oktober 2017 hat der HNO-Gutachter ergänzend ausgeführt, dass die vulnerable Situation, wegen welcher der Tinnitus Krankheitswert erlangt habe, zumindest teilweise durch den Unfall vom 3. April 2013 bedingt gewesen sei (UV-act. 387). Ob der Tinnitus letztlich direkt durch das Unfallereignis oder doch spontan krankheitsbedingt aufgetreten ist, kann somit offenbleiben. Denn weil der Tinnitus ohne die durch das Unfallereignis bedingte vulnerable Situation keinen Krankheitswert erlangt hätte, ist der Unfall zumindest als teilkausal für den Eintritt des Tinnitus zu betrachten. Keinem eindeutigen strukturellen Korrelat lassen sich die noch beklagten Kopfschmerzen zurechnen. Die Q.____-Gutachter haben schlüssig dargelegt, dass die Kopfschmerzen ursprünglich wohl unfallkausal in Form einer migräniformen Komponente aufgetreten seien, während die noch verbliebenen Kopfschmerzen als Spannungskopfschmerz imponierten und unklarer Genese seien (vgl. actr. G 13.1, neurologisches Gutachten S. 12; Konsensbeurteilung S. 7). Die Unfallkausalität der Kopfschmerzen ist somit fraglich. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass als unfallkausale objektivierbare Restfolgen neben einer gut kompensierten Abducensparese (vgl. E. 4.4) und nicht mehr beeinträchtigenden Frakturen bildgebend sichtbare frontal betonte Marklagergliosen vorliegen, die eine eingeschränkte Belastbarkeit und kognitive Leistungsfähigkeit zur Folge haben. Daneben bestehen ein unfallkausaler Tinnitus sowie eine Kopfschmerzsymptomatik unklarer Genese. Zu prüfen ist nun, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der bestehenden Restbeschwerden noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Ist dies nicht der Fall und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen, entsteht der Rentenanspruch. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (sogenannter Fallabschluss; Art. 19 Abs. 1 UVG; zu den Ausnahmen bzgl. Heilbehandlung vgl. Art. 21 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 143 f.). Eine wesentliche Verbesserung der kognitiven Beeinträchtigungen bzw. der Fatigue-Symptomatik ist durch eine neuropsychologische Therapie nicht mehr zu erwarten (vgl. UV-act. 264 S. 33 und 362 S. 33 f; act. G 13.1, neuropsychologisches

Fachgutachten S. 15). Andere Therapieansätze stehen, soweit ersichtlich, nicht zur Diskussion. Eine Therapierbarkeit der Kopfschmerzsymptomatik und des Tinnitus mit wesentlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist nicht anzunehmen, da diesen beiden Leiden entsprechend den gutachterlichen Einschätzungen kein eigenständiger Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzumessen ist (vgl. UV-act. 350 S. 9 und 362 S. 33, unten; act. G 12.1, Konsensbeurteilung S. 8). Demzufolge stehen auch otologische Verlaufskontrollen oder ein allfälliger medikamentöser Behandlungsversuch des Tinnitus dem Fallabschluss nicht entgegen. Die Gutachter der L.____ GmbH sind im Übrigen davon ausgegangen, dass sich der Tinnitus alleine durch eine Normalisierung des Schlafrhythmus und eine psychophysische Rekonditionierung verbessern könne, ohne dass sie ärztliche Massnahmen vorgeschlagen haben (vgl. dazu UV-act. 362 S. 33 f.). Die Kopfschmerzen haben sich gemäss dem Beschwerdeführer ohnehin massiv gebessert, sie würden nur noch selten auftreten (vgl. act. G 13.1, neurologisches Gutachten S. 3, unten). Demnach ist von einem medizinischen Endzustand auszugehen. Der von der Beschwerdegegnerin per 31. Dezember 2017 vorgenommene Fallabschluss mit Einstellung der Taggeldleistungen ist nicht zu beanstanden (vgl. UV-act. 406), da bereits unter Berücksichtigung der damaligen Aktenlage keine namhafte Verbesserung der obgenannten Leiden mehr zu erwarten gewesen ist und auch die IV-Stelle, soweit ersichtlich, keine beruflichen Massnahmen plant (vgl. UV-act. 76 und 79). Der Beschwerdeführer scheint sich in der Beschwerde mit einem Fallabschluss per 31. Dezember 2017 ebenfalls implizit einverstanden zu erklären, indem er die Ausrichtung einer Invalidenrente und Integritätsentschädigung verlangt (vgl. act. G 1 S. 2; vgl. E. 5.1). Nicht einverstanden ist der Beschwerdeführer jedoch mit der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einstellung der Heilbehandlungsleistungen (nicht neuroophthalmologische per 31. Juli 2016 und ophthalmologische per 15. März 2017; UV-act. 406). Er ist der Ansicht, die Beschwerdegegnerin habe rückwirkend per 1. August 2016 und auch weiterhin für ophthalmologische, neuroophthalmologische und otologische Heilbehandlungen aufzukommen (vgl. act. G 1 S. 2). Was die Einstellung der ophthalmologischen und neuroophthalmologischen Behandlungen im Zusammenhang mit der von der Beschwerdegegnerin als unfallkausal anerkannten Abducensparese bzw. der dafür notwendigen Anpassungen der Prismenbrillen betrifft, ist, wie bereits ausgeführt, von einem Versehen der Beschwerdegegnerin auszugehen. Diese Behandlungen führen zwar voraussichtlich zu keiner namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr, weshalb sie dem Fallabschluss nicht entgegenstehen, jedoch sind sie zum Erhalt der bestehenden Arbeitsfähigkeit notwendig und stehen dem Beschwerdeführer aufgrund seines Rentenanspruchs auch über den Fallabschluss hinaus zu (Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG; zum Rentenanspruch vgl. E. 6.5), wie die Beschwerdegegnerin selber eingeräumt hat (vgl. E. 4.4). Es versteht sich von selbst, dass jedoch nur solche ophthalmologischen Behandlungen von der Beschwerdegegnerin zu vergüten sind, die in einem Zusammenhang zur Abducensparese und den damit zusammenhängenden optischen Beschwerden stehen. Für otologische Behandlungen im Zusammenhang mit dem Tinnitus hat die Beschwerdegegnerin ebenfalls bis zum 31. Dezember 2017 und darüber hinaus aufzukommen, da sich eine Verschlechterung der Gehörgeräusche zukünftig negativ auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken könnte, zumal sie mit der Kopfschmerzsymptomatik und der Fatigue-Symptomatik ungünstig agiert. Die Einstellung der übrigen Heilbehandlungsleistungen per 31. Juli 2016 (vgl. UV-act. 406) ist gestützt auf die Aktenlage nachvollziehbar und wird auch vom Beschwerdeführer nicht beanstandet (vgl. act. G 1). Weiter zu prüfen ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine

Invalidenrente. Anspruch auf eine Invalidenrente hat eine versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid ist (Art. 18 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 16 ATSG wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Um den dem Invaliditätsgrad zugrundeliegende Grad der Arbeitsunfähigkeit bemessen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4; BGE 115 V 134 E. 2). Um den Rentenanspruch beurteilen zu können, ist demnach zu prüfen, in welchem Ausmass die durch die posttraumatische Meningitis mit zerebralen Veränderungen bedingte Fatigue-Problematik bzw. die durch die zerebralen Veränderungen bedingten kognitiven Einschränkungen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen. Andere unfallkausale gesundheitliche Einschränkungen mit eigenständiger, namhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liegen nicht vor (vgl. dazu E. 4.7 und 5.2). Die Q. ___-Gutachter sind aufgrund einer im Dezember 2019 durchgeführten neuropsychologischen Testung von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der aktuell ausgeübten, bereits dem Leiden angepassten Tätigkeit als selbständig Erwerbender im Bereich (...) ausgegangen. Diesbezüglich haben sie erklärend ausgeführt, dass der Beschwerdeführer seine Arbeitsinhalte seit dem Unfallereignis angepasst habe. Bei einer Arbeitspräsenz von 70 % könne eine Arbeitsleistung von 50 % bezogen auf ein Vollpensum von 100 % erbracht werden (act. G 13.1; neuropsychologisches Fachgutachten, S. 14; Konsensbeurteilung S. 9 f.). Demgegenüber hat der neurologische Sachverständige der L. ___ GmbH im Gutachten aus dem Jahr 2017 ausgeführt, dass die an sich nachvollziehbare Fatigue-Symptomatik nicht in dem subjektiv geltend gemachten Ausmass nachvollziehbar sei bei fehlender Objektivierbarkeit der geklagten Symptomatik, den auch erkennbaren unfallfremden Einflussfaktoren und dem anzunehmenden sekundären Krankheitsgewinn (psychophysische Dekonditionierung, Verschiebung des Schlafrhythmus und Tinnitus). Aufgrund der für sie plausiblen Fatigue-Symptomatik haben die Sachverständigen dem Beschwerdeführer in ihrem Gutachten aus dem Jahr 2017 eine Leistungseinschränkung von 20 % attestiert (vgl. UV-act. 362 S. 27 und 30 ff.). Warum der neurologische Sachverständige der L. ___ GmbH im Gutachten aus dem Jahr 2017 von einer fehlenden Objektivierbarkeit der Symptomatik spricht, ist nicht nachvollziehbar, da er sich die Fatigue-Symptomatik ja selber durch die objektivierbaren Marklagergliosen erklärt. Gemeint haben dürfte der Gutachter somit nur, dass er sich das Ausmass der geklagten Beschwerden nicht erklären kann bzw. das Ausmass nicht objektivierbar sei. Ein Versuch zur Objektivierung dieser Beschwerden mittels neuropsychologischer Testung ist in der Begutachtung der L. ___ GmbH vom März 2017 aber unterblieben. Stattdessen hat der neurologische Sachverständige vermeintliche unfallfremde Faktoren mit einem vermeintlichen sekundären Krankheitsgewinn angeführt, wobei er im Wesentlichen auf den unfallkausalen Tinnitus sowie Schlafrhythmusstörungen, die gut in einem Zusammenhang zum Tinnitus stehen können, verwiesen hat. Dass er den unfallkausalen Tinnitus als unfallfremden Faktor anführt, der für die verstärkt empfundenen Beschwerden

verantwortlich sein könne, ist problematisch. Die seitens der L.____ GmbH angeführten Gründe zur Erklärung eines verminderten Beschwerdeausmasses überzeugen nach dem Gesagten nicht. Vielmehr hätte sich eine neuropsychologische Abklärung zur Objektivierung der geklagten Beschwerden aufgedrängt. Zwar hatte die L.____ GmbH eine solche in der Vorbegutachtung im Jahr 2015 vorgenommen. Aus neuropsychologischer Sicht war man damals zum Schluss gelangt, dass die geltend gemachte Ermüdbarkeit nicht einzig mit einer vermehrten Anstrengung bei kognitiven Defiziten erklärbar sei und sich in den neuropsychologischen Tests auch nicht abbilde, weshalb aus rein kognitiver Sicht lediglich eine Einschränkung von 10 % zu attestieren sei (vgl. UV-act. 264 S. 29, oben). Allerdings hatten sich die Gutachter damals die noch attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit mit der visuellen Einschränkung erklären können und hatten durch die optische Brillenanpassung eine massive Verbesserung erwartet (vgl. UV-act. 264 S. 30). Als der Beschwerdeführer in der Verlaufsbeurteilung vom März 2017 trotz angepasster optischer Korrektur noch immer eine massive Ermüdbarkeit angegeben hat, wäre eine erneute neuropsychologische Testung angezeigt gewesen. Dies gilt umso mehr, als die Gutachter auch nicht auf die im Vorgutachten aus neuropsychologischer Sicht festgestellte Einschränkung von 10 % abgestellt haben, sondern aufgrund einer aus ihrer Sicht noch erklärbaren Fatigue-Symptomatik von einer 20%igen Einschränkung ausgegangen sind (vgl. UV-act. 362 S. 30 ff.). Die seitens der Q.____-Gutachter attestierten neuropsychologischen Einschränkungen im Ausmass einer Leistungsminderung von 50 % stehen demgegenüber im Einklang mit den neuropsychologischen Testungen der D.____-Klinik und des X.____ (vgl. UV-act. 38, 127 und 196). Die Testergebnisse der L.____ GmbH aus dem Jahr 2015 sind laut dem Q.____-Begutachtungsinstitut nicht erhältlich gewesen (vgl. act. G 13.1, Konsensbeurteilung S. 7). Auch dem in den Akten liegenden Gutachten der L.____ GmbH aus dem Jahr 2015 können die eigentlichen neuropsychologischen Testuntersuchungen nicht bzw. nur rudimentär entnommen werden (vgl. UV-act. 264). Zwar ist anzunehmen, dass neuropsychologische Testungen auch von der Motivation und der Leistungsbereitschaft der Probanden abhängig sein können, jedoch gibt es keine Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten (vgl. z.B. UV-act. 264 S. 18 20 und 21, jeweils oben, UV-act. 173 S. 45; act. G 13.1, Konsensbeurteilung S. 9, neuropsychologisches Fachgutachten S. 14). Einzig im letzten Gutachten der L.____ GmbH haben die Sachverständigen, wie erwähnt, einen sekundären Krankheitsgewinn angeführt, diesen jedoch nicht nachvollziehbar erläutert, sondern im Wesentlichen einzig auf den Tinnitus und die dadurch bewirkten Schlafstörungen verwiesen (vgl. UV-act. 362 S. 31, oben). Aufgrund der zu Unrecht ausgeschlossenen unfallkausalen Restfolgen im Rahmen der Begutachtung durch die L.____ GmbH im März 2017, der fehlenden neuropsychologischen Untersuchungen in dieser Begutachtung und aufgrund des mit der übrigen medizinischen Aktenlage bezüglich der neuropsychologischen Einschränkungen übereinstimmenden und schlüssigen Q.____-Gutachtens ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Sachverständigen des Q.____ haben sich auch eingehend mit der durchaus aktiv imponierenden Freizeitgestaltung des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und dargelegt, warum diese mit der 50%igen Arbeitsunfähigkeit vereinbar sei (vgl. act. G 13.1, Konsensbeurteilung S. 11, neurologisches Gutachten, S. 15). Soweit die Beschwerdegegnerin geltend macht, es sei fraglich, ob alleine gestützt auf eine neuropsychologische Einschätzung auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen werden dürfe (vgl. act. G 15), ist dem entgegenzuhalten, dass es sich beim Q.____-Gutachten um eine

polydisziplinäre Begutachtung gehandelt hat, im Rahmen derer auch Fachärzte anderer Disziplinen mitgewirkt haben und die Gutachter schliesslich gemeinsam zur Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit gelangt sind (vgl. act. G 13.1). Da das Q.____-Gutachten von der IV-Stelle in Auftrag gegeben worden ist (vgl. act. G 13.1, Konsensbeurteilung, S. 2), die nicht Partei des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens ist und auch keine erkennbaren Interessen am Ausgang dieses Verfahrens hat, geniesst es auch eine hohe Beweiskraft. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass beim Beschwerdeführer über den 24. Mai 2017 hinaus eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der von ihm aktuell ausgeübten (dem Leiden zwischenzeitlich angepassten; vgl. dazu act. G 13.1, Konsensbeurteilung S. 9 f.) Tätigkeit besteht. Folglich hat die Beschwerdegegnerin ihre Taggeldleistungen zu Unrecht per 25. Mai 2017 auf 20 % gesenkt (vgl. UV-act. 366). Sie ist zu verpflichten, dem Beschwerdeführer rückwirkend auch für die Zeit vom 25. Mai bis 31. Dezember 2017 ein Taggeld basierend auf einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50 % auszurichten. Ausgehend von der ermittelten Arbeitsunfähigkeit bleibt sodann der Rentenanspruch zu prüfen. Vorliegend ist sowohl hinsichtlich des (hypothetischen) Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Tätigkeitsbereich zugrunde zu legen (vgl. act. G 13.1, Konsensbeurteilung, S. 9 f.). Demnach kann der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers anhand eines so genannten Prozentvergleichs ermittelt werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. April 2017, 9C_804/2016, E. 2.2 mit Hinweis; BGE 126 V 75). Ein solcher Abzug ist vorliegend nicht angezeigt, da nicht auf Tabellenlöhne, sondern den konkreten Verdienst des Beschwerdeführers abgestellt wird. Folglich resultiert bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50 %, wie er beim Beschwerdeführer anzunehmen ist, ein Invaliditätsgrad von 50 %. Der Beschwerdeführer hat demnach ab dem 1. Januar 2018 einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Taggelder und Renten werden nach dem versicherten Verdienst bemessen (Art. 15 Abs. 1 UVG). Als versicherter Verdienst gilt für die Bemessung der Taggelder grundsätzlich der letzte vor dem Unfall bezogene Lohn, für die Bemessung der Renten der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn (Art. 15 Abs. 2 UVG; Art. 22 Abs. 3 UVV), wobei der Bundesrat Bestimmungen über den versicherten Verdienst in Sonderfällen erlassen kann (vgl. Art. 15 Abs. 3 UVG). Die Beschwerdegegnerin hat zur Berechnung des versicherten Verdienstes auf den vom Beschwerdeführer im Jahr 2012 gemäss Auszug aus dem individuellen Konto der Sozialversicherungsanstalt (SVA) erzielten jährlichen Verdienst von Fr. 75'400.-- abgestellt (vgl. act. G 1.1.2 S. 17, oben), was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. In der Beschwerde hat der Beschwerdeführer neu die Frage aufgeworfen, ob nicht eher auf einen Durchschnittslohn i.S.v. Art. 23 Abs. 3 UVV abzustellen sei, da sein Gehalt Schwankungen unterworfen sei (vgl. act. G 1 S. 19). Zwar ist sein Jahresverdienst als Selbständiger gemäss IK-Auszug gewissen Schwankungen unterworfen gewesen (vgl. act. G 9.1.1), jedoch bewegt sich der seitens der Beschwerdegegnerin angerechnete Lohn unter Berücksichtigung der in derselben Firma erzielten Einnahmen in anderen Jahren durchaus in einem vertretbaren Rahmen. Es ist anzunehmen, dass eine Durchschnittsberechnung unter Einkalkulierung des im Jahr 2010 erzielten Gehalts, das im Vergleich zu anderen Jahren überdurchschnittlich hoch gewesen zu sein scheint, die tatsächlichen Lohnverhältnisse nicht besser abbilden würde. Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin auch die Taggelder auf der Basis eines versicherten Verdienstes von Fr. 75'400.-- bemessen. Einen zunächst tiefer

bemessenen Ansatz hatte der Beschwerdeführer beanstandet (vgl. UV-act. 67), worauf die Beschwerdegegnerin den versicherten Verdienst auf Fr. 75'400.-- angehoben hat (vgl. UV-act. 70 S. 3), was vom Beschwerdeführer, soweit ersichtlich, nicht mehr beanstandet worden ist. Auch in der Beschwerde hat der Beschwerdeführer den Verzicht auf eine Durchschnittsberechnung nicht explizit kritisiert. In der Beschwerde bemängelt der Beschwerdeführer jedoch die fehlende Berücksichtigung des in seiner Teilzeitbeschäftigung im Jahr 2012 erzielten Verdienstes von Fr. 3'080.-- (act. G 9.1.1). Er ist der Ansicht, dass die Löhne sämtlicher Arbeitgeber für die Berechnung des versicherten Verdienstes massgebend seien (vgl. act. G 1 S. 19). Die fehlende Berücksichtigung dieses Lohnes hatte die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid damit begründet, dass rechtsprechungsgemäss nur Löhne, auf welchen Beiträge zur Finanzierung des versicherten Risikos erhoben worden seien, zum massgebenden Lohn gehörten. Dies sei namentlich bei Nichtberufsunfällen von Bedeutung, wenn die versicherte Person neben einer Haupterwerbstätigkeit noch eine Nebenerwerbstätigkeit im Umfang von weniger als acht Stunden wöchentlich ausübe. Diesfalls sei bei der Bemessung des versicherten Verdienstes lediglich das Einkommen aus der Haupterwerbstätigkeit massgebend. Der Beschwerdeführer habe angegeben, in seiner Nebenerwerbstätigkeit pro Jahr ca. 24 Lektionen Unterricht zu geben. Der diesbezügliche Arbeitgeber habe am V.____ 2013 sodann die Auskunft erteilt, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2011 und 2012 einen Lehrauftrag gehabt habe, für das Jahr 2013 aber erst ab dem W.____ 2013 ein Lehrauftrag vorgesehen sei. Wegen des deutlich unter acht Wochenstunden liegenden Pensums und der nicht einmal behaupteten Beitragsleistung für eine UVG-Versicherung sei das Einkommen aus der Nebenerwerbstätigkeit nicht zum versicherten Verdienst zu zählen (act. G 1.1.2 S. 179). Gemäss dem seit dem 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Art. 23 Abs. 5 UVV ist für das Taggeld der Gesamtlohn aus allen Arbeitsverhältnissen massgebend, unabhängig davon, ob diese Arbeitsverhältnisse eine Deckung nur bei Berufsunfällen oder auch bei Nichtberufsunfällen begründet haben. Da sich der Unfall jedoch noch vor dem Inkrafttreten dieser Verordnungsbestimmung ereignet hat, kommt grundsätzlich die zum Unfallzeitpunkt geltende Regelung zum Zug, die lediglich festgehalten hatte, dass für das Taggeld der Gesamtlohn massgebend sei, wenn ein Versicherter vor dem Unfall bei mehr als einem Arbeitgeber tätig gewesen sei (alt Art. 23 Abs. 5 UVV). Der Wortlaut der früheren Fassung hat sich zur Unfalldeckung im Gegensatz zur neuen Regelung also noch nicht explizit ausgesprochen. Der Beschwerdegegnerin ist denn auch zuzustimmen, dass das Bundesgericht in seiner früheren Rechtsprechung die Ansicht vertreten hatte, dass für die Bemessung des Taggeldes bei mehreren Arbeitgebern nur Löhne zu berücksichtigen seien, auf welchen Beiträge zur Finanzierung des verwirklichten Risikos erhoben worden sind (vgl. BGE 126 V 26). Schon in einem Urteil vom 4. März 2013 ist es aber im Fall einer Versicherten, die auf dem Arbeitsweg einen Unfall erlitten hatte, zumindest implizit von dieser Rechtsprechung abgewichen (vgl. BGE 139 V 148). Mit der aktuellen Regelung kommt nun auch der gesetzgeberische Wille zum Ausdruck, dass zumindest bei der Taggeldberechnung sämtliche Löhne zu berücksichtigen sind, unabhängig der Unfalldeckung der zugrundeliegenden Arbeitsverhältnisse. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, für die Bemessung des versicherten Verdienstes auch den vom Beschwerdeführer im Nebenverdienst erzielten Lohn miteinzubeziehen. Über die Integritätsentschädigung kann aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht entschieden werden, da keine ärztliche Einschätzung, die unter Berücksichtigung des Tinnitus ergangen ist, vorliegt. Vielmehr ist der Fall zur erneuten

Abklärung und Festsetzung der Integritätsentschädigung unter Berücksichtigung des unfallkausalen Tinnitus an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Anhaltspunkte dafür, dass auch die Abducensparese Anspruch auf eine Integritätsentschädigung geben könnte, liegen nicht vor. Vielmehr überzeugt in Berücksichtigung der gesamten Aktenlage die von den Gutachtern der L.____ GmbH im Jahr 2017 abgegebene Einschätzung, wonach diese gut kompensiert sei (vgl. UV-act. 362 S. 35; vgl. ferner E. 3.4). Zusammenfassend ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 25. Mai bis 31. Dezember 2017 Taggeldleistungen auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszurichten hat, dass sie dem Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2018 eine halbe Invalidenrente zu bezahlen hat, dass sie dem Beschwerdeführer rückwirkend per 1. August 2016 sowie zukünftig die Kosten der aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht notwendigen ophthalmologischen, neuroophthalmologischen und otologischen Behandlungen zu vergüten hat und dass die Sache zur Festsetzung der Rentenbeträge, der Taggeldleistungen sowie zur erneuten Abklärung und Festsetzung der Integritätsentschädigung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 235 E. 6.2). Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Da den Begehren des Beschwerdeführers mit Ausnahme des leicht tiefer berechneten Invaliditätsgrades und des um einen Tag verminderten Rückbezugs der Neuberechnung des Taggeldes vollumfänglich entsprochen wird (vgl. act. G 1 S. 2), ist er betreffend Parteientschädigung als voll obsiegend zu betrachten. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht - wie bereits erwähnt - in seiner Kostennote Aufwendungen im Gesamtbetrag von Fr. 20'909.45 geltend (act. G 22). Hierzu ist anzumerken, dass die in Rechnung gestellten Handlungen mehrheitlich (40.03 Stunden) bereits im Verfahren mit der Unfallversicherung erfolgten. Auch die Barauslagen für beigezogene Arztberichte betrafen jenes Verfahren und nicht das Gerichtsverfahren. Solche vorprozessualen Aufwendungen werden vom Parteientschädigungsanspruch gemäss Art. 61 lit. g ATSG nicht erfasst. Im Übrigen sieht Art. 52 Abs. 3 Satz 2 ATSG vor, dass im Einspracheverfahren in der Regel keine Parteientschädigung ausgerichtet wird. Eine Ausnahme von dieser Regel besteht nur, wenn die betroffene Person im Unterliegensfall die unentgeltliche Vertretung hätte beanspruchen können (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 85 zu Art. 52 mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2018, 9C_877/2017, E. 8.2). Das kann vorliegend beim Beschwerdeführer nach Lage der Akten ausgeschlossen werden, obwohl sich seine finanziellen Verhältnisse im Anschluss an den Unfall vom 3. April 2013 zweifellos verschlechtert haben. Der Beschwerdeführer begründet sein Entschädigungsbegehren für das Verwaltungsverfahren im Übrigen nicht. Abzugelten sind nach dem Gesagten nur die im Hinblick auf das Gerichtsverfahren getätigten erforderlichen Aufwendungen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Einzuräumen ist, dass sich in der hier zu beurteilenden Angelegenheit zahlreiche Rechtsfragen gestellt haben und ein grosser Aktenumfang zu bewältigen war. Von da her rechtfertigt es sich, von der üblicherweise bei durchschnittlichen unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ausgerichteten mittleren

Entschädigung von Fr. 4'000.-- abzuweichen und dem Beschwerdeführer mit Blick auf die eingereichte Kostennote ermessensweise eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 8'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Mit einer solchen Verdoppelung der mittleren Entschädigung sind die erforderlichen Aufwendungen auch bei einer grosszügigen Interpretation dieses Kriteriums jedenfalls ausreichend abgegolten. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 25. Mai bis 31. Dezember 2017 Taggeldleistungen auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszurichten. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2018 eine halbe Invalidenrente zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer rückwirkend per 1. August 2016 sowie zukünftig die Kosten der aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht notwendigen ophthalmologischen, neuroophthalmologischen und otologischen Behandlungen zu vergüten. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenbeträge, der Taggeldleistungen sowie zur erneuten Abklärung und Festsetzung der Integritätsentschädigung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 8'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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