

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/49 vom 20. November 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2019_49

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/49 du 20 novembre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2019/49 del 20 novembre 2020

Regeste

Art. 19 Abs. 1 UVG. Art. 24 UVG. Frage des Zeitpunkts des Fallabschlusses. Nach Erreichen der vollen Arbeitsfähigkeit war nicht mehr von einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Der Zeitpunkt der Leistungseinstellung und die gleichzeitige Festlegung der Integritätsentschädigung (sowie deren Höhe) sind nicht zu beanstanden. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. November 2020, UV 2019/49).

Volltext

Entscheid vom 20. November 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. UV 2019/49 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Marcel Köppel, Mätzler & Partner, Grossfeldstrasse 45, 7320 Sargans, gegen Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG, Dufourstrasse 40, 9001 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Helvetia Versicherungen, Rechtsdienst Personenversicherung, Wuhrmattstrasse 19-23, 4103 Bottmingen, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ war bei der Gemeinde B.____ als Lehrer tätig und dadurch bei der Nationale Suisse (per 1. Mai 2015 durch die Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG übernommen [vgl. act. K40]; nachfolgend Helvetia genannt) gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert, als er am 16. September 2010 beim Ringturnen "falsch" auf der Matte landete und sich dabei am Fuss links verletzte (act. UM1 ff., vgl. act. K1). Der am Folgetag erstbehandelnde Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, diagnostizierte eine Distorsion des oberen Sprunggelenks (OSG) links lateral mit einer Kapselbandläsion. Er veranlasste eine Fixation und verordnete eine Stockentlastung, Medikamente sowie Physiotherapie (act. M1). Am 17. Mai 2011 erfolgte eine Röntgenuntersuchung, welche Knochenmarksreaktionen den Calcaneus und Talus betreffend, überwiegend die Region des unteren Sprunggelenks (USG) einschliessend mit möglichen kleineren knöchernen Avulsionen am medialen, calcanearen Rand der Gelenkfläche zeigte. Es ergaben sich Hinweise auf eine schalenförmige Knochenavulsion am Processus posterior tali (act. M2). Eine am 21. Juni 2011 durchgeführte Computertomographie des linken OSG und des Rückfusses erbrachte den Nachweis eines Os trigonum und eines Os supranaviculare sowie subchondrale Resorptionszonen des Calcaneus im talo-calcanearen Gelenk (act. M3). Die Helvetia erbrachte Versicherungsleistungen. Dr. med. D.____, Oberarzt mbF Orthopädie, Spital E.____, äusserte in seinem Bericht vom 30. April 2012 den Verdacht auf eine beginnende Arthrose des USG links (act. M5). Am 3. Juli 2012 führte Dr. med. F.____, Röntgeninstitut G.____, eine Computertomographie des linken Fusses durch. Er befand, bei

den weiteren ossären Fragmenten im Bereich des Os trigonum handle es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um alte posttraumatische Fragmente. Die Arthrose im Talo-Calcanear-Gelenk sei fortgeschritten und plantar der Calcaneusspitze befinde sich ein kleines ossäres Fragment (act. M9, vgl. auch MRT vom 3. Mai 2012; act. M4). Dr. med. H.____, beratender Arzt der Helvetia, beurteilte am 9. Juli 2012, die unfallkausale Behandlung sei per 26. Januar 2012 abgeschlossen gewesen. Die am 27. April 2012 wieder aufgenommene Behandlung betreffend den Verdacht auf eine beginnende USG-Arthrose links stehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 16. September 2010 (act. M6). Die Helvetia teilte dem Versicherten am 17. Juli 2012 mit, sie erbringe für die Behandlung ab April 2012 keine Versicherungsleistungen (act. K4). Der Versicherte erklärte sich damit nicht einverstanden (act. K7 f.). Dr. D.____ befand am 13. August 2012, die Beschwerden des Versicherten stünden in direktem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 16. September 2010 (act. M11). Dr. med. I.____, Oberärztin, Zentrum für Fusschirurgie der Klinik J.____, diagnostizierte am 11. Oktober 2012 eine beginnende posttraumatische Arthrose des Subtalargelenks links bei Zustand nach Unfall am 16. September 2010 (act. M14). Dr. H.____ hielt am 6. November 2012 fest, aufgrund der neuen Berichte könne die anfängliche Ablehnung nicht aufrechterhalten werden. Es liege ein Rückfall in Form einer USG-Arthrose vor (act. M13). Am 15. November 2012 teilte die Helvetia dem Versicherten mit, die Beschwerden und die Behandlungen ab April 2012 stünden doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. September 2010. Sie erbringe daher weiterhin die gesetzlichen Versicherungsleistungen (act. K13). Auf Nachfrage der Helvetia führte Dr. I.____ am 29. September 2014 aus, der Versicherte habe sich lediglich am 11. Oktober 2012 in ihrer Sprechstunde befunden. Seither habe er physiotherapeutische Verordnungen erhalten. Die Physiotherapie diene dazu, bei der beginnenden Arthrose im Bereich des linken Subtalargelenks weiterführende Massnahmen im Sinne einer operativen Intervention aufschieben zu können (act. M18). Am 2. November 2015 meldete der nun als K.____ beim Amt für L.____ tätige Versicherte der Helvetia einen Rückfall (act. M19a, K131.1). Dr. med. M.____, Oberarzt Orthopädie, Spital E.____, hatte in seinem Bericht vom 7. Oktober 2015 als Diagnosen akute Fusschmerzen links und eine beginnende Patellofemoralarthrose links bei patellofemorale Dysplasie und Verdacht auf posterolaterale Instabilität bei Status nach Knieverletzung mit Seitenband-Rekonstruktion circa 2007 festgehalten. Am 1. Oktober 2015 sei extern eine Infiltration des Sprunggelenks durchgeführt worden (act. M19, vgl. zu den bildgebenden Untersuchungen vom 3. September und 1. Oktober 2015 act. M22 f.). Aufgrund eines Erysipels und des Verdachts auf einen Gelenksinfekt Articulatio talonavicularare Fuss links bei Status nach Cortisoninfiltration hatte sich der Versicherte vom 5. bis 9. Oktober 2015 stationär im Spital E.____ zur intravenösen Antibiotikatherapie und Ruhigstellung des Fusses links befunden. Dr. M.____ hatte ihm vom 5. bis 21. Oktober 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert (act. M21). Dr. med. N.____, Leitender Arzt Orthopädie, Spital E.____, berichtete am 3. November 2015, der Infekt sei ausgeheilt. Er attestierte dem Versicherten bis zum 8. November 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, vom 9. bis 30. November 2015 eine solche von 50% (act. M24). Am 8. April 2016 unterzog sich der Versicherte im Spital E.____ einem Débridement des talonavikularen Gelenks und einer Exstirpation des Os trigonum am Fuss links sowie einer Mikrofrakturierung der Trochlea und einer Teilmetallentfernung am Tibiakopf links. Die behandelnden Ärzte attestierten ihm vom 8. bis 15. April 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (act. M26 f.). Dr. N.____ befand am 30. Mai 2016, für die Arbeit als K.____ bleibe der Versicherte weitere

sechs Wochen arbeitsunfähig. Bürotätigkeiten könnte er in drei Wochen wiederaufnehmen (act. M28). Am 18. Juli 2016 berichtete Dr. N.____, der Versicherte habe seine Arbeit am 20. Juni 2016 wieder zu 50% aufgenommen, führe aber nur Bürotätigkeiten aus. Die Arbeitsunfähigkeit von 50% müsse bis mindestens Ende August 2016 beibehalten werden. Seine Tätigkeit als K.____ könne der Versicherte frühestens am 1. Oktober 2016 wiederaufnehmen. Diese Angaben gälten für den hypothetischen Fall, dass lediglich die Fussoperation durchgeführt worden wäre (act. M30). Die Helvetia bezahlte weiterhin ein Taggeld von 50% (act. K51). Am 29. August 2016 hielt Dr. N.____ fest, bis Ende September bleibe die Arbeitsunfähigkeit von 50% für Bürotätigkeit bestehen. Ab 1. Oktober 2016 sei eine Steigerung auf eine Arbeitsfähigkeit von 70% vorgesehen, davon 40% für die Instruktor- und 30% für die Bürotätigkeit (act. M31). In einem Bericht vom 9. Januar 2017 führte Dr. N.____ aus, der Versicherte habe seine Tätigkeit als Skiinstruktor.____ wiederaufgenommen, was jedoch für maximal vier Stunden täglich möglich gewesen sei. Bei der Arbeit als K.____ habe es keine Probleme gegeben. Die Arbeitsfähigkeit könne auf 80% erhöht werden (act. M34). Im Auftrag der Helvetia hatte Dr. med. P.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Zürich, am 15. Dezember 2016 ein Aktengutachten erstellt. Er hatte beurteilt, die aus dem Unfall vom 16. September 2010 resultierenden Folgeschäden seien erst mit der Operation am 8. April 2016 effektiv behandelt worden. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich des linken Fusses habe überwiegend wahrscheinlich bis Ende Oktober 2016 bestanden (act. M36). Am 22. Januar 2017 nahm Dr. P.____ Stellung zum Bericht von Dr. N.____ vom 9. Januar 2017 und hielt an seiner Einschätzung fest (act. M37, vgl. act. M34). Mit Schreiben vom 13. Februar 2017 teilte die Helvetia dem Versicherten mit, sie stelle die Taggeldzahlungen ab 27. Februar 2017 ein, da keine Arbeitsunfähigkeit als K.____ mehr vorliege (act. K64). Dr. N.____ berichtete am 4. April 2017, der Versicherte habe drei Wochen lang Skiunterricht gegeben, was vonseiten des Kniegelenks sehr gut, vonseiten des linken Fusses recht gut möglich gewesen sei. Bei grösseren Belastungen im Alltag oder im Training habe er allerdings noch deutliche Beschwerden, vor allem im Bereich des entfernten Os trigonum. Der Versicherte habe seine Arbeitsfähigkeit auf 100% gesteigert und damit deutlich mehr Beschwerden gehabt. Die Arbeitsfähigkeit werde deshalb für drei Monate auf 80% reduziert (act. M39). Die Helvetia richtete dem Versicherten wieder ein Taggeld auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 20% aus (Schreiben vom 12. April 2017; act. K67). Am 5. Juli 2017 ging Dr. N.____ für weitere drei Monate von einer Arbeitsfähigkeit von 80% aus (act. M40). Im Auftrag der Helvetia (act. K72) wurde der Versicherte im Juli 2017 durch Dr. med. Q.____, Spezialarzt Orthopädie FMH, Medizinisches Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH, untersucht. Dieser beurteilte in seinem Gutachten vom 17. August 2017, die subtalare Arthrose und die Talonaviculargelenksarthrose links stünden nur in möglichem natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 16. September 2010. Für den körperlich belastenden Teil der Tätigkeit als K.____ bestehe seit mindestens Mai 2012 bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 85%. Vorwiegend stehende Tätigkeiten könnten seit spätestens Mai 2012 bei voller Stundenpräsenz zu 90%, vorwiegend sitzende sowie wechselbelastende Tätigkeiten zu 100% zugemutet werden (act. M44, vgl. auch act. M45). Dr. N.____ hatte am 10. August 2017 über einen neu aufgetretenen Osteophyten am Talushals links berichtet. Vor allem während der Tätigkeit als K.____ habe der Versicherte nach wie vor Beschwerden am linken Rückfuss. Ausserdem störe ihn eine Einschränkung in der Dorsalextension im OSG. Die Arbeitsfähigkeit sei aktuell nicht zu steigern (act. M41, vgl. die MRI-Untersuchung vom 11. Juli 2017; act. M46). Mit einem Schreiben vom 9.

Oktober 2017 teilte die Helvetia dem Versicherten mit, Dr. Q.____ komme in seinem Gutachten - wie schon im 2012 ihr beratender Arzt - zum Schluss, dass die Beschwerden am linken Fuss nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 16. September 2010 zurückzuführen seien. Sie müsse deshalb ihre Leistungspflicht rückwirkend per 2012 ablehnen. Sie verzichte jedoch auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen (act. K99). Damit erklärte sich der Versicherte, vertreten durch seine Rechtsschutzversicherung, nicht einverstanden (act. K120). Nach Eingang zweier Berichte von Dr. N.____ und Dr. med. R.____, FMH Orthopädische Chirurgie, beauftragte die Helvetia Dr. med. S.____, Spezialarzt für Allgemein- und Unfallchirurgie, mit der Erstellung eines Aktengutachtens (act. M49, K102). Dieser befand am 3. November 2017, es lägen zweifelsfrei organisch nachweisbare Folgen des Ereignisses vom 16. September 2010 vor. Die USG- und talonaviculare Arthrose seien mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal (act. M50). Mit Schreiben vom 19. März 2018 teilte die Helvetia dem Versicherten mit, sie werde die Unfallkausalität anerkennen. Sie stelle ihre Leistungen jedoch per 1. Oktober 2017 ein (act. K130). Die Rechtsschutzversicherung des Versicherten stellte sich am 22. Mai 2018 auf den Standpunkt, der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht. Die Helvetia habe weiterhin Versicherungsleistungen zu erbringen (act. K131). Dr. N.____ hatte am 24. April 2018 festgehalten, seit Herbst 2017 sei es betreffend die Beschwerden am linken Fuss und linken USG zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Ein Endpunkt der Rehabilitation sei noch nicht erreicht. Die Arbeitsunfähigkeit betrage derzeit 20%. Voraussichtlich könne bei weiterhin gutem Verlauf im Sommer eine Arbeitsfähigkeit von 100% erreicht werden (act. M51). Den von der Helvetia vorgeschlagenen Vergleich betreffend Fallabschluss (vgl. act. K133) lehnte der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. M. Köppel, Sargans, am 6. November 2018 ab. Er liess vorbringen, er habe weiterhin Anspruch auf Übernahme der Heilungskosten. Seit 1. Juli 2018 sei er wieder zu 100% arbeitsfähig, bis dahin seien jedoch Taggelder geschuldet. Da der medizinische Endzustand noch nicht erreicht sei, könne die Höhe der Integritätsentschädigung noch nicht fixiert werden (act. K134). Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Chirurgie, Vertrauensarzt SGV, beurteilte am 18. November 2018, eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes könne seit April 2018 (Beginn des Geräteturnens) nicht mehr erwartet werden. Es sei von einem Integritätsschaden von 15% auszugehen (act. M53). Mit Verfügung vom 28. November 2018 stellte die Helvetia die Taggelderleistungen und die Übernahme der Kosten der Heilbehandlung per 30. Juni 2018 ein. Für den Zeitraum vom 1. Oktober 2017 bis 30. Juni 2018 werde sie ein Taggeld basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 20% vergüten. Sie sprach dem Versicherten eine Integritätsentschädigung bei einem Integritätsschaden von 15% zu (act. K138). Dagegen erhob Rechtsanwalt Köppel am 20. Dezember 2018 für den Versicherten Einsprache (act. K140). Er reichte unter anderem Berichte von Dr. N.____ vom 14. und 17. Dezember 2018 ein (act. K140.4 f.). Am 10. Januar 2019 erhob auch die Agrisano Krankenkassen AG (nachfolgend: Agrisano), Krankenversicherung des Versicherten, Einsprache gegen die Verfügung vom 28. November 2018 (act. K142). Am 1. Februar 2019 liess der Versicherte einen Bericht von Dr. R.____ einreichen (act. K145). Diese hatte am 17. Januar 2019 beurteilt, seit April 2018 sei eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten. Sie rechne mit dem Abschluss der Physiotherapie per 31. Mai 2019 (act. M61). Dr. T.____ hielt am 27. Mai 2019 fest, seit der Versicherte wieder an Geräten turne, sei keine physiotherapeutische Behandlung mehr notwendig. Eine Selbstbeübung sei absolut ausreichend (act. M62). Mit Entscheid vom 27. Juni 2019 wies die Helvetia die Einsprachen

des Versicherten und der Agrisano ab (act. K147). Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Köppel, am 14. August 2019 die vorliegende Beschwerde. Er liess darin die Aufhebung des Einspracheentscheids beantragen. Weiter sei die Helvetia (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, die Heilbehandlungskosten über den 1. Juli 2018 hinaus weiterhin und uneingeschränkt zu übernehmen. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, mit der definitiven Festsetzung der Integritätsentschädigung bis zum Vorliegen des medizinischen Endzustandes abzuwarten; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 12. September 2019 die Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G3). Mit Replik vom 11. Oktober bzw. Duplik vom 12. November 2019 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (act. G5, G7). Erwägungen Vorab zu prüfen ist die vom Beschwerdeführer gerügte Gehörsverletzung. Er brachte in seiner Beschwerdeschrift vor, die Beschwerdegegnerin berufe sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf neue Berichte, insbesondere ein neues Aktengutachten, welches ihm noch nicht zur Kenntnis gebracht worden sei. Dies sei nicht korrekt (act. G1). Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV; SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör (vgl. auch Art. 42 Satz 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 370 f. E. 3.1 mit Hinweisen). Eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs kann dann als geheilt gelten, wenn der Betroffene die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 437 E. 3d/aa). Bei dem vom Beschwerdeführer erwähnten Aktengutachten könnte es sich um das Gutachten von Dr. T.____ vom 18. November 2018 handeln. Da er sich allerdings in seiner Einsprache vom 20. Dezember 2018 dazu äusserte, ist davon auszugehen, dass er Kenntnis davon hatte (vgl. act. K140). Nach Eingang der Einsprache des Beschwerdeführers holte die Beschwerdegegnerin nur noch eine sehr kurze Stellungnahme von Dr. T.____, datiert mit 27. Mai 2019, ein. Dr. T.____ hatte darin festgehalten, seit der Beschwerdeführer wieder an Geräten turne, sei keine physiotherapeutische Behandlung mehr notwendig. Eine Selbstbeübung, wie bei der Physiotherapie erlernt, sei absolut ausreichend (vgl. act. M62). Diese Stellungnahme stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer offenbar nicht zu. Da die Stellungnahme von Dr. T.____ keine neuen medizinischen Ausführungen enthielt, sondern lediglich der Bestätigung seiner vorherigen Auffassung diene, erlitt der Beschwerdeführer keinen Nachteil. Eine weitere Eingabe durch ihn im Einspracheverfahren hätte kaum etwas am Einspracheentscheid geändert. Zudem war er trotz fehlender Kenntnis von der Stellungnahme von Dr. T.____ vom 27. Mai 2019 problemlos in der Lage, seine Beschwerde ausführlich zu begründen (vgl. act. G1). Schliesslich erhielt er nach Eingang der Vorakten beim Gericht Akteneinsicht und konnte sich spätestens in seiner Replik zu sämtlichen Akten äussern (vgl. act. G5). Er machte denn in seiner Replik auch keine Gehörsverletzung mehr geltend. Zwischen den Parteien in materiell-rechtlicher Sicht

umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Vergütung der Heilbehandlungskosten über den 1. Juli 2018 hinaus sowie die Frage des Zeitpunkts der definitiven Festsetzung der Integritätsentschädigung. Nicht umstritten ist hingegen mangels Arbeitsunfähigkeit die Einstellung der Taggeldzahlungen per 30. Juni 2018 (vgl. act. G1). Eine versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10% invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten ist und damit in Bezug auf die Unfallrestfolgen ein medizinischer Endzustand vorliegt, ist der sog. "Fallabschluss" vorzunehmen; Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sind einzustellen und es ist der Anspruch der versicherten Person auf eine Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu prüfen (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 114 E. 4.1). Angesichts der in Erwägung 2.1 ausgeführten gesetzlichen Bestimmungen besteht ausserdem eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181, E. 3; 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.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum Schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018, [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Um den Gesundheitszustand und insbesondere das Ausmass der Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E.

4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.). Der Beschwerdeführer macht geltend, der Zeitpunkt des Fallabschlusses sei noch nicht erreicht (act. G1, G5). Bei der Festlegung des Zeitpunktes der Einstellung der Heilbehandlungsleistungen sind unbestritten nur die Beschwerden am Fuss und am Sprunggelenk links zu berücksichtigen. Deren Unfallkausalität ist nicht mehr umstritten und aktenmässig ausgewiesen (vgl. act. M50, K130, G3). Nicht in kausalem Zusammenhang zum Unfall vom 16. September 2010 stehen hingegen die Beschwerden am Knie links. Der Beschwerdeführer hatte im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 30. Juni 2018 noch gewisse unfallkausale Beschwerden. Diese stellen jedoch den Fallabschluss nicht per se in Frage. Für den Anspruch auf weitere vorübergehende Leistungen wird rechtsprechungsgemäss vorausgesetzt, dass noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Das Kriterium beurteilt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Es bedarf dabei einer ins Gewicht fallenden Besserung durch die ärztliche Behandlung. Eine allfällige blosser Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass die versicherte Person etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Für den Abschluss der medizinischen Behandlung ist ein Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung somit nicht vorausgesetzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. September 2016, 8C_306/2016, E. 5.3, mit weiteren Hinweisen; KOSS UVG-Philipp Geertsens, N 7 ff. zu Art. 19). Die behandelnden Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer unbestritten ab 1. Juli 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 100% (act. K134). Der Beschwerdeführer macht jedoch geltend, zu diesem Zeitpunkt seien ihm gewisse Teilbereiche seiner Arbeitstätigkeit noch nicht möglich gewesen (act. G1, G5). Nachfolgend ist deshalb zu prüfen, ob von einer weiteren Heilbehandlung trotz der attestierten vollen Arbeitsfähigkeit eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war. Dazu ist vorerst festzuhalten, dass die Tätigkeit des Beschwerdeführers unbestritten relativ hohe Anforderungen an seine körperliche Leistungsfähigkeit stellt. So muss er sich als K.____ zum Beispiel in sehr unebenem Gelände bewegen, Tiefenrettungen durchführen und gefährliches Gelände sichern. Dabei hat er teilweise längere Anmarschzeiten, beispielsweise bei Lawinenräumungen. Daneben ist er aber auch in der Führungsunterstützung tätig, wo er vor allem Büroarbeiten sowie Betreuungsdienste erledigt (vgl. act. M61, G1). Schliesslich ist der Beschwerdeführer im Winter auch teilweise als Skiinstruktor tätig (act. M53, act. G1). Nachdem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen ursprünglich gestützt auf die Einschätzung von Dr. Q.____ (vgl. act. M44) per 1. Oktober 2017 einstellen wollte (vgl. act. K130), richtete sie diese bis zum 30. Juni 2018 weiter aus (vgl. act. K138, K147). Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 27. Juni 2019 (act. K147) bzw. der diesem zugrundeliegenden Verfügung vom 28. November 2018 (act. K138) stützte sie sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilung von Dr. T.____ vom 18. November 2018 (act. M53). Dieser hatte festgehalten, von einer weiteren Behandlung könne keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden. Der Beschwerdeführer sei wieder in der Lage, an Geräten zu turnen, was eine hohe Belastung der Sprunggelenke darstelle. Ausserdem bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch zum Erhalt des derzeitigen Gesundheitszustandes sei keine Physiotherapie mehr notwendig. Es sei nicht einzusehen, weshalb der junge Beschwerdeführer nach derart langwierigen und zahlreichen Physiotherapiebehandlungen nicht selbst in der Lage sein sollte, die Übungen, insbesondere Koordinationsübungen, auszuführen. Spätestens mit Beginn des Geräteturnens im April

2018 sei der medizinische Endzustand erreicht gewesen (act. M53, S. 4 f.). Der Beschwerdeführer stellt dieser Beurteilung die Einschätzung seiner behandelnden Ärzte entgegen (vgl. act. G1, G5). Dr. N.____ hielt am 14. Dezember 2018 fest, verschiedene sportliche und berufliche Belastungen, die der Beschwerdeführer im Frühjahr 2018 noch nicht habe durchführen können, seien inzwischen möglich. Dazu zähle zum Beispiel die Wiederaufnahme des Turnsports und des Barrenturnens, das der Beschwerdeführer einmal wöchentlich trainiere. Dies sei seit Oktober 2018 möglich gewesen, im Frühjahr noch nicht (act. K140.4). Entgegen diesen Angaben hatte Dr. N.____ in Berichten vom 23. Februar und 24. April 2018 erwähnt, der Beschwerdeführer habe wieder mit Barrenturnen begonnen (act. M51, M57). Selbst wenn in den Bereichen des Turnsports und des Barrenturnens seit Juli 2018 aber noch gewisse Fortschritte erzielt werden konnten, spricht dies nicht gegen einen Fallabschluss per 30. Juni 2018. Dr. N.____ führte am 14. Dezember 2018 weiter aus, auch die Beweglichkeit des Sprunggelenks habe deutlich verbessert werden können. Im April 2018 habe er die Beweglichkeit des OSG in der Dorsal-/Plantarflexion mit 10-0-40 Grad dokumentiert, bei seiner letzten Untersuchung im Dezember 2018 sei eine Beweglichkeit von 10-0-60 möglich gewesen. Das heisse aber auch, dass noch ein Verbesserungspotential bestehe, da die Dorsalextension noch um zehn Grad eingeschränkt sei. Die Beweglichkeit im USG sei im April 2018 um ein Viertel eingeschränkt gewesen für die Pro- und Supination. Bei der letzten Vorstellung im Dezember 2018 sei die Beweglichkeit in diesem Gelenk hingegen frei gewesen (act. K140.4, vgl. act. K140.5). Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht geltend macht, stellt eine Verbesserung der Beweglichkeit um wenige Grade keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes dar (act. G3). Weiter hielt Dr. N.____ am 14. Dezember 2018 fest, verschiedene physiotherapeutische Behandlungen müssten unter Anleitung durchgeführt und kontrolliert werden, wie zum Beispiel ein Explosivtraining. Andere physiotherapeutische Behandlungen wie die Mobilisation und Dehnung des Gelenks könnten nicht selbständig durchgeführt werden, es brauche hier klar die fachliche Kompetenz des Physiotherapeuten. Das Stabilitätstraining führe der Beschwerdeführer selbst durch. Seit August 2018 seien auch Trainingsformen mit grosser Kraftentfaltung (Sprungkraft- und Explosivtraining) möglich, seit September 2018 könne der Beschwerdeführer auch mit dem Aufbau von Maximalkraft beginnen. Dies wäre im Frühjahr 2018 definitiv noch nicht möglich gewesen. Ziel sei es, dass der Beschwerdeführer die physiotherapeutische Behandlung im Frühjahr 2019 abschliessen könne (act. K140.4). Inwiefern diese Massnahmen die Arbeitsfähigkeit - von bereits 100% - mindestens in qualitativer Hinsicht noch hätten verbessern können, lässt sich dem Bericht nicht entnehmen. Dr. N.____ führte weiter aus, auch in Bezug auf die berufliche Tätigkeit habe der Beschwerdeführer im letzten halben Jahr deutliche Fortschritte erzielen können. Seit dem Sommer 2018 habe er mit einer Arbeitsfähigkeit von 100% beginnen können. Bis zu diesem Zeitpunkt habe er nur leichtere Einsätze durchführen können. Die schwierigen beruflichen Anforderungen (Gruppenführerkurs, Ortung und Rettung, Absturzsicherung im steilen und schwierigen Gelände) seien erst seit August 2018 möglich. Im Vergleich zum letzten Winter könne der Beschwerdeführer die Anforderungen beim Durchführen des Skiexpertenkurses deutlich besser erfüllen, obwohl hier immer noch keine vollständige Beschwerdefreiheit bestehe. Ein definitiver Endzustand sei noch nicht erreicht, es sei zu erwarten, dass im Frühjahr 2019 die Physiotherapie abgeschlossen werden könne (act. K140.4). Diesen Schilderungen ist zwar ein seit Beginn des Jahres 2018 eingetretene Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Jedoch ergibt sich daraus nicht, dass seit Juli 2018 - als der Beschwerdeführer seine Arbeitstätigkeit wieder zu

100% aufnahm - eine relevante Verbesserung eingestellt hätte. Dr. R.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 17. Januar 2019. Gleichentags hielt sie fest, die Einschätzung von Dr. T.____ bezüglich des Erreichens des Endzustandes sei für sie nicht nachvollziehbar. Sie gab den Bericht von Dr. N.____ vom 14. Dezember 2018 teilweise wieder. Da sie den Beschwerdeführer zwischen 2015 und dem 17. Januar 2019 nicht mehr gesehen hatte, war sie nicht in der Lage, eine allfällige Verbesserung seit der Leistungseinstellung per 30. Juni 2018 mit eigenen Untersuchungsergebnissen zu belegen. Aus ihrem Bericht ergibt sich sodann auch keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Sie führte aus, der Beschwerdeführer leiste als K.____ körperlich sehr anspruchsvolle Arbeiten. Um entsprechende Erholungsphasen für den Fuss zu haben, mache er Führungsunterstützung, was überwiegend Büroarbeiten sowie Betreuungsdienste beinhalte. Insbesondere bei den koordinativen Fähigkeiten, was zum Beispiel für das Bewegen in schwierigem Gelände sehr wichtig sei, bestehe noch immer Trainingsbedarf. In der Zwischenzeit könne er die verlangte Leistung in seiner Tätigkeit weitestgehend erbringen, es fehle noch relativ wenig, um die letzten Sicherheiten durch weitergehende Physiotherapie zu erreichen. Sie rechne mit einem Abschluss der Physiotherapie per 31. Mai 2019 (act. M61). Dr. R.____ ging damit von nur noch geringfügigen möglichen Verbesserungen aus. Diese reichen nicht aus, um den Fallabschluss per 30. Juni 2018 in Frage zu stellen. Dr. R.____ führte zudem aus, in Bezug auf die weitere Prognose sei die Leistungsfähigkeit bei weiterhin guter Ausdauer und Koordination, sowie entsprechend angepasster Ausrüstung und Vermeiden von extremen Belastungen für ca. die nächsten zehn Jahre gut. Auf lange Sicht werde es aber sicher, insbesondere im USG, zu zunehmenden degenerativen Veränderungen kommen, welche eventuell dann auch operative Massnahmen und gegebenenfalls eine Anpassung der beruflichen Laufbahn erfordern würden. Aufgrund dieser Prognose sei ein endgültiger Abschluss des Falles nicht gerechtfertigt (act. M61). Allein die Möglichkeit einer in weiter Zukunft liegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes verhindert einen Fallabschluss jedoch nicht. Sollte es später tatsächlich zu einer relevanten Verschlechterung mit entsprechender Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit kommen, müsste der Beschwerdeführer einen Rückfall melden. In Kenntnis des Berichts von Dr. R.____ hielt Dr. T.____ am 27. Mai 2019 wie bereits erwähnt (vgl. E. 1.2) fest, seit der Beschwerdeführer wieder an Geräten turne, sei keine physiotherapeutische Behandlung mehr notwendig. Eine Selbstbeübung - wie in der Physiotherapie erlernt - sei absolut ausreichend (act. M62). Er ging damit weiterhin von seiner überzeugenden Beurteilung aus, dass spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine Heilbehandlung mehr nötig war. Dr. T.____ hatte schliesslich bei seiner Einschätzung vom 18. November 2018, wonach der medizinische Endzustand seit Beginn des Gerätturnens erreicht gewesen sei, auf den Bericht von Dr. N.____ vom 24. April 2018 verwiesen (act. M53). Dr. N.____ hatte darin berichtet, die am 18. September und 9. November 2017 durchgeführten Infiltrationen des Talonaviculargelenks hätten zu einer Schmerzreduktion und einer besseren Beweglichkeit geführt. Auch die erfolgte Infiltration des USG habe zu einer deutlichen Verbesserung beim physiotherapeutischen Aufbautraining und zur Wiederaufnahme des Barrenturnens im Februar 2018 geführt. Der Fuss sei besser belastbar und die Schmerzen regredient. Der Beschwerdeführer habe bei Instruktionen im Gelände wesentlich weniger Beschwerden gehabt. Er habe auch eine Woche lang Skiunterricht gegeben und aufgrund der reduzierten Beschwerden im OSG mehr belasten können. Ausserdem habe er mit dem Geräteturnen begonnen, was aufgrund der reduzierten Beschwerden am Fuss recht gut möglich sei. Die Verbesserungen hätten sich nicht nur bei sportlichen und beruflichen Belastungen gezeigt,

auch die alltäglichen Belastungen seien deutlich besser möglich gewesen. Der Beschwerdeführer hinke nicht mehr, der Zehengang sei praktisch problemlos möglich. Im März 2018 habe er den ersten durchgehenden Pionierkurs absolvieren können und habe deutlich geringere Beschwerden gehabt, als noch drei Monate zuvor (act. M51). Dieser Bericht war Dr. T.____ bekannt gewesen und er war wie erwähnt von einem Endzustand per Datum des Berichts ausgegangen (vgl. act. M53; die Beschwerdegegnerin leistete jedoch bis 30. Juni 2018 weiter). Dies ist insofern nachvollziehbar, als sich dem Bericht von Dr. N.____ keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mehr entnehmen lassen. Er hatte dem Beschwerdeführer zwar noch eine Arbeitsfähigkeit von 20% attestiert, war aber davon ausgegangen, dass bei weiterhin gutem Verlauf im Sommer 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 100% erreicht werde (vgl. act. M53). Diese Prognose traf bekanntlich ein, der Beschwerdeführer arbeitete ab 1. Juli 2018 wieder in einem Pensum von 100% (vgl. act. K134, G1). Spätestens ab diesem Zeitpunkt - welcher mit dem Datum der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin übereinstimmt - lag also auch gemäss der Einschätzung von Dr. N.____ keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor. Nach dem Gesagten ist der Fallabschluss per 30. Juni 2018 nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde zwar vor, er habe damals noch keine Pionierkurse, keine Tiefenrettungskurse sowie keine Wiederholungskurs-Betreuungen im Pionierbereich durchführen dürfen. Auch sei er für einen allfälligen Ernsteinsatz, zum Beispiel bei einem Unwetter, noch nicht einsatzfähig gewesen (vgl. act. G1, S. 4). Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht vorbringt (act. G3), haben die behandelnden Ärzte dem Beschwerdeführer ab 1. Juli 2018 unbestritten eine Arbeitsfähigkeit von 100% für seine Tätigkeit als K.____ attestiert. Eine damals noch bestehende wesentliche Einschränkung in der Ausübung seiner Tätigkeit, welche mit weiteren Behandlungen hätte verringert werden können, ist damit nicht nachvollziehbar. Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, es sei noch verfrüht, die Höhe des Integritätsschadens definitiv festzulegen (act. G1). Wie bereits gesagt, ist der Integritätsschaden im Zeitpunkt des Fallabschlusses festzulegen (Art. 19 Abs. 1 UVG). Damit ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin am 28. November 2018 über die Integritätsentschädigung verfügt hat (vgl. act. K135). Die Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 25 Abs. 1 UVG entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Spezielle Behinderungen der betroffenen Person bleiben dabei unberücksichtigt (BGE 124 V 35 E. 3c, 113 V 221 E: 4b). Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab; es geht vielmehr um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1). Nach Art. 36 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) wird die Integritätsentschädigung gemäss den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV bemessen. Dieser Anhang enthält eine als gesetzmässig und nicht abschliessend anerkannte Skala. Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraaster) erarbeitet. Diese Tabellen enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll; sie sind mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis). Dr. T.____ schätzte den Integritätsschaden am 18. November 2018 auf 15%. Er verwies dabei auf die Suva-Tabelle 5 (Revision 2011) "Integritätsschaden bei

Arthrosen" gemäss welcher eine USG-Arthrose mit mässiger Ausprägung mit 5-15% bewertet werde. Ausserdem sei für eine Fusswurzelarthrose bei mässiger Ausprägung ein Integritätsschaden von 5-10% vorgesehen. Ein einfaches Zusammenzählen dieser Angaben sei jedoch nicht zulässig. Als Referenzwert müsse die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Beins herangezogen werden. Eine solche werde gemäss Suva-Tabelle 2 (Revision 2000) "Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten" mit 50% taxiert. In Relation zum Referenzwert scheine es gerecht, von einer Gesamtschädigung in der Höhe von 15% auszugehen. Dabei sei auch ein medizinisch überschaubarer Zeitraum von fünf Jahren mit eingerechnet (act. M53). Der Beschwerdeführer stellt die Einschätzung eines Integritätsschadens von 15% grundsätzlich nicht in Frage. Er bringt jedoch vor, eine zukünftige Verschlechterung des Gesundheitsschadens sei wahrscheinlich, weshalb die Höhe des Integritätsschadens noch nicht definitiv festgelegt werden können (act. G1). Gemäss Art. 36 Abs. 4 UVV werden voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war. Laut Bundesgericht liegt eine voraussehbare Verschlimmerung vor, wenn im Zeitpunkt der Festsetzung des Integritätsschadens eine Verschlimmerung als wahrscheinlich prognostiziert wird und damit auch geschätzt werden kann. Die blosse Möglichkeit einer Verschlimmerung des Integritätsschadens genügt hingegen nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Juli 2013, 8C_76/2013, E. 3.4.1, mit weiteren Hinweisen). Dr. T.____ berücksichtigte bei seiner Beurteilung eine absehbare Verschlimmerung der Arthrose in den folgenden fünf Jahren (vgl. act. M53). Dr. N.____ führte am 14. Dezember 2018 aus, eine eventuelle Verschlechterung des Gesundheitszustands sei auch nach mehr als fünf Jahren durchaus möglich (act. K140.4). Die reine Möglichkeit einer weiteren Verschlechterung in relativ ferner Zukunft rechtfertigt es jedoch nicht, den Integritätsschaden höher festzulegen als von Dr. T.____ eingeschätzt. Dasselbe gilt in Bezug auf die Beurteilung von Dr. R.____ vom 17. Januar 2019, in welcher diese ausführte, auf lange Sicht (mehr als 10 Jahre) werde es zu zunehmenden degenerativen Veränderungen kommen, welche allenfalls zur Notwendigkeit operativer Massnahmen und einer Anpassung der beruflichen Laufbahn führen würden (vgl. act. M61). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Als Versicherungsträger hat die obsiegende Beschwerdegegnerin praxisgemäss keinen Anspruch auf die beantragte (vgl. act. G3) Parteientschädigung, soweit - wie vorliegend - die Prozessführung der Gegenpartei nicht als mutwillig oder leichtsinnig zu bezeichnen ist (vgl. Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 219 zu Art. 61). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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