

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/1 vom 1. März 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_1

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/1 du 1 mars 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/1 del 1 marzo 2021

Regeste

Art. 24 UVG: Rückweisung zu weiteren medizinischen Abklärungen der Unfallkausalität einer Makulanarbe mit schwerer Sehminderung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. März 2021, UV 2020/1).

Volltext

Entscheid vom 1. März 2021 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. UV 2020/1 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Advokatur Robert Baumann AG, Waisenhausstrasse 17, Postfach 223, 9001 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Integritätsentschädigung Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) arbeitete als Z.____ für die B.____ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin) und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am ____ 2018 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Unfall des Versicherten vom 22. Dezember 2017. Beim Fussballspielen habe ihm ein Gegner den Ball ins Gesicht geschossen, wodurch er eine Verletzung am linken Auge erlitten habe. Der Versicherte sei seit dem 22. Dezember 2017 arbeitsunfähig (Suva-act. 1). Mit Schreiben vom 9. Januar 2018 sicherte die Suva dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 2). Die Erstbehandlung mit Bescheinigung der vorgenannten 100%igen Arbeitsunfähigkeit hatte am 22. Dezember 2017 in der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) stattgefunden (Suva-act. 1, 6). Bei einer Verlaufsuntersuchung vom 11. Januar 2018 in der Augenklinik des KSSG diagnostizierte med. pract. C.____ am linken Auge einen Status nach schwerer Contusio bulbi am 22. Dezember 2017 mit Hyphäma, eine Augendruckentgleisung und eine residuelle, zentrale retinale Atrophie. Laut Untersuchungsbericht von med. pract. C.____ vom 24. Januar 2018 hatte sich anlässlich der Verlaufsuntersuchung fundoskopisch und im OCT (Optische Kohärenztomographie) die bereits am 3. Januar 2018 zentrale retinale Atrophie gezeigt. Der Augeninnendruck sei nun nach dem Unfall unter medikamentöser Therapie erstmalig normwertig (Suva-act. 8). Ab dem 29. Januar 2018 attestierte med. pract. C.____ dem Versicherten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 11-2; vgl. auch Suva-act. 60). Am selben Tag wurde der Versicherte durch Dr. med. D.____, Facharzt für Ophthalmologie, [...], Chefarzt der Augenklinik E.____, untersucht. Dr. D.____ stellte folgende Diagnosen: Contusio bulbi links beim [...]fussball am 22. Dezember 2017 mit traumatischer Mydriase, periphere Iris-Atrophie links, zentrale Netzhaut-Narbe bzw. Atrophie links, Myopie links und

sekundäres Glaukom links (Suva-act. 12). Ab dem 12. Februar 2018 schrieb med. pract. C.____ den Versicherten zu 75% und ab dem 12. März 2018 zu 60% arbeitsunfähig (Suva-act. 17, 20; vgl. auch Untersuchungsbericht von med. pract. C.____ vom 9. März 2018 [Suva-act. 22]). Anlässlich einer Besprechung mit der Suva vom 27. März 2018 beschrieb der Versicherte seine angestammte Tätigkeit als Z.____ in der [...]. Aktuell arbeite er im [...]. Er habe früher nie Beschwerden mit den Augen oder Unfälle gehabt. Er sei auch kein Brillenträger (Suva-act. 21). Am 27./28. April 2018 beantworteten die Suva-Versicherungsmediziner Dr. med. F.____, Facharzt für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, und Dr. med. G.____, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, beide Mitglied FMH, die von der Sachbearbeitung gestellten Fragen, ob durch eine weitere Versorgung bzw. Behandlung noch eine namhafte Verbesserung der Augenbeschwerden links erzielt werden könnte und falls nein, wie hoch ein allfälliger Integritätsschaden einzuschätzen sei. Die Dres. F.____ und G.____ hielten fest, dass die halbjährliche Augenkontrolle bei schwerer Augenprellung mit Sekundärglaukom, Iridodialyse und zentraler Netzhautatrophie am linken Auge unfallbedingt nötig sei. Eine Schutzbrille mit Myopie-Korrektur sei für die Arbeit und den Sport aus ophthalmologischer Sicht unfallbedingt indiziert. Die Versicherungsmediziner bejahten sodann einen Integritätsschaden. Für dessen Bestimmung würden ein ausführlicher Augenarztbericht in ca. einem Jahr und die Fernvisus-Werte des Versicherten vor dem Ereignis benötigt (Suva-act. 30). Am 5. Juni 2018 (Suva-act. 41), 4. September 2018 (Suva-act. 52) und 1. Oktober 2018 (Suva-act. 51) wurde der Versicherte durch Dr. med. H.____, Augenklinik des KSSG, untersucht. In den entsprechenden Untersuchungsberichten vom 10. Juli 2018 (Suva-act. 41) und 10. Oktober 2018 (Suva-act. 51 f.) diagnostizierte dieser zusätzlich zu den bekannten Diagnosen eine funktionelle Monokelsituation. Im Untersuchungsbericht vom 10. Juli 2018 (Suva-act. 41) hatte Dr. H.____ ausserdem festgehalten, dass der reduzierte Visus links auf die posttraumatische Makulanarbe zurückzuführen sei und das traumatische Ereignis insgesamt zu einem Funktionsverlust des linken Auges geführt habe. Insbesondere wegen seit dem Unfall vom 22. Dezember 2017 anhaltender Kopfschmerzen war sodann beim Versicherten am 25. September 2018 in der Radiologie I.____, Diagnosezentrum J.____, eine MRT-Untersuchung mit Kontrastmittel des Schädels mit ergänzendem CT beider Orbitae durchgeführt worden. Die MRT-Untersuchung des Schädels hatte vereinzelte winzige unspezifische isomorphe Glioseherde im frontalen Marklager beidseits (DD: kleine Glioseherde im Rahmen rezidivierender vasospastischer Kopfschmerzzustände?) zur Darstellung gebracht. Beide Orbitae hatten kernspontomographisch und computertomographisch keine Hinweise auf eine stattgehabte Fraktur oder eine fassbare Schädigung des Nervus opticus gezeigt. Das übrige kranio-zerebrale Kernspintogramm war regelrecht gewesen (Suva-act. 59). Am 12. Oktober 2018 wurde der Versicherte in der Klinik für Neurologie des KSSG durch Dr. med. K.____, Fachärztin Neurologie, und Dr. med. L.____ untersucht. Die Ärztinnen diagnostizierten Kopfschmerzen, migräniformen Charakters, sowie eine schwere Contusio bulbi links am 22. Dezember 2017 mit initial Hyphäma und Augenwinkeldruckanstieg bei Kammerwinkelrecessus und posttraumatischer Makulanarbe sowie aktuell einer funktionellen Monokelsituation. Der neurologische Befund war bis auf einen eingeschränkten Visus des linken Auges (Finger zählen nicht möglich) unauffällig gewesen (Suva-act. 58). Am ____ und ____ 2018 fanden Besprechungen zwischen der Suva, dem Versicherten sowie dessen Arbeitgeberin betreffend das weitere Vorgehen und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit statt (Suva-act. 61, 73). Am __ Dezember 2018 besuchte

der Versicherte die [...] der Klinik für Neurologie des KSSG, in welcher insbesondere seine Kopfschmerzen besprochen und beurteilt wurden (Suva-act. 78). Am 7. Januar 2019 folgte eine weitere Untersuchung durch Dr. H.____. Dieser hielt im Untersuchungsbericht vom 9. Januar 2019 fest, dass ab sofort eine Arbeitsfähigkeit von 60% angenommen werden könne und innert einem Monat eine 100%ige Belastbarkeit erhofft werde. Rein prognostisch dürfe auf dem linken Auge nicht von einer Verbesserung ausgegangen werden, womit eine definitive funktionelle Monokelsituation bestehe. Der Versicherte brauche lebenslange Nachkontrollen, inklusive Druckkontrollen, des linken Auges, weil das Auge weiterhin zur räumlichen Wahrnehmung beitrage und somit auch eine Therapie fortgeführt werden sollte. Von einer Sehschärfeverbesserung dürfe jedoch definitiv nicht ausgegangen werden (Suva-act. 79). Anlässlich einer weiteren Untersuchung vom 6. Februar 2019 mit komplett unveränderten Befunden zu den Voruntersuchungen attestierte Dr. H.____ dem Versicherten per 11. Februar 2019 eine volle Arbeitsfähigkeit. Im Untersuchungsbericht vom 7. Februar 2019 wies er sodann erneut auf das Erfordernis lebenslanger jährlicher Kontrollen hin, weil sich bei Makulanarben auch nach Jahren noch eine chorioidale Neovaskularisation (CNV) entwickeln könne, was zu einer deutlichen Einschränkung des Gesichtsfeldes führen könne und einer Therapie bedürfe (Suva-act. 83; betreffend Arbeitsfähigkeit vgl. auch Suva-act. 91). Am 12. April 2019 erachteten die Suva-Versicherungsmediziner Dres. F.____ und G.____ die Contusio bulbi als abgeheilt. Sie bejahten das Vorliegen des medizinischen Endzustands sowie die Unfallkausalität jährlicher Augenkontrollen und verneinten einen unfallbedingten ophthalmologischen Integritätsschaden. Die Sehminderung links bestkorrigiert von 0.1 des kurzsichtigen Versicherten werde durch eine areoläre Atrophie der Makula erklärt, welche eine fortschreitende Augenkrankheit sei und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis "von vor 20 Tagen" zurückgeführt werden könne (Suva-act. 94). Gestützt auf die fachärztliche Beurteilung der Dres. F.____ und G.____ verneinte die Suva mit Verfügung vom 14. Mai 2019 mangels einer erheblichen Schädigung der körperlichen Integrität aufgrund des Unfallereignisses vom 22. Dezember 2017 einen Anspruch des Versicherten auf eine Integritätsentschädigung (Suva-act. 96). Gegen die Verfügung vom 14. Mai 2019 liess der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Baumann, St. Gallen, am 28. Mai 2019 (Suva-act. 98) mit folgenden, am 23. August 2019 begründeten (Suva-act. 103), Anträgen Einsprache erheben: 1. Die angefochtene Verfügung der Suva vom 14. Mai 2019 sei vollumfänglich aufzuheben. 2.a. Dem Einsprecher seien gestützt auf das Unfallereignis vom 22. Dezember 2017 die gesetzlichen Leistungen nach UVG (Taggeldleistungen, Integritätsentschädigung, Rente, Heilungskosten usw.) zuzusprechen und auszurichten. 2.b. Dem Einsprecher sei insbesondere eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von mindestens 30% zuzusprechen und auszurichten; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zusammen mit der Einsprachebegründung reichte der Rechtsvertreter verschiedene Unterlagen, insbesondere eine Stellungnahme von Dr. H.____ vom 26. Juni 2019 (Suva-act. 104-1 f.) zu Fragen des Rechtsvertreters (Suva-act. 104-3 f.) sowie eine Kopie eines im Rahmen der Rekrutierung für das Militär gemachten Sehtests des Versicherten (Suva-act. 106-2) und einen Beschrieb des Versicherten seiner bisherigen Tätigkeit als Y.____ (Suva-act. 107), ein. Mit Schreiben vom 9. Oktober 2019 ersuchte der Rechtsvertreter des Versicherten angesichts einer zwischen diesem und dessen Arbeitgeberin vereinbarten Auflösung des Arbeitsverhältnisses per ____ 2019 (Suva-act. 105-4 f.) und dem Abschluss eines neuen Arbeitsvertrags mit einem tieferen monatlichen Einkommen um Prüfung der Rentenfrage (Suva-act. 110). Am 14. Oktober 2019 nahm Dr.

G.____ zu den mit der Einsprache nachgereichten Unterlagen Stellung. Sie verneinte eine Änderung ihrer Beurteilung vom 12. April 2019 und verneinte damit erneut das Bestehen eines unfallbedingten ophthalmologischen Integritätsschadens. Weiter hielt sie fest, dass die funktionelle Einäugigkeit des Versicherten auf eine Krankheit zurückzuführen sei und keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bestehe (Suva-act. 111). Mit Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2019 wies die Suva die Einsprache des Rechtsvertreters des Versicherten vom 28. Mai/23. August 2019 gegen die Verfügung vom 14. Mai 2019 ab, soweit sie darauf eintrat (Suva-act. 114). Gegen den Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2019 erhob der weiterhin durch Rechtsanwalt Baumann vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 7. Januar 2020 Beschwerde mit folgenden Anträgen: 1. Der angefochtene Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 9. Dezember 2019 sei vollumfänglich aufzuheben. 2. Ihm, dem Beschwerdeführer, seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von mindestens 30%, zuzusprechen und auszurichten. Eventualiter sei in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids die Prozedur zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach Vorliegen der Abklärungsergebnisse neu verfüge. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1). Am 10. März 2020 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine ergänzende Beschwerdebegründung (act. G 5) zusammen mit einer Stellungnahme von Dr. H.____ vom 19. Februar 2020 zur Beurteilung von Dr. G.____ vom 14. Oktober 2019 ein (act. G 5.1 f.). Mit Beschwerdeantwort vom 28. April 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids (act. G 7). Mit Replik vom 2. Juni 2020 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an den gestellten Anträgen fest (act. G 9). Mit Duplik vom 9. Juni 2020 erneuerte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag auf Beschwerdeabweisung und verzichtete auf eine umfassende Duplik (act. G 11). Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den (weiteren) Inhalt der medizinischen Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2019 (Suva-act. 114). Diesem liegt die Verfügung vom 14. Mai 2019 zu Grunde (Suva-act. 96). Gegenstand der Verfügung war einzig der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung. Einspracheweise beantragte jedoch der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers die Zusprechung und Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen, d.h. von Taggeldern, Heilbehandlung, Rente und Integritätsentschädigung (Suva-act. 98, 103, 110). Mit dem Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2019 prüfte die Beschwerdegegnerin wiederum nur den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Auf die Anträge um Ausrichtung weiterer Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung und Rente) trat sie nicht ein. Streitgegenstand kann damit auch im Beschwerdeverfahren nur der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung sein. Auch der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers stellte beschwerdeweise "insbesondere" den Antrag auf Zusprechung und Ausrichtung einer Integritätsentschädigung und äusserte sich in der Beschwerdebegründung nur zu dieser Versicherungsleistung (vgl. act. G 1, G 5). Im Übrigen ist auch unbestritten geblieben und erschliesst sich aus den medizinischen Akten (vgl. Suva-act. 83, 94), dass spätestens im Zeitpunkt des Verfügungserlasses der gesundheitliche Endzustand erreicht war und daher zumindest kein Anspruch mehr auf die vorübergehenden Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung) bestand (vgl. dazu Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; Philipp

Geertsen, N 11 zu Art. 19, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; 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. 143). Allfällige Heilkostenleistungen für jährliche Augenkontrollen (vgl. Suva-act. 83, 94) stehen einem Fallabschluss mit Prüfung der Kapitalleistung Integritätsentschädigung nicht entgegen. Streitig und zu prüfen ist mithin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung. 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). Der Unfallversicherer ist demnach nur für Gesundheitsschäden leistungspflichtig, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; KOSS UVG-Nabold, N 48 ff. zu Art. 6; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.] Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53 ff.). Für die Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53, 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 f.). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen, 134 V 111 f. E. 2.1). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N. 58 f., Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 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 Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352, E. 3a mit Hinweis). Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden. Auf deren Ergebnis kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. In diesem Fall sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 469 ff. E. 4.4 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.2). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine

Aktenbeurteilungen, wie sie vorliegend von Dr. F.____ und Dr. G.____ erstellt wurden (Suva-act. 94, 111), beweiskräftig sein können, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1 mit Hinweisen). Gemäss dem im Sozialversicherungsrecht herrschenden Untersuchungsgrundsatz hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; BGE 138 V 221 E. 6; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juli 2015, 9C_238/2015, E. 3.1). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über die Rechte und Pflichten so oder anders zu entscheiden ist (Urteile des Bundesgerichts vom 6. Juli 2015, 9C_238/2015, E. 3.1, und vom 10. März 2020, 9C_94/2020, E. 3.1). Die Parteien tragen nur insofern eine Beweislast, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweibelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine oder allenfalls des Status quo ante die Unfallversicherung (Urteile des Bundesgerichts vom 24. August 2016, 8C_263/2016, E. 4.2, und vom 10. Januar 2020, 8C_548/2019, E. 3.2; Rumo-Jungo/ Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Diese Beweislastverteilung greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen - die blosse Möglichkeit genügt, wie bereits erwähnt, nicht (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen, 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 53, 59 zu Art. 43 ATSG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 55; Locher/ Gächter, a.a.O., § 70 N. 56 ff.). Vorab ist abzuklären, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers als unfallkausal zu betrachten und damit für die Festlegung der Integritätsentschädigung relevant sind. Liegen - wie die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall geltend macht - keine unfallbedingten dauerhaften, erheblichen Gesundheitsschädigungen vor, fällt ein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zum Vornherein ausser Betracht (vgl. Erwägung 2.1). Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht für das Unfallereignis vom 22. Dezember 2017, bei welchem der Beschwerdeführer laut Untersuchungsberichten von med. pract. C.____ vom 24. Januar 2018 (Suva-act. 8) und Dr. H.____ vom 10. Oktober 2018 (Suva-act. 51 f.) und dessen Stellungnahme vom 26. Juni 2019 (Suva-act. 104) unbestrittenermassen eine schwere Contusio bulbi mit initial Hyphäma und Augendruckentgleisung bzw. Augeninnendruckanstieg bei Kammerwinkelrecessus bzw. Verletzung an der Wurzel der Regenbogenhaut (= Iris) erlitt. Am 3. Januar 2018 sowie in den nachfolgenden Untersuchungen zeigte sich sodann eine zentrale retinale Atrophie bzw. eine Makulanarbe (Suva-act. 8, 22, 41, 51 f., 79, 83), welche med. pract. C.____ im Untersuchungsbericht vom 9. März 2018 (Suva-act. 22) als "residuell" beschrieb. In der Untersuchung vom 29. Januar 2018 erhob Dr. D.____ ausserdem rechts einen Fernvisus ohne Korrektur = 1.0, mit Korrektur (-0.5/-0.5/15°) = 1.25, und links ohne Korrektur nur Fingerzählend in 0.5 m suchend und mit Korrektur (-2.25/-0.5/7°) = 0.1, weshalb er beim Beschwerdeführer eine Myopie links diagnostizierte. Als weitere Diagnose wurde ein

Sekundär-Glaukom links erwähnt (Suva-act. 12, vgl. auch Suva-act. 94). Dem Untersuchungsbericht vom 10. Juli 2018 von Dr. H.____ ist schliesslich die Diagnose einer funktionellen Monokelsituation zu entnehmen (Suva-act. 41, vgl. auch Suva-act. 51 f.). Die Contusio bulbi mit ihrer initialen Symptomatik ist unbestrittenermassen abgeheilt, während die zentrale retinale Atrophie oder Makulanarbe von med. pract. C.____ im Untersuchungsbericht vom 9. März 2018, wie bereits erwähnt, als "residuell" diagnostiziert wurde (Suva-act. 22) und laut Feststellung von Dr. H.____ im Untersuchungsbericht vom 9. Januar 2019 nicht mehr von einer Sehschärfeverbesserung ausgegangen werden kann (Suva-act. 79). Unter den Ärzten ist offensichtlich unbestritten, dass die Sehminderung links (bestkorrigiert von 0.1) durch die Makulanarbe bzw. Atrophie zu erklären ist (vgl. Suva-act. 41, 94). Während der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bezüglich der Makulanarbe gestützt auf Dr. H.____ von einer Unfallfolge ausgeht, sieht die Beschwerdegegnerin die Atrophie der Makula, belegt durch die Beurteilungen ihrer Versicherungsmediziner Dres. F.____ und G.____, als fortschreitende Augenkrankheit bzw. unfallfremden Vorschaden. Nicht bestritten ist offensichtlich von den Suva-Versicherungsmedizinern, dass eine Makulanarbe grundsätzlich auch traumatisch entstehen kann. Posttraumatische Narben der Macula lutea sind denn auch in der ICD-10 klassifiziert (Code H31.0 [<https://www.icd-code.de/icd/code/H31.-.html>, abgerufen am 4. Januar 2021]). Nachfolgend ist zu entscheiden, von welcher Kausalität (Degeneration / Unfall) im vorliegenden Fall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen ist. Die Dres. F.____ und G.____ legen in ihrer Beurteilung vom 12. April 2019 dar, dass bei der Untersuchung durch med. pract. C.____ vom 11. Januar 2018 (vgl. Suva-act. 8) ein Blutkoagel in der Vorderkammer und Fleckblutungen superior auf der Netzhautperipherie erhoben worden seien, aber keine im Bereich der Makula. Anlässlich der gleichen Untersuchung habe sich bereits die areoläre Atrophie des Makulabereichs gezeigt. Diese sei eine fortschreitende, degenerative Erkrankung der Netzhaut, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf eine Contusio bulbi von vor 20 Tagen zurückgeführt werden könne, sondern bei der Contusio schon vorhanden gewesen sei. Der von Dr. D.____ beschriebene areoläre kleine Fleck mit Pigmentverschiebung links bzw. die areoläre Atrophie sei eine degenerative Erkrankung der Netzhaut und verantwortlich für den von ihm erhobenen schlechten Visus links des Beschwerdeführers. Es bestehe mithin kein unfallbedingter ophthalmologischer Integritätsschaden (Suva-act. 94). Dr. G.____ konkretisiert in ihrer Beurteilung vom 14. Oktober 2019, dass die Entwicklung einer Kurzsichtigkeit von -2.25 Dioptrien und einer areolären Netzhautatrophie länger - monate- oder jahrelang - dauere. Sie erachte die vorgenannten Diagnosen als Zufallsbefunde und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nicht unfallkausal (Suva-act. 111). Dr. H.____ stellt sich in seiner Stellungnahme vom 19. Februar 2020 (act. G 5.2) gegen die Auffassung der Versicherungsmediziner, dass es sich bei der Makulaatrophie um eine fortschreitende degenerative Netzhauterkrankung handle. Wie bereits in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2019 (Suva-act. 104) geht er davon aus, dass die Atrophie am Netzhauthintergrund auf ein Trauma zurückzuführen sei. Er könne dies jedoch nicht mit Sicherheit belegen, da es keine Vorbefunde gebe. Für ihn bestehe eine überwiegende Wahrscheinlichkeit der Unfallkausalität, weil mit dem Sehtest bei der Aushebung für die Rekrutenschule (vgl. Suva-act. 106, act. G 5.3) Daten vorliegen würden, wonach der Beschwerdeführer früher voll auf dem Auge gesehen habe, das Trauma genügend schwer gewesen sei, um die fragliche Verletzung zu verursachen, und der Verlauf, der aus den Krankenakten erhoben werde könne, dies untermauere. Da er als behandelnder Arzt befangen sei, empfehle er die

Erstellung eines fachärztlichen Gutachtens, um gegebenenfalls die Kausalitätsfrage glaubhaft beantworten zu können. Die Versicherungsmediziner sehen eine traumatische Ursächlichkeit der Makulanarbe mit der Wirkung einer deutlichen Sehschwäche am linken Auge insbesondere mit Blick auf den kurzen Zeitraum von 20 Tagen zwischen Unfall und Befunderhebung der Makulanarbe nicht als überwiegend wahrscheinlich gegeben an. Angesichts dessen, dass eine Degeneration im Gegensatz zu einem akuten Trauma ein fortschreitender Prozess ist, erscheint die Betrachtung der zeitlichen Abläufe im Einzelfall grundsätzlich als wichtig. Zudem beginnt eine Degeneration erfahrungsgemäss unbedeutend und nimmt im Verlauf zu. Entsprechend kann sie zunächst ohne Weiteres symptomlos oder unbemerkt schleichend verlaufen, aber auch unvermittelt und schlagartig in veränderter Weise kompliziert werden (vgl. zur Netzhautablösung, bezüglich welcher eine Makulanarbe als Endstadium beschrieben wird [vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1105]: <https://www.msmanuals.com/de/heim/verletzungen-und-vergiftung/augenverletzungen/netzhautabl%C3%B6sung-aufgrund-einer-augenverletzung>; vgl. ferner im Zusammenhang mit orthopädischen Gesundheitsschäden Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 586, 878; vgl. ausserdem <https://flexikon.doccheck.com/de/Degeneration>; <https://www.augentagesklinik-oberland.ch/augenarzt/netzhautablosung/>, abgerufen am 4. Januar 2021). Eine neuartige Beschwerdewahrnehmung eines allenfalls vorbestehenden Gesundheitsschadens stellt somit keine Besonderheit dar. Im Weiteren weisen die Suva-Versicherungsmediziner auf die anlässlich der Untersuchung im Januar 2018 festgestellten Blutungen hin, welche nicht im Bereich der Makula, wo sich die Narbe befindet, gelegen hätten. Die Unfalldiagnose mit den echtzeitlich erhobenen Befunden bildet regelmässig einen massgebenden Ausgangspunkt für traumatische Folgeschäden. Dies in dem Sinne, als in der Regel nur ein vom Unfall betroffener Körperteil eine Verletzung mit nachfolgenden Beschwerden zeitigen kann und sich auch sekundär traumatische Folgen häufig im ursprünglichen Verletzungsgebiet und nicht verletzungsfern entwickeln. Im vorliegenden Fall ist diesbezüglich allerdings zu beachten, dass gleichzeitig mit den von den Versicherungsmedizinern als unfallkausal bezeichneten Blutungen auch bereits die Atrophie an der Makula festgestellt worden ist; diese mithin genauso als echtzeitlich wie die Blutung betrachtet werden kann. Sodann scheint für Dr. H. ___ die Latenzzeit zwischen Unfall und Diagnose der Makulanarbe links kein entscheidendes Kriterium gegen eine traumatische Verursachung darzustellen. Er beleuchtet dafür die Sehfähigkeit des Beschwerdeführers in der Vergangenheit sowie die Schwere des Traumas. Auch in diesen beiden Beurteilungskriterien sind bedeutsame Indizien für oder gegen eine Unfallkausalität zu sehen. So spricht ein nachgewiesener vorbestehender unbeschädigter Gesundheitszustand selbstredend gegen einen Vorzustand. Im Weiteren ist die Schwere einer traumatischen Verletzung häufig von der Schwere des erlittenen Traumas abhängig. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin vermögen die Ausführungen von Dr. H. ___ durchaus bedeutende Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilungen von Dr. F. ___ und Dr. G. ___ zu begründen. Zunächst ist festzuhalten, dass Dr. H. ___ seine Beurteilung vom 19. Februar 2020 (act. G 5.2) betreffend traumatischer Verursachung der Atrophie am Netzhauthintergrund - als er, anders als im Zeitpunkt seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2019 (Suva-act. 104) über die Daten des Sehtests bei der Aushebung der Rekrutenschule vom ___ (Suva-act. 106, act. G 5.3) verfügte - eindeutig als überwiegend wahrscheinlich einstufte (vgl. dazu Erwägung 2.1). Seine weitere Aussage, er

könne die Verursachung durch ein Trauma mangels Vorbefunden nicht mit Sicherheit belegen, schmälert den Beweiswert seiner Einschätzung nicht. Vielmehr dürfte es den Tatsachen entsprechen, dass nur bei Vorliegen eines prätraumatischen ophthalmologischen Untersuchungsergebnisses ein entsprechender Vorzustand sicher belegt werden könnte. Das Gesetz verlangt jedoch keinen vollen, sondern lediglich einen überwiegend wahrscheinlichen Beweis (vgl. Erwägung 2.1). Dieser wird in vielen Fällen (nur) anhand von Indizien bzw. bedeutsamen Beurteilungskriterien geführt. Dr. H. ___ empfiehlt in seiner Stellungnahme vom 19. Februar 2020 (act. G 5.2) schliesslich die Einholung eines fachärztlichen Gutachtens, da er als behandelnder Arzt befangen sei. Auch diese Empfehlung mindert die Beweiskraft seiner Beurteilung nicht automatisch. Mit seiner Begründung, er sei als behandelnder Arzt befangen, nimmt er nämlich auf eine höchstrichterliche Beweiswürdigungsregel Bezug, wonach behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. dazu BGE 125 V 353 E. 3b/cc; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 62) und vermittelt damit vielmehr einen zuverlässigen Eindruck. Während die Dres. F. ___ und G. ___ die Unfallkausalität der Makulanarbe nur bei einer konkreten Verletzung der Makula als möglich betrachten und eine solche mangels in diesem Bereich festgehaltener Blutungen verneinen, vermochte nach Auffassung von Dr. H. ___ das schwere, direkte Augentrauma des Beschwerdeführers eine Netzhautnarbe zu verursachen. Im vorliegenden Fall ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer ein schweres direktes okuläres Trauma mit Verletzungsfolgen wie Blut in der Vorderkammer und einem dadurch erhöhten Augeninnendruck sowie einer Verletzung an der Wurzel der Regenbogenhaut, die ebenfalls zu einer Augendruckerhöhung führte (vgl. Suva-act. 104), erlitten hat. In der medizinischen Literatur werden vor allem für eine Rissbildung in der Netzhaut bzw. für eine Netzhautablösung generell Schläge auf das Auge als Ursache genannt, (<https://www.msdm-anuals.com/de/heim/kurzinformationen-augenkrankheiten/erkrankungen-der-netzhaut/netzhautablösung>; <https://www.leading-medicine-guide.ch/erkrankungen/augen/netzhautablosung>; <https://www.netdokter.de/krankheiten/netzhautablosung/>, abgerufen am 4. Januar 2021), und wird eine Narbe als Endstadium einer vorangegangenen Netzhautablösung beschrieben (Pschyrembel, a.a.O., S. 1105). Für das Gericht stellt sich damit die Frage, ob der Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses tatsächlich keine Schädigung der Makula erlitten hatte, wie die Versicherungsmediziner es behaupten. Zwar mag im Bericht der Augenklinik des KSSG vom 24. Januar 2018, wie von den Versicherungsmedizinern erklärt, möglicherweise keine Blutung im Bereich der Makula beschrieben worden sein, jedoch ist im gleichen Bericht auch bereits eine Augenatrophie der Makula genannt worden; mithin handelt es sich bei der Atrophie um einen gleichzeitig mit den als unfallkausal anerkannten Blutungen festgehaltenen Befund. Sodann stellt sich die Frage, ob eine Schädigung der Makula überhaupt eine Blutung voraussetzt. Fraglich ist auch, ob bei einem solch schweren Verletzungsbild, wie es der Beschwerdeführer erlitten hat, initial überhaupt sämtliche Verletzungen separat aufgefunden werden können. Bemerkenswert ist sodann, dass die Dres. F. ___ und G. ___ in ihrer Beurteilung vom 27./28. April 2018 eine halbjährliche Augenkontrolle bei schwerer Augenprellung mit Sekundärglaukom, Iridodialyse und zentraler Netzhautatrophie unfallbedingt als notwendig erachtet haben (Suva-act. 30-2); mithin hatten sie damals keine Zweifel an der Unfallkausalität der Netzhautatrophie geäussert. Weiter ist unklar, ob für die Entstehung einer Makulanarbe - wie von den Dres. F. ___ und G. ___ vertreten - tatsächlich nur eine Verletzung der Makula in Frage kommt.

Die Versicherungsmediziner äussern sich nicht dazu, weshalb die vorgenannten weiteren Verletzungen nicht auch zu einer Makulararbe führen können. Kann eine Makulararbe - wie in Erwägung 3.2.2 festgestellt - traumatisch entstehen, ist es jedenfalls nicht ohne Weiteres einleuchtend, weshalb das Auftreten einer solchen, wie von Dr. G. ___ behauptet, Monate oder Jahre dauern sollte. Unbestritten ist schliesslich, dass der Beschwerdeführer beim Sehtest anlässlich der Aushebung zur Rekrutenschule im Jahr ___ auf beiden Augen eine volle Sehkraft besass (Suva-act. 106, act. G 5.3). Dr. H. ___ sieht darin ein Beweis dafür, dass die beim Beschwerdeführer nach dem Unfall festgestellte eingeschränkte Sehkraft und die Netzhautnarbe unfallbedingt sind (act. G 5.2). Laut Dr. G. ___ dauert die Entwicklung einer Kurzsichtigkeit von -2.25 Dioptrien und einer areolaren Netzhautatrophie monate- oder jahrelang (Suva-act. 111). Warum dies bei einer Iris-Atrophie, die sie als unfallbedingt anerkannt hat, anders sein soll, erklärt sie jedoch nicht (vgl. Suva-act. 94-1). In Bezug auf den konkreten Fall ist zudem zu beachten, dass der Beschwerdeführer einen Unfall mit Beteiligung des linken Auges erlitten hat und die zeitliche Konnexität zwischen Unfall und Makulararbe und - wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen - der rapid eingetretenen Kurzsichtigkeit links ein bedeutsamer Hinweis auf einen traumatischen Ursprung der vorgenannten Gesundheitsschäden ist. Die Betrachtung der fraglichen Diagnosen von Dr. G. ___ als Zufallsbefunde (Suva-act. 111) überzeugt jedenfalls nicht mehr als die Annahme, dass die zeitliche Konnexität kein Zufall sein kann. Dabei ist insbesondere auch zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer laut eigenen Angaben vor dem Unfall weder Augenbeschwerden hatte noch Brillenträger war (Suva-act. 21, 43). Als Z. ___ in der [...] bediente und überwachte er mehrere [...], was laut Angaben der Arbeitgeberin gegenüber der Beschwerdegegnerin vom ___ 2018 (Suva-act. 21) für das Auge eine sehr anspruchsvolle Tätigkeit ist. Der Mitarbeiter müsse zwischendurch [...]. Dies bedinge eine gute Augensicht. [...]. Nach dem Unfall war dem Beschwerdeführer die visuelle Prüfung [...] offenbar kaum mehr möglich und er sah die schnellen Bewegungen der [...] nicht mehr richtig (Suva-act. 43). Ab dem ___ 2018 arbeitete er bei derselben Arbeitgeberin an einem alternativen Arbeitsplatz im [...] (Suva-act. 21, 39, 43). Angesichts der dargelegten, von der Beschwerdegegnerin unwidersprochen gebliebenen und mit Blick auf die schwache Sehkraft links (Suva-act. 58 [fast komplette Erblindung], 104 [deutliche Sehschwäche, funktionelle Blindheit]), nachvollziehbare Sachlage, würde es ebenfalls fraglich und sehr zufällig erscheinen, wenn der Beschwerdeführer bei Annahme einer vorbestehenden degenerativ bedingten Makulararbe und dadurch verursachter, sich langsam und fortschreitend entwickelnder Kurzsichtigkeit seine Tätigkeit an den [...] ausgerechnet bis zum Unfall ohne Einschränkungen ausüben konnte, danach jedoch nicht mehr. Anzufügen bleibt, dass die Makuladegeneration in der medizinischen Literatur meist im Alter und auf beiden Augen auftritt (vgl. Psyhyrembel, a.a.O., S. 1105; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 1163). Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des Unfalls erst ___ Jahre alt und hatte auf dem rechten Auge eine uneingeschränkte Sehkraft (Suva-act. 12). Auch diesbezüglich besteht mithin ein medizinischer Klärungsbedarf, der von den Dres. F. ___ und G. ___, aber auch von Dr. H. ___, nicht thematisiert wurde. Schliesslich ist unklar, weshalb die Dres. F. ___ und G. ___ in ihrer Beurteilung vom 27./28. April 2018 bei bereits bekannten Diagnosen eine Integritätsentschädigung zunächst bejaht haben (Suva-act. 30). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass an der Zuverlässigkeit der Beurteilungen der Dres. F. ___ und G. ___, wonach die Makulararbe bzw. Atrophie links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein degenerativer Vorzustand sei, ganz erhebliche Zweifel bestehen.

Den Feststellungen von Dr. H.____ kann nichts entgegengehalten werden, was die Zweifel an den Einschätzungen der Dres. F.____ und G.____ beheben könnte, auch wenn sie für die Annahme einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallbedingtheit aufgrund der bestehenden Unklarheiten und der entgegengesetzten Beurteilung der Versicherungsmediziner für sich allein ebenfalls noch nicht genügen. Es ist daher dem Gericht anhand der vorliegenden medizinischen Akten nicht möglich, abschliessend zu beurteilen, ob die Makulararbe links mit der Folge einer schweren Sehminderung links durch den Unfall vom 22. Dezember 2017 verursacht wurde oder ob sie die Folge einer degenerativen Krankheit ist. Die Beschwerdegegnerin wäre gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG; Kieser, a.a.O., N 13 ff. zu Art. 43) zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen hinsichtlich Unfallkausalität gehalten gewesen. Nachdem bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte ergänzende Abklärungen erforderlich machen, wird sie solche nachzuholen haben (vgl. Erwägung 2.2). Die Angelegenheit ist mithin zur Veranlassung einer versicherungsexternen fachmedizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 7. Januar/10. März 2020 (act. G 1, G 5) unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 9. Dezember 2019 (Suva-act. 114) dahingehend gutzuheissen, dass die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung hinsichtlich Anspruchsberechtigung des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung). Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Kieser, a.a.O., N 224 zu Art. 61). 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). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.- In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit ist mit Blick auf vergleichbare Fälle aufgrund des eingeschränkten Prozessthemas und des eher unterdurchschnittlichen Aktendossiers von einem geringeren Aufwand auszugehen. Es rechtfertigt sich deshalb, die Parteientschädigung auf pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 9. Dezember 2019 aufgehoben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung hinsichtlich Anspruchsberechtigung des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- auszurichten.

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