

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00416 vom 25. Februar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00416](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00416)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00416 du 25 février 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00416 del 25 febbraio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsge brechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommens ver gleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen,

dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

Es seien weitere tatsächliche und medizinische Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sei der Beschwerdeführer interdisziplinär begutachtet zu lassen.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch mit der Begründung, der Beschwerdeführer sei bereits vor Ablauf der einjährigen Wartezeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit wieder 100 % arbeitsfähig gewesen; es resultiere eine Erwerbseinbusse von 6 % . Sie habe sich dabei nicht nur auf die Suva-Akten gestützt, sondern eigene medizinische Abklärungen vorgenommen, so unter anderem durch Einholung eines Berichtes der A.\_\_\_\_ sowie Beurteilung durch den regionalen ärztlichen Dienst (RAD).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, die bei den Akten liegenden Arztberichte seien nicht ausreichend, um den Sachverhalt rechtsgenügend zu beurteilen. Die noch verbleibende Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers könne nur mittels einer interdisziplinären Begutachtung und einer EFL ausreichend abgeklärt werden (S. 6).

### **E. 2.3**

Angesichts des Beginns des Wartejahres im August 2014 (Unfall) und der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin im März 2015 stehen Rentenleistungen ab September 2015 in Frage. Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer ab jenem Zeitpunkt Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 3.

## **E. 3**

Es seien der Unterzeichnenden die vollständigen IV-Akten – vorzugsweise auf einer CD-Rom – zuzustellen.

### **E. 3.1**

Die am Unfalltag erstbehandelnden Ärzte des B.\_\_\_\_ diagnostizierten im Arztzeugnis UVG vom 31. August 2014 ( Urk. 10/37/26-27 ) ein Polytrauma bei Sturz aus 2.5 m Höhe am 13. August 2014 mit intraartikulärer distaler Radiusfraktur rechts, nach volar disloziert, eine Commotio cerebri, Kontusion LWS/BWS, Kontusion/Schürfung und Hämatom Unterschenkel links prätibial, RQW am Kinn, Zahnschäden 21 + 22. Das Ganzkörper-Trauma-CT habe keine aktuellen knöchernen Traumafolgen am Neurokranium, Thorax oder Abdomen und keine Unterschenkelfraktur gezeigt ( Urk. 10/37/42 ).

Es wurde berichtet, gemäss den Arbeitskollegen sei der Beschwerdeführer auf die rechte Seite gefallen mit Anprall des Kopfes und des Gesichts. Beim Eintritt hätten Schmerzen im Ober- und Unterarm rechts sowie im Unterschenkel links bestanden und eine Wunde am Kinn mit Zahnverletzung der oberen Schaufelzähne. Bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes sei er immer wieder eingetrübt gewesen. Der Glasgow-coma-scale (GCS) Wert habe bei Eintreffen der Rettung 13 betragen, während des Transports bleibend 12-13. Es habe eine retrograde Amnesie für das Ereignis bestanden.

Die Ärzte attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis am 26. August 2014 und verwiesen für die Wiederaufnahme der Arbeit auf die Resultate der Nachkontrolle beim Hausarzt und die Abschlusskontrolle sechs Wochen postoperativ nach der Radius-Operation.

### **E. 3.2**

Dr. med. C.\_\_\_\_, leitender Arzt Handchirurgie am B.\_\_\_\_, berichtete am 15. Oktober 2014 (Urk. 10/37/48) über eine Radiusfraktur als einzige wesentliche Verletzung, welche anlässlich der Computertomographie erhoben worden sei. Aufgrund multipler Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) sei eine MR-Tomographie veranlasst worden (vgl. Bericht vom 9. Oktober 2014, Urk. 10/37/49). Diese habe keine Traumafolgen gezeigt, sondern lediglich degenerative Veränderungen ohne Wurzeleinengung. Auch habe eine Skaphoidfraktur am linken Handgelenk ausgeschlossen werden können. Es sei mit einem erheblich protrahierten Verlauf zu rechnen. Von Seiten der Radiusfraktur könnte der Beschwerdeführer die Hand eigentlich wieder rasch belasten. Aufgrund dessen empfahl er eine stationäre Rehabilitation samt Überwachung der Motivation.

### **E. 3.3.1**

Die Fachpersonen der Z.\_\_\_\_ bestätigten mit Austrittsbericht vom 12. Januar 2015 (Urk. 10/37/103-112) die bekannten Diagnosen und verwiesen ergänzend auf ein Röntgen des rechten Handgelenkes vom 25. November 2014, welches ein intaktes Osteosynthesematerial ohne Lockerung gezeigt habe, hin gegen eine Ulnarminisvariante (3 mm) sowie Erosionen an der MC Basis Dig. V und am Os hamatum.

Die Ärzte schilderten folgende Probleme bei Austritt: Schmerzen und pulsierendes Gefühl im rechten Handgelenk - idem zum Eintritt, eingeschränkte Beweglichkeit: rechtes Handgelenk - idem zum Eintrittsbefund, die rechte Hand wird nur eingeschränkt benutzt (dominante Seite) - idem zum Eintritt, Schmerzen Nacken und Hinterkopfbereich dauerhaft - idem zum Eintritt, Gefühl der Kraftlosigkeit im linken Knie - idem zum Eintritt, Schmerzen im linken Knie - idem zum Eintritt, Schmerzen unter Belastung im Daumensattelgelenk links - idem zum Eintritt (S.

1).

### **E. 3.3.2**

Die Fachpersonen führten aus, das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären. Es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Im Rahmen der psychosomatischen Abklärung hätten sich Symptome wie Gefühlsabstumpfung und Vermeidung in Bezug auf die Erinnerung an den Unfall bemerkbar gemacht und der Beschwerdeführer habe von einer seit dem Unfall bestehenden Lärmempfindlichkeit mit Schreckhaftigkeit und Alpträumen berichtet. Er hinterlasse einen depressiven Eindruck mit gedrückter Stimmung und Freudlosigkeit. Die aktuelle Symptomatik weise mindestens auf eine Anpassungsstörung hin mit einer länger andauernden gehemmt-depressiven Reaktion, psychotraumatischen Symptomen und Somatisierungstendenzen, erfülle jedoch nicht die engen Kriterien (vor allem hinsichtlich der Unfallschwere) für eine posttraumatische Belastungsstörung (S. 3).

Die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm wiesen auf eine erhebliche Symptomausweitung hin. Die Beschreibung der Schmerzen sei undifferenziert, das Schmerzverhalten nicht adäquat. Das Leistungsverhalten beurteilten sie als schlecht. Das Verhalten bezüglich Rehabilitation werteten sie als negativ. Aufgrund sprachlicher Barrieren sei eine Vermittlung von Informationen und Anregungen über einen besseren Umgang mit Schmerzen nur sehr eingeschränkt möglich gewesen, zudem habe der Beschwerdeführer eine massiv reduzierte Toleranz gegenüber aktiven Bewegungen gezeigt. Auf passive Behandlungstechniken habe verzichtet werden müssen, da der Beschwerdeführer jeweils deutliche Schmerzen nur schon beim Berühren (Handgelenk, Nacken, Knie rechts) angegeben habe. Während des Aufenthaltes hätten sich keinerlei Veränderungen im Verhalten gezeigt. Der Beschwerdeführer habe sich bei Austritt weiterhin massiv eingeschränkt und leidend gegeben, er sei während seines Aufenthaltes regelmässig psychotherapeutisch betreut worden. Therapeutisch hätten subjektiv wie objektiv keine Fortschritte erzielt werden können, da letztendlich selbst mit einem Dolmetscher kein richtiger Zugang zum Patienten habe etabliert werden können. Einer psychopharmakologischen Behandlung zur Stimmungsaufhellung sei der Beschwerdeführer skeptisch gegenüber gestanden. Am 16. Dezember 2014 sei der Beschwerdeführer aufgrund unklarer rechtsseitiger Unterbauchbeschwerden mit Verdacht auf akute Appendizitis zur weiteren Abklärung an das D.\_\_\_\_ transferiert worden. Der Verdacht sei nicht bestätigt worden und die Symptomatik sei in weiterer Folge regredient gewesen. Bei Austritt habe der Beschwerdeführer keine Bauchbeschwerden angegeben (S. 3 f.).

### **E. 3.3.3**

Die Fachpersonen fassten zusammen, im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keinerlei Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Weitere physiotherapeutische Massnahmen seien nicht vorgesehen. Sie empfahlen die Fortsetzung des instruierten Heimprogrammes. Die Ziele seien eine sukzessive Verbesserung berufsspezifischer Kraft- und Ausdauerkomponenten sowie eine allgemeine Rekonditionierung (S. 2).

### **E. 3.3.4**

Zur Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive hielten sie fest, es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen.

Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine mindestens leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung. Es bestünden Einschränkungen durch die affektiven und psychomotorischen Symptome, weshalb der Beschwerdeführer aktuell reduziert belastbar sei. Eine Arbeit mit Höhenexposition sei zurzeit aufgrund der Gefahr einer Retraumatisierung zu vermeiden. Die berufliche Tätigkeit als Hilfsarbeiter am Bau sei aktuell nicht zumutbar, die Anforderungen seien zu hoch (sehr schwere Arbeit). Aktuell

seien leichte bis mittelschwere Arbeiten gan ztags zumutbar, aktuell ohne repetitive Handgelenksbewegungen rechts (S.

2).

### **E. 3.4**

Die Ärzte der A.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer seit 10. April 2015 ambulant behandelt wurde, diagnostizierten mit Bericht vom 15. April 2015 (Urk. 10/18) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (Ziff. 1.1). Sie schilderten einen unauffälligen ärztlichen Befund abgesehen von verlangsamtem formalem Denken mit Einengung auf die Schmerzen und auffälligem Affekt (euthym, ratlos, klagsam, deprimiert, reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit), leichtem sozialem Rückzug, verlangsamtem Antrieb/Psychomotorik, leicht reduziertem Appetit und gestörtem Schlaf (Ziff. 1.4).

Die Ärzte beschrieben als psychische Einschränkungen Konzentrationschwierigkeiten, eine reduzierte Belastbarkeit, schnelle Ermüdung, geringe Frustrations toleranz bis zu Anpassungsstörungen. In seinem aktuellen depressiven Zustand bild sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, die für eine Erwerbstätigkeit notwendigen Basisvariablen wie zuverlässiges Erscheinen, Einhalten der Arbeitszeit oder Umsetzen von Anweisungen zu erbringen (Ziff. 1.7). Sie empfahlen die Fortführung der Psychotherapie und gegebenenfalls eine medikamentöse Anpassung (Ziff. 1.5). 3. 5

Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. Juni 2016 (Urk. 10/37/298) eine Fraktur des Handgelenks, eine Schmelz-Dentinfraktur des Zahnes 22 (ohne Pulpabeteiligung), eine Kontusion 12, 11 und 21 mit Sensibilitätsstörung sowie Schmelzabfraктuren 44 und 45. Er verwies auf ein Taubheitsgefühl sowie Druckdolenz und schilderte eine unveränderte Symptomatik seit Behandlungsbeginn am 3. Juni 2016, namentlich zeigten sich im Einzelröntgenbild keine Veränderungen. Die Schmerzsymptomatik sei nicht schlimmer geworden. Es sei auf eine Überlastung der Frontzähne zu achten, da immer schlechtere Verhältnisse im Seitenzahnbereich vorlägen und der Beschwerdeführer kariöse Zähne nicht versorgen lasse. 3.

### **E. 4**

Das vorliegende Verfahren sei bis zum rechtskräftigen Abschluss des Verfahrens UV-2016.00234 des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich zu sistieren.

#### **E. 4.1**

In somatischer Hinsicht ergibt sich, dass Dr. C.\_\_\_\_ im Oktober 2014 bei der Diagnose einer Skaphoidfraktur am linken Handgelenk davon ausging, dass der Beschwerdeführer die Hand eigentlich wieder rasch belasten könne (E. 3.2). Die Fachleute der Z.\_\_\_\_ schilderten ein intaktes Osteosynthesematerial ohne Lockerung, hingegen eine Ulnarminisvariante (3 mm) sowie Erosionen an der MC Basis Dig. V und am Os hamatum (E. 3.3.1). Aufgrund dieser Diagnose erachteten sie die bisherige Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter nicht mehr als geeignet und attestierten in einer angepassten Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (E. 3.3.4). Diese Einschätzung überzeugt. Die Klinik fachleute legten dar, dass in bildgebender Hinsicht eine verbleibende Pathologie besteht, diese aber einer leichten Tätigkeit nicht entgegensteht. Im gleichen Sinne erwähnte Operateur Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, welcher am 30. April 2015 die Osteosynthesematerialentfernung vorgenommen hatte, eine ossär komplett geheilte Fraktur und empfahl eine Schonung für zwei Wochen mit nachfolgendem Übergang auf Vollbelastung (Urk. 10/37/157-158).

Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten multiplen somatischen Beschwerden (Urk. 1 S. 6) vermögen an der Beweiswertigkeit der Einschätzungen nichts zu ändern. Somatisch findet sich offenkundig keine Erklärung für die geklagten Schmerzen im rechten Handgelenk.

Was die HWS-Beschwerden betrifft (Urk. 1 S. 3), so ergab eine MR-Tomographie vom 7. Oktober 2014 (Urk. 10/37/49) mässige bis zum Teil erhebliche degenerative Veränderungen mit stellenweise hochgradigen Foraminalstenosen, keine Diskushernie, keine Spinalkanalstenose und weder eine Fraktur noch eine ligamentäre Läsion. Angesichts der intakten Nervenverhältnisse respektive der fehlenden Wurzeleinengung (Urk. 10/37/48) wurde - nachvollziehbarerweise - keine Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) zeigte sich keine Pathologie (Urk. 10/15/51). Die in Frage stehenden Zahnbeschwerden führen offenkundig nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Angesichts dieser medizinischen Aktenlage drängen sich - mittlerweile eingetretene Veränderungen vorbehalten - keine weiteren Abklärungen in somatischer Hinsicht auf.

#### **E. 4.2**

In psychiatrischer Hinsicht ergibt sich, dass die Fachärzte der A.\_\_\_\_ am 15. April 2015 bei der Diagnose Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestierten (E. 3.4). RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, befand diese Pathologie am 27. April 2017 (Urk. 10/40/5-6) als solche ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund welcher medizinischer Gegebenheiten er auf dieses Ergebnis schloss, legte er nicht dar. Zutreffend ist, dass eine Besserung als möglich erachtet und eine ambulante Behandlung empfohlen wurde (Urk. 10/18/2-3). Gegenüber der Suva bestätigte die A.\_\_\_\_ am 15. Juni 2015 (Urk. 10/37/197-200) diese Einschätzung (S. 2-3).

Bei dieser Ausgangslage und - wenn im Verfügungszeitpunkt auch bereits knapp dreijähriger Berichterstattung - fachärztlich benannter psychischer Pathologie ist aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht erstellt, dass die in Aussicht gestellte Möglichkeit einer Besserung eingetreten ist. Ausgangspunkt ist der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin massgeblich auf die Akten der Suva abgestellt hat, diese aber der psychischen Pathologie aufgrund fehlender Adäquanz (zu Recht) keine weitere Beachtung schenkte. Im vorliegenden Verfahren kann diese Erkrankung indes nicht ausgeklammert werden. Bei Fehlen eines Verlaufsberichtes oder einer fachärztlichen Feststellung, dass der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen wieder arbeitsfähig ist, kann nicht rechtsgenügend von dieser Hypothese ausgegangen werden.

#### **E. 4.3**

Damit erweist sich die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens als unumgänglich. Die angefochtene Verfügung ist demgemäss aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Beschwerdeführer psychiatrisch begutachten lasse und hernach - allenfalls unter Berücksichtigung der massgeblichen Indikatoren - über den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung neu entscheide. 5.

#### **E. 5**

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen.

### **E. 5.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV - Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) , ermessensweise auf Fr.

### **E. 5.3**

Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege (Urk. 1 S. 2) erweist sich bei diesem Verfahrensausgang als gegenstandslos.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 5. April 2018 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wird, damit sie, nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 12 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
GräubSonderegger

### **E. 6**

Dr. med. dent. F.\_\_\_\_, beratender Zahnarzt der Suva, schloss am 14. Juli 2016 (Urk. 10/37/301), die geklagten Symptome könnten nicht auf dentale Befunde zurückgeführt werden. Weitere zahnärztliche Abklärungen erachte er bis auf weiteres nicht als notwendig. 4.

### **E. 7**

00.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Die dem Beschwerdeführer zustehende Prozessentschädigung ist auf Fr. 1 '

**E. 9**

00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

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