

bestehe eine freie USG-Beweglichkeit, links sei die weitere Beurteilung des USG schmerzbedingt nicht möglich. Dr. V.____ hielt in seiner Beurteilung fest, die Schmerzen im linken OSG könnten bei normalen radiologischem Befund nicht plausibilisiert werden, da eine vernünftige Untersuchung des linken OSG schmerzbedingt nicht möglich sei. Eine MRI-Untersuchung des linken OSG sei vom Beschwerdeführer ebenfalls abgelehnt worden (Urk. 29/32/8). Für I.____-Gutachter Dr. V.____ haben die Schmerzen im linken OSG keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (E. 3.2.2). Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. A.____, beschrieb im ärztlichen Zwischenbericht vom 13. Mai 2009 einen Status nach Distorsion linkes OSG ohne Bandinsuffizienz. Klinisch seien kaum mehr Pathologien vorhanden, jedoch reagiere der Beschwerdeführer hypersensibel, eventuell sei eine Aggravation der Beschwerden gegeben (Urk. 8/III/5). In seinem Zwischenbericht vom 14. Juli 2009 wies Dr. A.____ auf einen Status nach Distorsion linkes OSG mit Restbeschwerden ohne klinische Bandinsuffizienz hin. Der Beschwerdeführer äussere noch Restbeschwerden vor allem am lateralen Bandansatz sowie bei maximaler Pronation/Supination am linken OSG. Es seien keine Schwellung oder Rötung und keine Überwärmung vorhanden. Mit dem Beschwerdeführer sei vereinbart worden, nochmals neun Physiotherapiesitzungen durchzuführen, da die bisherigen den besten Erfolg gezeigt hätten (Urk. 5/III/8). SUVA-Kreisarzt Dr. E.____ hielt nach der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 26. August 2009 bezüglich der am 19. Februar 2009 erlittenen Distorsion des Sprunggelenkes fest, der Bandapparat lateral sei noch etwas druckempfindlich, suffizient, die Gelenksfunktion sei unbedeutend eingeschränkt, ein Behandlungsbedarf deswegen bestehe nicht mehr, ebenso wenig eine Beeinträchtigung (Urk. 8/III/9/6). Bei der Besprechung nach der Kreisarztuntersuchung vom 26. August 2009 erklärte der Beschwerdeführer, dem Fuss gehe es gut und es seien keine weiteren Behandlungen nötig (Urk. 8/III/10). Hernach stellte die Beschwerdegegnerin den Fall formlos ein (Urk. 8/III/11).

Am 19. Januar 2010 liess der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Beschwerden im linken Fuss einen Rückfall melden. Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. BB.____, Arzt für Allgemein- und Sportmedizin, berichte am 22. Januar 2010 über weitere Restbeschwerden bei Status nach Distorsion des linken OSG. Die Schmerz- und Entzündungshemmende Therapie sei ohne Erfolg geblieben (Urk. 8/III/13). In der Stellungnahme vom 2. März 2010 verneinte SUVA-Kreisarzt Dr. CC.____ einen Kausalzusammenhang zu einem Unfallereignis, da die Situation immer noch die gleiche sei (Urk. 8/III/14). Dr. BB.____ veranlasste in der F.____ die MR-Untersuchung des linken Fusses vom 25. März 2010, welche eine leichte Zerrung des Ligamentum deltoideum ohne Kontinuitätsunterbrechung, Zerrung der interkarpalen Ligamente am Fussrücken, eine leichte Reizung des umgebenden Fettgewebes mit diskretem Ödem, jedoch keine Fraktur oder sichtbare Knorpeldefekte ergab (Urk. 8/III/18/2). Dr. P.____ stellte im Spitalaustrittsbericht vom 19. April 2010 die Diagnose posttraumatisches anteromediales Impingement OSG links bei Status nach OSG-Kontusion-Distorsionsverletzung 2007 und Februar 2009 (Urk. 8/III/25/4, Urk. 8/III/27/2). Mit seiner Kausalitätsbeurteilung vom 19. Mai 2010 sah SUVA-Kreisarzt Dr. E.____ die von Dr. P.____ durchgeführte OSG-Arthroskopie links vom 16. April 2010 als Folge des Unfalles 19. Februar 2009 (Ausrutschen auf einem vereisten Trittbretts in H.____) an (Urk. 8/III/31, Urk. 8/III/36). Dr. P.____ berichtete am 28. Mai 2010 über einen erfreulichen Verlauf sechs Wochen

postoperativ mit subjektiver Besserung der präoperativen Beschwerden. Es bestehe eine reizlose Narbe mit noch ersichtlicher, diffuser Rückfußschwellung links gegenüber rechts. Palpatorisch sei gegenüber dem oberen Sprunggelenk praktisch keine Druckdolenz mehr vorhanden, insbesondere die Druckdolenz antero-medial sei deutlich verbessert. Eine Druckdolenz bestehe noch im Bereich des Os tibiale externum und der Ansatzstelle der Tibialis posterior Sehne, welche jedoch gut erträglich sei. Ansonsten intakte periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität (DMS). In den zusätzlichen Untersuchungen fand sich ein sehr gut erhaltender Gelenkspalt ohne weitere ossäre Läsion (Urk. 8/III/40). In der klinischen Verlaufskontrolle bei Dr. P. ___ vom 5. Juli 2010 zeigte sich ein erfreulicher Verlauf nach OSG-Arthroskopie mit Restbeschwerden im Mittelfussbereich. Dr. P. ___ erhob nur noch eine leichte Schwellung links gegenüber rechts, konnte gegenüber dem OSG selbst keine Druckdolenz mehr eruieren, wobei er aber feststellte, dass die bekannte Restdruckdolenz gegenüber der Ansatzstelle der Tibialis posterior Sehne wie auch eine Druckdolenz gegenüber dem TMT II/III Gelenk mit Bewegungsschmerzen noch vorhanden waren. Dr. P. ___ konnte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestieren (Urk. 8/III/42). Der Beschwerdeführer konsultierte Dr. P. ___ am 8. November 2010 nach einem Misstritt mit Kontusion der Planta pedis und Distorsion am 27. Oktober 2010. Für Dr. P. ___ handelte es sich am wahrscheinlichsten um eine Aktivierung einer Arthrose oder Arthropathie im Subtalargelenk nach diesem Kontusions- und Distorsionstrauma (Urk. 8/III/46/3). Bei der Jahreskontrolle durch Dr. P. ___ vom 4. April 2011 fand sich ein flüssiges und hinkfreies Gangbild in allen drei Positionen. Inspektorisch sei ein Schwellungsunterschied von links gegenüber rechts eruiert, auch von posterior im Rückfußbereich. Palpatorisch bestehe eine Druckdolenz gegenüber dem ventralen OSG wie auch unter den Malleolen und auch in der Nähe der Tibialis posterior Ansatzstelle mit Os tibiale externum. Die Sehnenfunktion sei jedoch noch sehr kräftig und ohne grössere Schmerzangabe bei Kraftentwicklung gegen Widerstand. Weiterhin bestehe eine sehr gute Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk mit passiver Dorsalextension/Plantarflexion von 20-0-30°. Auch das Subtalargelenk zeige gute Wackelbewegungen. Ansonsten sei die periphere DMS intakt (Urk. 8/III/65). Laut SUVA-Kreisarzt Dr. E. ___ lassen sich keine Beeinträchtigungen im Sprunggelenkskomplex links dokumentieren, die eine verminderte Belastbarkeit des Fusses begründen würden (E. 3.3). Diese Aussage steht nicht im Widerspruch zu den wiedergegebenen Berichten des Hausarztes Dr. A. ___, des I.-Gutachters Dr. V. ___ und des behandelnden Arztes Dr. P. ___. Ferner lässt auch das Gutachten von Dr. R. ___ vom 25. Juni 2012 keine Zweifel an der Einschätzung von SUVA-Kreisarzt Dr. E. ___ aufkommen. Bei seinen Untersuchungen des Beschwerdeführers am 19. Januar und 30. Mai 2012 erhob Dr. R. ___ Druckbeschwerden, jedoch keine Schwellungen oder Rötungen. Das aktive Bewegen für Tibialis posterior gelang etwas besser als für die Peronealmuskulatur, wo der Beschwerdeführer keinerlei Kraft angegeben habe. Es fanden sich keine Instabilitäten am Sprunggelenk lateral wie auch medial. Bei passivem Test mit der Rückfußbeweglichkeit war diese eingeschränkt aufgrund einer erhöhten Muskeltonizität. Sowohl am 19. Januar als auch am 30. Mai 2012 sei eine Lockerung der Verspannung nicht gelungen. Das aktive Bewegen der Extensoren und Flexoren gelang indes problemlos (Urk. 38/1 S. 6). Die von Dr. R. ___ erhobenen Befunde weichen somit nicht wesentlich von den bisher festgestellten Befunden ab. Dr. R. ___ weist in seiner Expertise darauf hin, dass nach der OSG-Arthroskopie links vom 16. April 2010 der Rückfuß nicht beschwerdefrei geworden sei. Es sei im Gegenteil zu einer zunehmenden

3 als indiziert an und erteilte am 23. November 2011 Kostengutsprache im Betrag von Fr. 3'355.-- (Urk. 24/1).

4.1.6.1 Hinsichtlich geltend gemachter Stauballergie, welche ein starkes Augenleiden des Beschwerdeführers verursache (Urk. 1 S. 9), ist fraglich, warum diese während der jahrzehntelangen Arbeit des Beschwerdeführers als Mechaniker für die Y. ____, wo er in einer staubigen Halle mit trockener Luft habe arbeiten müssen, nie dokumentiert wurde, nunmehr nach der Rente aber thematisiert wird. Der vom Beschwerdeführer beauftragte Gutachter Dr. R. ____, hält dafür, dass insbesondere auch die Sehstörungen auf eine krankheitsbedingte Ursache zurückzuführen seien. Die - nach Lage der Akten erst bei der Begutachtung durch Dr. R. ____, diagnostizierte - Siccasymptomatik geht für diesen Arzt nur möglicherweise auf eine Berufserkrankung zurück. Zusammen mit einer ISG-Problematik links, welche anamnestisch vorhanden sei, könnte die Siccasymptomatik jedoch auch krankheitsbedingt (rheumatisch) aufgetreten sei (Urk. 39/1 S. 9). Auch diesbezüglich besteht somit keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

4.1.7.1 Was die weiteren, vom Beschwerdeführer angeführten diffusen Beschwerden betrifft, so ist festzuhalten, dass laut Dr. R. ____, die bestehenden Beeinträchtigungen aufgrund des arteriellen Hypertonus mit den unspezifischen Symptomen (wie Herzstechen, Schwindel, Kopfschmerzen, Schwelligkeit und Trübsinnigkeit) auf eine krankheitsbedingte Ursache zurückgeführt werden können (Urk. 38/1 S. 9).

4.2.1 Schliesslich ist es nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers (vgl. etwa E. 3.2.2 und die Ausführungen von I. ____, Gutachter Dr. W. ____, Urk. 29/32) gestützt auf die vom Bundesgericht entwickelten Grundsätze (sog. Psycho-Praxis) verneinte. Zu Recht sah die Beschwerdegegnerin die Unfallfolge vom 29. Juli 2007 (Ausrutschen auf einer Felsplatte in den Bergen mit diversen Prellungen und Verstauchung, wobei der Beschwerdeführer den Abstieg ins Tal selbstständig bewältigen konnte und erst am 6. August 2007 und damit über eine Woche später den Arzt aufsuchte [Arztzeugnis UVG von Dr. A. ____, Urk. 8/6]), vom 19. Februar 2009 (Ausrutschen auf dem Trittbrett eines Bahnwagens mit Verstauchung des linken OSG) und 16. Juni 2009 (Stromschlag, welcher keine ärztliche Behandlung erforderlich machte) als leichte Unfallfolge im Sinne der vom Bundesgericht entwickelten Rechtsprechung an. Dies ergibt sich ohne Weiteres durch den Vergleich mit der einschlägigen Rechtsprechung: Das Bundesgericht qualifizierte etwa einen Sturz bei Eisregen mit Schenkelhalsbruch rechts, welcher am Folgetag operiert werden musste und einen mehrwöchigen Rehabilitationsaufenthalt zur Folge hatte, als leichten Unfall (Urteil des Bundesgerichts U 145/02 vom 2. Dezember 2002). Einen Unfall, bei dem der Versicherte durch einen Starkstromschlag eine Eintrittswunde mit drittgradiger Verbrennung der Grosszehe am rechten Fuss und eine Austrittswunde mit drittgradiger Verbrennung der fünften Zehe am linken Fuss erlitten hatte, jedoch bei Bewusstsein blieb und sitzend den Chefelektriker per Mobiltelefon herbeirufen konnte, beurteilte das Bundesgericht als mittelschweren Unfall im mittleren Bereich (Urteil des Bundesgerichts 8C_89/2012 vom 10. Mai 2012).

4.2.2 Der Beschwerdeführer qualifiziert das Unfallereignis vom 29. Juli 2007 als mittleren Unfall (Urk. 1 S. 13). Selbst wenn ihm hierbei zu folgen wäre, wäre der adäquate Kausalzusammenhang zwischen diesem Unfall und den psychischen

Beschwerden des Beschwerdeführers zu verneinen, da auch bei einem mittelschweren Unfall selbst im mittleren Bereich entweder drei der sieben massgeblichen Adäquanzkriterien oder eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein muss (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_89/2012 vom 10. Mai 2012, mit weiteren Hinweisen), was vorliegend nicht der Fall ist. Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit kann beim Ausrutschen auf einer Felsplatte klarerweise nicht gesprochen werden. Daran vermag auch die dramatisierende Schilderung in der Beschwerde (S. 13) nicht zu ändern. Bei erlittenen Prellungen und Verstauchungen sowie unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der Beschwerdeführer in der Lage war, selbständig ins Tal zu marschieren, und erst über eine Woche später dem Arzt aufsuchte, ist auch das Kriterium Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung zu verneinen. Der Unfall vom 29. Juli 2007 als solcher hatte auch keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung zur Folge, vielmehr erlitt der Beschwerdeführer danach eine Reihe von leichteren Unfällen, nach welchen er jeweils ärztliche Hilfe in Anspruch nahm. Mit Blick auf die in E. 4.1.3 zusammengefasste Behandlungen des linken Fusses kann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 13) nicht gesagt werden, dass eine ärztliche Fehlbehandlung, welcher die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, vorliegt. Das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist auch nicht erfüllt, denn unmittelbar nach dem Unfall vom 29. Juli 2007 bestand noch keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. Arztzeugnis UVG von Dr. A. ___ vom 26. September 2007, Urk. 8/I/6). Ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen könnten unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die linke Hand am 28. November 2007 operiert wurde, wobei sich in der Folge eine diskrete Hypästhesie an sämtlichen Fingern und schliesslich auch eine zunehmende Schwellung der ganzen Hand sowie ein CRPS einstellten (vgl. Sachverhalt E. 1.1), allenfalls als erfüllt angesehen werden, jedoch sicherlich nicht in erheblicher Weise. Gleiches gilt für das Kriterium erhebliche Dauerschmerzen, selbst wenn er solche wiederholt behauptete.

4.3 Zusammenfassend ergibt sich damit, dass nur hinsichtlich der linken Hand ein unfallkausaler objektivierbarer organischer Befund besteht.

5. Zusammenfassung

5.1 Zu prüfen bleibt, wie sich diese Einschränkungen der linken Hand hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken.

5.2 Der Beurteilung von SUVA-Kreisarzt Dr. E. ___ im Bericht über die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 19. April 2011 ist zu entnehmen, dass bezüglich der linken Hand an den Belastungslimiten gemäss den Feststellungen der Kreisarztuntersuchung vom 15. Dezember 2008 festgehalten werden können (Urk. 8/I/139/6). Demnach kann der Beschwerdeführer mit der linken Hand Gewichte bis drei Kilogramm handhaben, dies in tiefer Kadenz. Die Geschicklichkeit sei leicht beeinträchtigt. Hochpräzise Manipulationen seien nicht möglich. Ob ein Schreiben mit einem Filzstift wirklich unmöglich sei, lasse sich im Rahmen einer Untersuchung nicht endgültig beantworten. Längere Expositionen zu tiefen Temperaturen (Grössenordnung unter 5°C) bei der Arbeit müssten vermieden werden. Rasch sich wiederholende Bewegungen, auf die linke Hand wirkende Schläge und Vibrationen seien zu vermeiden. Unter Einhaltung dieser Limiten wäre ein Ganztageseinsatz zumutbar (Urk. 8/I/59/5). I. ___-Gutachter Dr. V. ___ weist daraufhin, dass der Vorderarmumfang

rechts und links identisch ist, obwohl sich der Beschwerdeführer wie ein funktioneller Rechtshänder gebärde und mit der linken Hand angeblich kaum etwas verrichten könne (Urk. 29/32/8). Der Beschwerdeführer präsentiere sich als funktioneller Rechtshänder, nehme unbeobachtet aber gelegentlich auch die linke Hand zu Hilfe. Der Beschwerdeführer weise ein sehr tiefe Schmerzschwelle auf und neige zur Aggravation (Urk. 29/32/6). Der vom Beschwerdeführer beauftragte Gutachter Dr. R. ___ ist der Auffassung, dass praktisch keine alternative und angepasste Tätigkeit gefunden werden könne, da der Beschwerdeführer Linkshänder und die linke Hand praktisch vollständig funktionsunfähig sei. Insbesondere seien auch Botengänge aufgrund der Belastungstoleranz des linken Rückfusses nicht möglich (Urk. 38/1 S. 8). Die Beschwerdegegnerin ist hinsichtlich der Beschwerden am linken Fuss allerdings nicht leistungspflichtig, weshalb nicht auf die Einschätzung von Dr. R. ___ abgestellt werden kann. Für Dr. S. ___ kommt nur ein Arbeitsplatz in Frage an dem der Beschwerdeführer die linke, dominante Hand nicht gebrauchen müsse (Urk. 38/2 S. 3), er macht aber keine genaueren Angaben hinsichtlich einer möglichen Verweisungstätigkeit. SUVA-Versicherungsmediziner Dr. U. ___ schliesslich weist darauf hin, dass sich die Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die linke Hand von verschiedenen Untersuchern, vor allem von SUVA-Kreisarzt Dr. E. ___, wahrscheinlich auf die gleichen (nicht erheblich veränderten) Befunde abgestützt habe, wobei sich Dr. S. ___ sehr stark oder vollständig auf die Selbsteinstufung des Beschwerdeführers verlassen respektive sich daran orientiert habe (Urk. 44 S. 5). Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich, der Einschätzung von Dr. E. ___ zu folgen, und es ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit ganztags zumutbar wäre. Die von ihm eingereichten Arztberichte wie auch die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Akten lassen keine Rückschlüsse darauf zu, dass die linke Hand des Beschwerdeführers vollständig funktionsunfähig wäre, so wie dies von Dr. R. ___ und Dr. S. ___ postuliert wird. Zumindest war das im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides nicht so. Daran ändern auch die Stellungnahmen von Dr. R. ___ und Dr. S. ___ vom 15. bzw. 1. Oktober 2012 (Urk. 49/1-2) nichts.

5.3.3 Der Beschwerdeführer und die Beschwerdegegnerin gehen von einem Valideneinkommen von Fr. 86'965.45 aus, welches aufgrund der Akten belegt ist (Urk. 8/I/67). Die Beschwerdegegnerin ging beim gestützt auf die LSE ermittelten Invalideneinkommen von einem gemittelten Lohn gemäss Anforderungsniveau 3 und 4 aus (Urk. 2 S. 14). Dies kann nicht beanstandet werden. Im Gegenteil hätte die Beschwerdegegnerin ohne Weiteres die Werte im Anforderungsniveau 3 heranziehen können, verfügt der Beschwerdeführer doch über eine technische Berufsausbildung als Maschinenschlosser, Polymechaniker, Mechapraktiker, Metallbauer oder ähnliche Berufe der Metallbranche (Stellenbeschreibung Y. ___ vom 26. September 2007, Urk. 8/I/49) und wies er selber daraufhin, dass er eine Berufslehre absolviert und über Jahrzehnte als Mechaniker bei den Y. ___ gearbeitet habe (Beschwerde S. 9 unten). Die Anwendung des Anforderungsniveau 3 würde allerdings zu einer reformatio in peius führen, wovon im Hinblick auf das der Beschwerdegegnerin zustehende Ermessen bei der Ermittlung des Invalideneinkommens abzusehen ist. Die Ermittlung des Invalideneinkommens anhand der LSE 2008 erweist sich grundsätzlich als korrekt, wobei sich wie der Beschwerdeführer zutreffend einwendete, die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit ab 2008 von 41,7 auf 41,6 Stunden reduzierte,

Beschwerdeführer mit 16 % zu bewerten (Urk. 8/I/58/1). Diese Einschätzung ist schlüssig und überzeugend, weshalb darauf abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer hat demnach Anspruch auf eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 16 %.

7. Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

E. 8

8.1 Der Beschwerdeführer beantragte schliesslich auch, dass die Kosten für das Gutachten von Dr. R. ___ vom 25. Juni 2012 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen seien.

8.2 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil der nachträglich zugesprochenen Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 2 ATSG). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt es sich, die von der versicherten Person veranlasste Untersuchung einer vom Versicherer angeordneten Begutachtung gleichzustellen und diesem die entsprechenden Kosten aufzuerlegen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund der von der versicherten Person beigebrachten Untersuchungsergebnissen schlüssig feststellen lässt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 143/04 vom 22. Dezember 2004, E. 6.1 mit Hinweisen). Bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts sind das Gutachten von Dr. R. ___ vom 25. Juni 2012 und die von ihm eingeholten Arztberichte zwar mitberücksichtigt worden, es kann aber nicht gesagt werden, dass der medizinische Sachverhalt erst nach Beibringung dieser Expertise hätte schlüssig festgestellt werden können (vgl. E. 4). Demnach können die Kosten für das Gutachten von Dr. R. ___ vom 25. Juni 2012 nicht der Beschwerdegegnerin auferlegt werden.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hermann Riegger

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf unter Beilage des Doppels von Urk. 48 sowie je einer Kopie von Urk. 49/1-2

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diese Entscheidung 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).

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