

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00309 vom 4. Juni 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00309

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00309 du 4 juin 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00309 del 4 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

6. Januar 2006 führte er am rechten Ellbogen der Versicherten einen operativen Eingriff durch (Flexoren release

Epicondylus

humeri

medialis rechts, begrenzte

Denervation modifiziert nach Wilhelm, Urk. 11/ZM30). Nach langjährigem schwankendem Verlauf erstattete die B.____

am 11. Januar 2011 zuhanden der Zürich eine polydisziplinäre Expertise (Urk. 11/ZM107), woraufhin die Zürich

die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen mit Verfügung vom 20. Mai 2011

mit Wirkung per 30. April 2011 einstellte (Urk. 10/Z136). Dagegen erhob die Versicherte am 18. Juni 2011 Einsprache (Urk. 10/Z142), welche die Zürich mit Einspracheentscheid vom 11. Oktober 2011 abwies (Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob X.____, vertreten durch Rechtsanwalt Tomas Kempf, am 14. November 2011 Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren (Urk. 1) : „ 1. Es sei die

Verfügung der Zürich-Versicherungs-Gesellschaft AG vom 20.5. 2011 und der Einspracheentscheid der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG vom 11.10. 2011 aufzuheben; 2. Es seien der Beschwerdeführerin – auch rückwirkend ab 30.4.2011 bzw. 1.5.2011 – die gemäss UVG versicherten Leistungen (insb. Heilungskosten, Taggelder, Rente, Integritätsentschädigung etc.) zu erbringen; 3. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neuerteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen;

Unter Entschädigungsfolgen (zuzüglich Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2011 (richtig: 2012) die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Replik vom 3. Mai 2012 (Urk. 16) und Duplik vom 30. Mai 2012 (Urk. 19) hielten die Parteien je an ihren Anträgen fest.

Am 23. Januar 2014 zog das hiesige Gericht weitere medizinische Unterlagen, insbesondere die Stellungnahmen der B.____ vom 19. Dezember 2012 und vom 16. September 2013, von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, bei (Urk. 26/1-21). Hierzu nahmen die Beschwerdegegnerin am 13. Februar 2014 (Urk. 29)

und die Beschwerdeführerin am 26. März 2014 (Urk. 32) Stellung. Am 2. April 2014 wurden die betreffenden Eingaben den Parteien je wechselseitig zugestellt (Urk. 34).

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweis).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweis).

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss dabei nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind oder nicht (Urteile des Bundesgerichts U 66/04 vom 14. Oktober 2004 E. 3.2, U 15/04 vom 7. Juli 2004 E. 2.2 und U 285/00 vom 31. August

2001 E. 5a). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dies bedeutet, dass die Verwaltung jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen hat, die sie von allen möglichen Geschehnisabläufen für die wahrscheinlichste hält (BGE 119 V 7 E. 3c/ aa und Urteil des Bundesgerichts U 586/06 E. 4.3). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 76 E. 4b; vgl. auch RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Nach dem

Unfallereignis der Beschwerdeführerin vom 5. Juni 2004 diagnostizierte die erstbehandelnde

Dr. Z.____ – wie eingangs erwähnt - einen Status nach Kontusion der rechten Körperseite mit Distorsion des Ellbogens rechts (Urk. 11/ZM3).

2.2

Dr. med. C.____, Chefarzt Radiologie des D.____, hielt in seinem Bericht vom 23. Juli 2004 zuhau den von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, fest, dass der Befund des von ihm durchgeführten MRI des rechten Ellbogens unauffällig sei. Es gebe keine Anhaltspunkte für eine frische traumatische ossäre Läsion, die Darstellung des Gelenkknorpels sei regelrecht und es liege kein Hinweis für ein freies intraartikuläres Fragment vor. Auch die Darstellung der umgebenden Weichteile sei unauffällig. Weiter sei auch kein Hinweis für eine Epicondylitis gegeben (Urk. 11/ZM4). 2.3

Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, erklärte in seinem an Dr. Z.____ gerichteten Bericht vom 20. Dezember 2004, dass unter physiotherapeutischer und analgetischer Therapie sowie zweimaliger Corticosteroidinfiltration loco dolenti eine allmähliche Besserung eingetreten sei, ohne dass die Beschwerdeführerin jedoch vollständig beschwerdefrei geworden sei. Das Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Ellbogens entspreche klinisch einer Epicondylitis humeri

ulnaris mit exquisiter Druckdolenz über dem medialen Epicondylus und provozierbaren

Distensions schmerzen im Verlauf der rechten Vorderarmbeuger. Gemäss der von ihm am 15. Dezember 2004 durchgeführten funktionellen Ultraschalluntersuchung seien die Verhältnisse im Bereich des Ellbogengelenks und im Insertionsgebiet der Flexoren unauffällig. Die Extensoren-Sehnen am Epicondylus

humeri

ulnaris seien normal dargestellt ohne erkennbare ruptur verdächtige Läsion und ohne intratendinöse Verkalkungen (Urk. 11/ZM11). 2.4

Die Ärzte des D.____ gaben in ihrem Bericht vom 18. April 2005 zuhanden von Dr. Z.____ an, dass das neuerliche MRI des rechten Ellbogens ein diskretes Ödem in den Weichteilen auf Höhe der Epicondylus

ulnaris vereinbar mit einer leichten Epicondylitis

ulnaris ohne Hinweise auf eine ossäre Mitbeteiligung gezeigt habe. Die übrigen Knochenstrukturen und Ligamente seien ohne Befund (Urk. 11/ZM20). 2.5

Dr. A.____ diagnostizierte in seiner konsiliarischen Beurteilung vom 10. November 2005 eine traumatische Epicondylitis

humeri

medialis rechts mit ausgeprägter Therapieresistenz mit Beteiligung des ulnaren

Humero-Radialgelenkes (Synovialitis). Da nachweislich eine vollständige Therapieresistenz bestehe, empfehle er hier ein operatives Vorgehen mit Flexorenrelease am Epicondylus

humeri

medialis rechts verbunden mit einer begrenzten Denervation des Epicondylus nach Wilhelm . In seinem persönlichen Umfeld liege die Erfolgsquote solcher Eingriffe, welche durch erfahrene Handchirurgen ausgeführt würden, bei 95 % bis 98 % mit vollständiger Schmerzbefreiung. In 3 % bis 5 % der Fälle würden Restbeschwerden beobachtet, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Gewebsschädigungen respektive Gewebsveränderungen im Bereich des unmittelbar benachbarten Gelenkes respektive der Gelenkkapsel (Synovialitis) zurückzuführen seien . Dies sei häufig der Fall bei Perforationen der alterierten oder traumatisierten Sehnen-Ansätze bis in das Gelenk hinein. Nach diesem Eingriff sei mit einer Arbeitsunfähigkeit als Krankenpflegerin von

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten und beigezogenen Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Wie sich der Verfügung vom 20. Mai 2011 (Urk. 10/Z136) und dem Einspracheentscheid vom 11. Oktober 2011 (Urk. 2) entnehmen lässt, hat die Beschwerdeführerin einen (natürlichen und adäquaten) Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 5. Juni 2004 und den anfänglich bei der Beschwerde führerin aufgetretenen

Beschwerden am rechten Ellbogen

anerkannt. Streitig und zu prüfen ist nun, ob dieser Kausalzusammenhang

– nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit –

spätestens

bis zur Leistungseinstellung der Beschwerdeführerin per 30. April 2011 dahingefallen ist.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin wurde vorliegend von den Ärzten der

B.____ zwischen dem 4. und dem 12. November 2010 in handchirurgischer, neurologischer, neuropsychiatrischer und rheumatologischer Hinsicht - für die streitigen Belange umfassend – untersucht

(Urk. 11/ZM107).

E. 3.3

In Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten legten die Ärzte der B.____

dar, dass der Unfall vom 5. Juni 2004 eine geringe Verletzung der Weichteile (kleine Sehnenruptur im Ansatzbereich der Hand-/Fingerflexoren) bewirkt habe, deren allfällige Folgen innerhalb einer Zeitspanne von sechs Monaten hätten abklingen sollen (vgl. E. 2.12). Das MRI vom 23. Juli 2004, das rund sieben Wochen nach dem Unfall vom 5. Juni 2004 angefertigt worden sei, habe (nämlich) keinerlei Auffälligkeiten gezeigt, insbesondere keine traumatischen Schäden oder Zeichen einer Entzündungsreaktion, wie sie nach einem strukturellen Gewebeschaden hätten erwartet werden müssen (Urk. 26/12/5). Diese Einschätzung der Ärzte der B.____ ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten ohne Weiteres nachvollziehbar. Denn gemäss

dem Bericht von Dr. C.____ vom 23. Juli 2004 waren die ersten MRI- Befunde am rechten Ellbogen

tatsächlich vollkommen unauffällig (vgl. E. 2.2). Dr. F.____ gab am 20. Dezember 2004 dann

an, dass das Schmerzsyndrom im Bereich des rechten Ellbogens klinisch einer Epicondylitis

humeri

ulnaris mit exquisiter Druckdolenz über dem medialen Epicondylus und provozierbaren

Distensionsschmerzen im Verlauf der rechten Vorderarmbeuger entspreche. Auch die damals von Dr. F.____ durchgeführte funktionelle Ultraschalluntersuchung des rechten Ellbogens zeigte allerdings keine

auffälligen Befunde (vgl. E. 2.3).

Vom 20. August bis zum 15. Dezember 2004 war der Beschwerdeführerin im Übrigen zwischenzeitlich auch keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert worden (Urk. 11/ZM5 und Urk. 11/ZM8).

E. 3.4

Weiter führten die Ärzte der B.____ aus, es sei davon auszugehen, dass die

am 16. Oktober 2006

operativ revidierte Sehnenläsion

innert sechs Monaten abgeheilt sei. Der Operateur Dr. A.____ habe die Behandlung nach diesem Zeitpunkt denn auch abgeschlossen. Faktoren, die den Heilverlauf hätten stören

können , wie zum Beispiel eine postoperativ aufgetretene Infektion oder ein erneutes Trauma, seien nicht aktenkundig und würden von der Beschwerdeführerin auch nicht angegeben (Urk. 11/ZM107/52). Auch diese

Beurteilung der B.____ - Gutachter ist einleuchtend und findet in den vorliegenden medizinischen Akten ihre Stütze. Im Bericht vom 4. Mai 2006 hielt Dr. A.____ nämlich fest, dass der postoperative Verlauf nach dem Eingriff vom 16. Januar 2006 erwartungsgemäss sei mit beschränkter Belastungsfähigkeit des rechten Armes respektive des rechten Ellbogengelenkes. Die Beschwerden seien seit dem Eingriff jedoch markant zurückgegangen . Im Bericht vom 8. August 2006 erklärte

Dr . A.____ , dass

im Bereich der Beugesehnen-Ansätze an den früheren Schmerzstellen und im Umfeld der durchgeführten Operation noch mässiggradige

Druckdolenz bestehen würden . Er habe die Behandlung am 15. Juni 2006 mit den genannten Restbeschwerden

abgeschlossen. Bei geeigneter Arbeit sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Weitere Abklärungen seien vorläufig nicht notwendig (E. 2.9). Komplikationen im Rahmen der Heilung des rechten Ellbogens nach dem operativen Eingriff vom 16. Januar 2006 sind demnach – wie dies die Ärzte der B.____

angaben - nicht ausgewiesen.

E. 3.5

Wie sich den Berichten der nach behandelnden Ärzte entnehmen lässt, klagte die Beschwerdeführerin aber

weiterhin über Schmerzen

im Bereich der rechten oberen Extremität, des Halses und des Nackens

(vgl. E. 2.10-11). Es fällt allerdings auf, dass die Schmerzen im Bereich des rechten Ellbogens im Verlauf offenbar auch wieder stark zurückgingen oder zuweilen auch

verschwanden. So war im Bericht von Dr. J.____ vom 9. Juli 2007 die Rede davon, dass eine intensive

myofasziale

Triggerpunktbehandlung zu einer Verbesserung dieser Befunde , die auf die Verletzung im Bereich der Ellbogenmuskulatur zurückzuführen seien, geführt habe, während sich die Problematik im Bereich der Hals- und Nackenmuskulatur hartnäckig gehalten habe (vgl. E. 2.10) . Im Bericht der Rheumaklinik des M.____ vom 1. Juli 2008 wurden sodann lediglich neuropathische Schmerzen der rechten Hand, des

ventromedialen Unterarmes und des ventromedialen Oberarmes erwähnt, nicht aber Ellbogenschmerzen (vgl. E. 2.11).

E. 3.6

Hinsichtlich der vom 4. bis zum 12. November 2010 durchgeführten Untersuchungen erklärten die Gutachter der

B.____, dass heute aus handchirurgischer Sicht zwischen dem chronischen Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität und dem Bagatellunfall (vom 5. Juni 2004) sowie der Epicondylitis -Operation kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang mehr bestehe. Die klinisch-neurologische Untersuchung habe sodann

keine unfallbedingten Schäden am zentralen oder peripheren Nervensystem ergeben. Das festgestellte leichtgradige Karpaltunnelsyndrom sei nicht unfallkausal aufgetreten. Aus neuropsychiatrischer Sicht habe trotz subjektiver Beschwerden und Auswirkungen auf die Lebensqualität

keine psychische Störung erkannt werden können. Aus rheumatologischer Sicht würden sich die rechtsseitigen Ellbogen-, Schulter-, Arm- und Handschmerzen drei Entitäten zuteilen lassen: erstens den Schmerzen im Bereich des Ellbogens medial, die gegen die Volarseite ausstrahlen würden, zweitens

dem leichten sensomotorischen Karpaltunnelsyndrom und drittens der Diskushernie C6/7 rechts. In der Gegend des Epicondylus

medialis rechts präsentiere sich heute eine ausgeprägte Hyperpathie und Allodynie. Dementsprechend sei auch die Faustschlusskraft und damit die Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit der rechten Hand erheblich reduziert. Eine klare Diskrepanz bestehe allerdings zwischen der Intensität der geklagten (Belastungs-)Schmerzen und der demonstrierten (variablen) Faustschlusskraft einerseits und der völlig normal und symmetrisch gefundenen Unterarm- und Handmuskulatur andererseits. Bei so intensiven belastungsabhängigen Schmerzen sei nach mehr als sechs Jahren eigentlich eine messbare Inaktivitäts-Atrophie der entsprechenden Muskulatur zu erwarten. Dass dies eindeutig nicht der Fall sei, lasse vermuten, dass die Beschwerdeführerin die Hand und den Ellbogen im Alltag effektiv doch mehr einsetzen könne, als sie dies den Ärzten gegenüber angebe (Urk. 11/ ZM 107/44-46). Diese Darlegungen der Ärzte der

B.____ sind aufgrund der genannten Befunde plausibel. Mit der festgestellten variablen Faustschlusskraft und dem eindeutigen Fehlen jeglicher Inaktivitäts-Atrophie haben sie auch klar begründet, weshalb sie zum Schluss kamen, dass die Beschwerdeführerin die Hand und den Ellbogen wohl effektiver einsetzen könne, als sie angebe.

E. 3.7

Schliesslich

führten die Ärzte der B.____ in der an die IV-Stelle gerichteten Stellungnahme vom 19. Dezember 2012

aus, dass das am 28. August 2012 angefertigte MRI des rechten Ellbogens nur eine geringgradige Signalalteration im Bereich des Flexorenansatzes am ulnaren

Epicondylus und keine eigentliche Epicondylopathie zeigen würde. Neu aufgetreten sei hingegen eine Knorpelglatze im Bereich des Capitulum

humeri mit minimaler Aktivierung des subchondralen Knochengewebes. Auch dieser Befund deute klar darauf hin, dass der Ellbogen zwischenzeitlich nicht übermässig geschont, sondern aktiv eingesetzt worden sei. Ein solcher Knorpelschwund ohne zwischenzeitliches Trauma oder ohne erhebliche langdauernde Entzündung in diesem Gelenk sei sonst nicht vorstellbar. Für beides würden aber anamnestische Hinweise und ärztliche Belege fehlen.

Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin den rechten Ellbogen und die rechte Hand trotz Schmerzen im Alltag mit grösster Wahrscheinlichkeit normal einsetzen könne (Urk. 26/12/5-6). In der Stellungnahme vom 16. September 2013 zuhanden der IV-Stelle ergänzten die Ärzte der B. ___ noch , dass die (neue) Ellbogenpathologie mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keinen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 5. Juni 2004 aufweise (vgl. E. 2.14). Ärztliche Beurteilungen, die

die sen ebenfalls ohne Weiteres nachvollziehbaren Ausführungen widersprechen würden, liegen nicht vor. 3.

E. 6

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 8

Es ist somit festzuhalten, dass gestützt auf die Beurteilung der Ärzte der B. ___ und die weiteren medizinischen Unterlagen als erstellt gelten kann, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden am rechten Ellbogen der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 5. Juni 2004 nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bis spätestens zur Begutachtung durch die Ärzte der B. ___ im November 2010 dahingefallen ist . Dementsprechend erübrigen sich Erörterungen zum adäquaten Kausalzusammenhang.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Oktober 2011, mit dem die Leistungseinstellung mit Wirkung per 30. April 2011 bestätigt wurde, erweist sich damit als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

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
Hurst
Kreyenbühl

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