

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00077

vom 6. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00077

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00077 du 6 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00077 del 6 settembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Un fallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art.

E. 1.2

Dagegen liess der Versicherte am 29. August 2011 Einsprache erheben (Urk. 7/K26). Mit Eingabe vom 6. September 2011 erhob auch die Arbeitgeberin Einsprache gegen die Verfügung vom 29. Juli 2011 (Urk. 7/K30). In der Folge zog der Unfallversicherer die MRI-Bilder der Untersuchung vom 9. März 2011 bei (Urk. 7/K31 , 7/M15). Am 28. November 2011 erfolgte eine Zweitbefundung der MRI-Bilder durch Prof. C. ___ und Dr. med. D. ___ , FMH Radiologie (Urk. 7/M16 S. 3). Gestützt auf die danach erstattete weitere Stellungnahme von Prof . C. ___ vom 14 . Dezember 2011 (Urk. 7/M16) und seine ergänzenden Ausführungen vom 10. Februar 2012 (Urk. 7/M18) wurde die Einsprache mit Entscheid vom 27. Februar 2012 abgewiesen (Urk. 2 [= 7/K37]).

E. 1.2.1

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 Um stände, 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 Hinweisen). 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 Beweis würdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse 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 Hinweisen).

E. 1.2.2

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publizierte Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). Da es sich hier bei um eine anspruchsbefehlende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 1.3.1

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).

E. 1.3.2

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U

356 S.

572; BGE 122 V 157 E.

1c; vgl. auch 123 V 331 E.

1c). 2.

E. 2.1

Der Unfallversicherer hielt gestützt auf die Beurteilung des Prof. C. ___ dafür, dass der Status quo ante spätestens am 8. Mai 2011, also vor dem operativen Eingriff vom 9. Mai 2011, erreicht gewesen sei. Die abweichende Einschätzung des Operateurs beruhe auf dem

Fehlschluss " post hoc ergo propter hoc". Mangels eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den ab 9. Mai 2011 vorliegenden Beschwerden mit dem versicherten Unfallereignis sei eine über diesen Zeitpunkt hinausgehende Leistungspflicht zu Recht verneint worden (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, der status quo ante sei noch nicht erreicht, da er vor dem versicherten Unfallereignis keine Beschwerden gehabt habe. Die Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin sei nicht valide und beruhe auf medizinischen Spekulationen. Entsprechend sei der Wegfall des Kausalzusammenhangs nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt und die Beschwerdegegnerin, welche die Beweislast dafür trage, sei für die auch nach dem 8. Mai 2011 bestehenden Unfallfolgen leistungspflichtig (Urk. 1). 3. 3.1 3.1.1

Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals E.____ stellten an der Wade links einen Druckschmerz über dem Ansatz des Musculus

biceps

femoris medialis fest. Die Flexion/Extension des Knies war vollumfänglich möglich, soweit beurteilbar war dieses sodann bandstabil bei negativem Meniskuszeichen. Es zeigte sich ausserdem kein Erguss. Ossäre Läsionen konnten radiologisch ausgeschlossen werden. Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten schliesslich eine unfallbedingte Muskelzerrung respektive einen auf das versicherte Ereignis zurückzuführen Muskelfaserriss des Bizeps

femoris

medialis (Urk. 7/M5). 3.1.2

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. Z.____ ,

führte in seinem Bericht

vom 9. Februar 2011 (recte: 9. März 2011) aus, die Erstbehandlung bei ihm habe am 8. März 2011 stattgefunden. Er berichtete sodann von einem leichten Erguss am linken Knie, einer Dolenz im medialen Gelenkabschnitt, einer leicht eingeschränkten Extension und einer endphasig schmerzhaften Flexion (Urk. 7/M2). 3.1.3

Am 9. März 2011 fand eine MR-Untersuchung des Knies links statt. Dr. med. F.____ , Oberarzt Radiologie am Spital A.____ , hielt am 11. März 2011 folgenden Befund fest (Urk. 7/M3) :

"Normales Knochensignal in allen Sequenzen. Geringgradiger

Knienerguss. Die Kreuzbänder sind intakt. Bezüglich Volumen, Form und Signalgebung unauffälliger Aussenmeniscus. Der Innenmeniscus zeigt geringgradig degenerative Veränderungen, jedoch keine Rissbildung. Die femoro-tibialen Knorpelbeläge sind an den Femurkondylen

medialbetont markant unregelmässig verjüngt und signalalteriert und zeigen darüber hinaus in den gewichtstragenden Anteilen zwei fokale Läsionen mit einer Grösse von ca. 8 x 8 mm. Die femoro-tibialen

Knorpelbeläge sind insbesondere an der Patellarückseite ver schmälert mit oberflächlichen gröbereren Fibrillationen , fokale Läsionen liegen nicht vor. Die Seitenbänder sind intakt, das mediale Seitenband zeigt bilaterale Flüssigkeitsauflagerungen. Zystische gruppierte Formation postero -lateral aus gehend vom Bereich des pes anserinus , mit einer Ausdehnung von ca. 3 x 5 cm."

Gestützt auf diesen Befund hielt Dr. F.____ dafür, dass es sich um eine Chondropathia femoro-tibiale II-III mit fokalen chondralen Läsionen am me di alen Femurcondylus und um Ganglionzysten handle (Urk. 7/M3). 3.1.4

Am 18. März 2011 berichtete Dr. Z.____ von einem Kniegelenkserguss, einer kleine n Bakerzyste , einer proximal prallen und druckdolenten Wade, Beschwer den bei Extension und Flexion sowie Schmerzen im Knie bei Belastung und Bewegung. Er führte weiter aus, im Spital A.____ sei im Duplex eine tiefe Ve nen thrombose ausgeschlossen worden (Urk. 7/M4). 3.1.5

Im Operationsbericht vom 9. Mai 2011 wurde festgehalten , trotz intraartikulärer Steroid-Injektion und MRI, welches keine intraartikulären Pathologien ausser einer drittgradigen

Chondropathie gezeigt habe, seien immer wieder Gelenks ergüsse aufgetreten. Da diese Beschwerden über fast drei Monate angedauert hät ten, sei eine di a gnostische Kniearthroskopie zur Bestandesaufnahme durch zu führen. Die O peration sei am hängenden Knie über Standard-Zugänge antero -medial und antero -lateral erfolgt . Es habe sich wieder ein bernsteinfar bener Erguss von fast 20 ml gezeigt . Eine Bakteriologie sowie eine Serologie zur Be stimmung der Rheumafaktoren, aber auch zum Nachweis allfälliger Monarth ritiden , sei entnommen worden. Weiter wurde im Bericht erwähnt, dass die In spektion des femoro-patellären Gleitlagers unauffällige Knorpelverhältnisse bei zentriert laufender Patella gezeigt habe. Im medialen Gelenkskompartiment sei dann am Femurcondylus in der Hauptbelastungszone eine Chondropathie Grad IV aufgefallen. Es habe sich um einen umschriebenen Defekt in der Hauptbe la stungszone gehandelt, das Tibiaplateau habe eine Chondropathie Grad II aufge wiesen. Der Meniscus sei hier allseits intakt gewesen. Intracondylär habe ein intaktes vorderes und hinteres Kreuzband bestanden. Das laterale Gelenkskom partiment habe alters entsprechende Knorpelverhältnisse mit einer leichten Er weichung des Knorpels gezeigt. Der Meniscus sei allseits intakt gewesen. Weiter wurde im Operationsbericht festgehalten, dass mit dem Shaver lose Knorpelan teile im Bereich des medialen Femurcondylus reseziert worden seien und ein Microfracturing mit der Ahle durchgeführt worden sei. Es liege eine Knorpel glatze in der Hauptbelastungszone vor, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit für die rezidivierenden Gelenksergüsse ursächlich sei. Es könne nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob diese Knorpelläsion rein traumatisch, schon vorbe stehend oder zumindest teilweise vorhanden gewesen sei. Auf jeden Fall - so der Operateur - habe sich die Situation nach dem Knie distorsionstrauma links vom 21. Februar 2011 deutlich verschlechtert. Wegen des Microfracturing

empfehle sich eine Stockentlastung mit Abrollbelastung für drei Wochen. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden respektive die rezidi vierenden Gelenksergüsse wieder auftreten würden (Urk. 7/M8). 3.1.6

In seinem Schreiben vom 18. Juli 2011 führte der Operateur aus, der Patient sei am 21. Februar 2011 mit den Skischuhen auf Eis ausgerutscht und klage seither über Schmerzen im Kniegelenk sowie rezidivierende Gelenksergüsse. Im weiteren Verlauf seien dann immer wieder Gelenksergüsse aufgetreten, so dass am 9. Mai 2011 eine Kniegelenksarthroskopie durchgeführt worden sei. Im Operationsbericht habe er festgehalten, dass man in der Hauptbelastungszone eine Chondropathie Grad IV vorgefunden habe. Zweieinhalb Monate nach dem Unfall könne anhand des Arthroskopiebefundes indes nicht mehr schlüssig gesagt werden, ob es sich um eine traumatische oder um eine vorbestehende Läsion handle. Der ganze Verlauf mit den Beschwerden, welche unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten und persistierend vorhanden gewesen seien, spreche aber dafür, dass es sich um eine Unfallfolge handle und nicht um eine vorbestehende, atraumatische Knorpelläsion (Urk. 7/M11). 3.2 3.2.1

Der beratende Arzt des Unfallversicherers, Prof. C.____, hielt am 14. Juli 2011 fest, dass die Ärzte des Spitals E.____ am Tag des Ereignisses nicht von intraartikulären Läsionen wie einem Meniskusriss oder einer Bandläsion gesprochen hätten; stattdessen hätten sie bloss extraartikuläre Befunde wie eine Muskelzerrung genannt. Ausserdem sei auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Auch im MRI-Befund vom 9. März 2011 (recte: 11. Mai 2011) seien statt Traumafolgen bloss degenerative Knorpelschäden dokumentiert. Im Operationsbericht

vom 9. Mai 2011 werde eine Chondropathie Grad IV am Femur condylus in der Hauptbelastungszone erwähnt; der Meniskus und die Kreuzbänder würden als intakt beschrieben. Der Eingriff habe reine Knorpelschäden und keine Traumafolgen adressiert. Entsprechend seien nur unfallfremde Faktoren vorhanden (Urk. 7/M10). 3.2.2

Am 28. Juli 2011 führte Prof. C.____ ergänzend aus, er halte an seiner Beurteilung vom 14. Juli 2011 fest. In erster Linie sei der zeitnahe MRT-Befund massgebend, welcher keine traumatischen Läsionen erkennen lasse; es werde darin vielmehr von degenerativen Veränderungen am Innenmeniskus gesprochen, es würden eine Gelenkspaltverschmälerung und multiple Zysten erwähnt. In diesem Kontext sei die Knorpelläsion am medialen Femurcondylus als degenerativ anzusehen. Auf die vollständig extraartikulären Symptome und Befunde anlässlich der Erstkonsultation am 21. Februar 2011 im Spital E.____ sei bereits hingewiesen worden. Auch diese sprächen gegen eine direkte Traumatisierung des Kniegelenkes beziehungsweise Traumafolgen am Kniegelenk (Urk. 7/M12). 3.2.3

In seiner Stellungnahme vom 14. Dezember 2011 führte Prof. C.____ aus, die - mit Dr. D.____ am 28. November 2011 vorgenommene - Analyse der MRI-Bilder vom 9. März 2011 habe ganz wesentliche neue Aspekte ergeben. Die klinisch aufgrund der Symptomatik und dem Befund her auffällige Problematik im Kniegelenksbereich müsse als rupturierte

Bakerzyste angesprochen werden. Unter einer Bakerzyste werde eine zystische mit Flüssigkeit gefüllte Aussackung in der Kniekehle verstanden. Sie entstehe aufgrund von chronischen Kniegelenksbinnenenerkrankungen wie beispielsweise Polyarthritiden oder Meniskusläsionen. Als Symptome würden auf der Rückseite lokalisierte Wadenschmerzen berichtet, gelegentlich auch nur ein Spannungsgefühl in der Kniekehle. Die Erkrankung trete im mittleren und höheren Lebensalter auf. Es würden Übergänge zu den ganglionartigen Gebilden in der Kniekehle bestehen. Derzeit werde mehrheitlich angenommen, dass Kniegelenksganglien als Gelenkkapselhernien beziehungsweise

Semimembranosuszysten entstünden. Bei anderen Ganglien wie zum Beispiel den sogenannten Meniskusganglien handle es sich dagegen um eine schleimige Degeneration bindegewebiger Strukturen. Auf Grund eines dauerhaft erhöhten Binnendruckes wegen intraartikulärer Flüssigkeitsansammlung komme es zur Ausbildung der Zyste. Wenn es daraufhin zur Ruptur der Zyste komme, berichteten die Patienten über starke plötzlich einsetzende Schmerzen in der Kniekehle. Eine traumatisch induzierte Ruptur sei bei einem direkten Schlag in die Kniekehle, beispielsweise durch einen Tritt, vorstellbar. Ein solcher Mechanismus habe aber nicht vorgelegen (Urk. 7/M16 S. 3 f.).

Es sei - so Prof. C. ___ weiter - vorliegend davon auszugehen, dass vermutlich zeitnah zum Ereignis vom 21. Februar 2011 eine zuvor bestandene Bakerzyste

rupturiert sei und entsprechende Symptome verursacht habe. Wenn Dr. Z. ___ eine Thrombose durch eine Duplex-Sonographie ausschliessen wollte, sei dies eine der klassischen Differential-Diagnosen zu einer geplatzten Bakerzyste. Neben der Knorpelschädigung am medialen Femurkondylus sei die rupturierte Zyste die einzig sichere Pathologie am linken Kniegelenk des Versicherten. Die Symptomatik wie sie in der Zeit nach dem 21. Februar 2011 aufgetreten sei, sei typisch für diese in der Kniekehle lokalisierte Pathologie. Offenbar sei die Diagnostik anlässlich der MRI-Untersuchung am 9. März 2011 nicht zutreffend gewesen respektive habe ein wesentliches pathologisches Merkmal, nämlich das des Flüssigkeitsaustritts in die Muskulatur der Wade, nicht genügend berücksichtigt. Die Zystenbildung sei sicher vorbestehend. Die Ruptur habe offenbar in zeitlicher Nähe zum Misstritt /Auffangen eines Sturzes am 21. Februar 2011 Symptome verursacht. Dadurch sei ein vorbestehender, bis anhin schlummernder, pathologischer Zustand symptomatisch geworden. Eine eigentliche intraartikuläre Pathologie, die mit der Zystenbildung in Zusammenhang gebracht werden könnte, liege indes nicht vor. Die neu gestellte Diagnose einer geplatzten Bakerzyste stehe überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 21. Februar 2011. Dies könne zum einen damit begründet werden, dass keine traumatisch gesetzten Schäden der Knieinnenstruktur als Folge des versicherten Ereignisses hätten identifiziert werden können und zum andern, dass im zeitnah angefertigten MRI sowohl eine Zyste als auch die Folgen einer Ruptur derselben hätten demonstriert werden können. Die Bakerzyste sei als unfallfremd anzusehen; eine Symptomatik derselben sei indes durch das Ereignis vom 21. Februar 2011 in Gang gekommen. Es handle sich somit um eine vorübergehende Verschlimmerung des vorbestehenden Leidens. Durch das Platzen der Zyste habe sich diese gewissermassen von selbst therapiert. Denkbar sei, dass im Bereich der Kniekehle weiterhin nicht geplatzte Zysten vorhanden seien, da es sich aufgrund der ersten MRI-Serie vom 9. März 2011 um gekammerte Zysten handle. Ein Teil dieser nicht traumatisch entstandenen Zysten könnte weiterhin Symptome verursachen. Die Dauer der durch das Trauma eingetretenen Verschlimmerung ende vor der Operation vom 9. Mai 2011, da dieser Eingriff nicht die Bakerzyste beziehungsweise eventuelle Reste derselben adressiert habe. Der Status quo ante sei somit am 8. Mai 2011, das heisse gut zehn Wochen nach dem Ereignis, erreicht gewesen (Urk. 7/M16 S. 4 f.). 3.3

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers erweist sich die Beurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin, Prof. C. ___ , als schlüssig. Sie beruht auf einer sorgfältigen Zweitbefundung der MRI-Bilder vom 9. März 2011, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben worden. Die Darstellung der medizinischen Umstände leuchtet ein und seine Schlussfolgerung ,

dass der Status quo ante vor der Operation vom 9. Mai 2011 erreicht gewesen sei, vermag zu überzeugen.

Anhand des Arthroskopiebefundes vom 9. Mai 2011 konnte der Operateur denn auch nicht schlüssig beurteilen, ob es sich um eine traumatische oder um eine vorbestehende Läsion handelte (vorne E. 3.1.6). Seine Einschätzung, es handle sich um eine Unfallfolge, begründete er in der Folge ausschliesslich mit dem Umstand, dass die Beschwerden nach dem Unfall aufgetreten seien und seither persistiert hätten; mithin basiert seine Beurteilung auf der Beweisregel "post hoc, ergo propter hoc". Diese natürliche Vermutung, wonach Beschwerden un fallbedingt sein müssten, wenn eine vorbestehende Erkrankung bis zum Unfall schmerzfrei war, ist indes unfallmedizinisch nicht haltbar und beweisrechtlich nicht zulässig (vgl. dazu SVR 2008 UV Nr. 11 S. 34, insb. E. 4.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_590/2007 vom 6. Oktober 2008 E. 7.2.4 und 8C_46/2010 vom 26. April 2010 E. 4.3). Bei dieser Sachlage ist es nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung des beratenden Arztes abge stellt hat. 3.4

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass

Kniebeschwer den , welche Anlass zum operativen Eingriff vom 9. Mai 2011 gegeben hatten, nicht vom versicherten Unfallereignis verursacht worden sind und der Status quo ante vel sine spätestens am Tag vor der Operation erreicht war. Entspre chend durfte die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt hin einstellen. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Arthur Schilter - Helsana
Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit - G.____ Kranken- und Unfallversicherung
(ad

Ref . Nr.

1-211-890) 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstMöckli VC/WM/MTversandt

E. 2.3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie in folge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art.

E. 8

ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

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