

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00230

vom 1. April 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00230

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00230 du 1 avril 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00230 del 1 aprile 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, war bei der Y.____

als Teamleiter Logistik/Produktion tätig und über diese bei der SWICA Versicherungen AG (Swica) gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) gegen Unfälle, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten versichert, als er sich am 9. Februar 2010 beim Ziehen eines schweren Hubwagens das linke Knie verdrehte (Urk. 9/1, Urk. 9/5) und sich dabei eine Distorsion des linken Kniegelenks zuzog (Urk. 9/7). Die Swica liess den Versicherten medizinisch begutachten (Gutachten vom 23. August 2011; Urk. 9/67/1) und stellte mit Verfügung vom 8. September 2011 (Urk.

9/68) die Versicherungsleistungen infolge Erreichens des Status quo sine auf den 31. August 2011 ein. Dagegen erhob der Krankenversicherer des Versicherten, die Avanex Versicherungen AG, am 14. September 2011 (Urk. 9/70) und der Versicherte am 6. Oktober 2011 (Urk. 9/75/1) Einsprache. Am 30. September 2011 zog die Avanex Versicherungen AG ihre am 14. September 2011 erhobene Einsprache zurück (Urk. 9/74). Mit Entscheid vom 5. September 2012 (Urk. 9/102 = Urk. 2) wies die Swica die Einsprache des Versicherten vom 6. Oktober 2011 ab.

E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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 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 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 Hinweisen).

E. 1.2

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 publiziertes 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 hierbei um eine anspruchsaufhebende 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

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).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.4

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. 2

Gegen den Einspracheentscheid vom 5. September 2012 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 3. Oktober 2012 Beschwerde und beantragte, dieser sei aufzuheben, und es sei ihm ab 1. September 2011 weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu gewähren. Gleichzeitig ersuchte der Versicherte um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 6. November 2012 beantragte die Swica

die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8 S. 2). Mit Verfügung vom 31. Januar 2013 (Urk. 10) wurde dem Beschwerdeführer eine Kopie dieser Eingabe zugestellt und es wurde ihm Rechtsanwalt Marcel Zirngast, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das Verfahren bestellt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im Folgenden ist der für die Beurteilung der Frage nach der Rechtmässigkeit der Einstellung der Versicherungsleistungen per

E. 2.2

Mit Bericht vom 25. September 2008 (Urk. 3/12/3 = Urk. 3/10 = Urk. 9/28/1) stellten die Ärzte der Z.____ einen Verdacht auf eine mediale Meniskusküsläsion links fest und erwähnten, dass der Beschwerdeführer anlässlich eines Staplerunfalls bei der Arbeit ein Kontusions- und Distorsionstrauma erlitten habe und seither unter persistierenden Schmerzen im Bereich des linken Knies leide.

E. 2.3

Die Ärzte des MR-Instituts der Z.____ erwähnten im MRI-Bericht vom 10. November 2008 (Urk. 3/11), dass eine gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers auf Grund eines Status nach Kontusions- und Distorsionstrauma am linken Knie mit Verdacht auf einen Meniskusriss indiziert gewesen sei, und dass die MRI-Untersuchung ein kleines Meniskusganglion sowie assoziierte, leichte mukoide Veränderungen im medialen Meniskushinterhorn, ohne einen eindeutigen Rissausläufer zur Oberfläche sowie eine kleine Bakerzyste ergeben habe.

E. 2.4

Im Bericht vom 18. November 2008 (Urk. 9/28/2) führten die Ärzte der Z.____

aus, dass eine MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 10. November 2008 ein kleines Meniskusganglion sowie assoziierte, leichte mukoide Veränderungen im medialen Meniskushinterhorn, ohne einen eindeutigen Rissausläufer zur Oberfläche, sowie eine kleine Bakerzyste ergeben habe und erwähnten, dass ein operativer Eingriff bei diesen degenerativen Veränderungen im medialen Meniskus gegenwärtig nicht angezeigt sei, da ansonsten ein Grossteil des degenerativ veränderten Meniskushinterhorns entfernt werden müsste.

E. 2.5

Am 20. Dezember 2008 (Urk. 3/13) diagnostizierten die Ärzte des A.____, Notfallstation, ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und erwähnten, dass der Beschwerdeführer am 19. Dezember 2008 an seinem Arbeitsplatz beim Heben eines schweren Rollwagens einen leichten Zwick im Rücken verspürt habe.

Die Ärzte des A.____, Notfallstation, diagnostizierten mit Bericht vom 8. Oktober 2009 (Urk. 3/14 = Urk. 9/40/3) eine Kniedistorsion links beziehungsweise (differenzial diagnostisch) eine Kniebinnenläsion (lateraler Meniskus und laterales Seitenband). Der Beschwerdeführer habe am 8. Oktober 2009 an seinem Arbeitsplatz bei der Y.____ während der Nachtschicht einen Unfall erlitten, als sich die Rampe eines Lastwagens gelöst und auf den Gabelstapler, auf welchem er gesessen sei, gefallen sei. Dabei habe er sich das linke Knie verdreht. Bereits vor einem Jahr sei es beim Beschwerdeführer zu einer Distorsion des

linken Knies gekommen . Dabei habe man ihm gemäss seinen Angaben eine Meniskusoperation empfohlen, was er abgelehnt habe. Eine MRI-Untersuchung des linken Knies vom 8. Oktober 2009 habe eine Ödembildung ohne Riss im lateralen Kollateralband sowie einen alten Befund mit Narbenbildung im Bereich des medialen Meniskushinterhornes mit wenig Erguss sowie eine Kontusion der hinteren Tibiagelenksfläche ohne subchondrale Fraktur bei intakten Kreuzbändern ergeben.

E. 2.6

Mit Bericht vom 16. April 2010 (Urk. 9/10) diagnostizierten die Ärzte des A.____ , Orthopädie , ein femoropatelläres Schmerzsyndrom links und erwähnten, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben ein dreimaliges Anpralltrauma des linken Kniegelenks, letztmals im Februar 2010, erlitten habe. Seither leide der Beschwerdeführer an Schmerzen im Bereich des linken Knies. Seit dem Unfallereignis vom Februar 2010 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % .

E. 2.7

Mit Operationsbericht vom 11. Mai 2010 (Urk. 9/13/2) stellten die Ärzte des A.____ , Orthopädie , fest, dass der Beschwerdeführer am 10. Mai 2010 an seinem linken Kniegelenk operiert, und dass eine arthroskopische Meniskusnaht am medialen Hinterhorn durchgeführt worden sei. Der mediale Meniskus habe kapselnah einen Horizontalriss im Sinne eines nicht luxierten Kopfhenkels aufgewiesen.

Am 12. Mai 2010 führten die Ärzte des A.____ , Orthopädie , aus, dass sich der postoperative Verlauf komplikationslos gestaltet, und dass der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und bei reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden sei (Urk. 9/14).

Am 10. September 2010 erwähnten die Ärzte des A.____ , Orthopädie, dass der Beschwerdeführer weiterhin unter belastungsabhängigen Knieschmerzen leide, und dass die physiotherapeutischen Massnahmen keine wesentliche Verbesserung gebracht hätten (Urk. 9/23 /1).

E. 2.8

Die Ärzte des MRI-Zentrums B.____ erwähnten im MRI-Bericht vom 3. November 2010 (Urk. 9/23/2), dass eine am 2. November 2010 durchgeführte MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks eine unveränderte Meniskusläsion am medialen Hinterhorn mit schräg von der Basis zur Unterfläche verlaufendem Einriss sowie einen Verdacht auf eine Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes beziehungsweise auf eine partielle Ruptur bei ansonsten stationärem Befund ergeben habe.

Mit Bericht vom 5. November 2010 (Urk. 9/29) stellten die Ärzte des A.____ , Orthopädie , fest, dass eine MRI-Untersuchung vom 2. November 2010 eine alte Ruptur des vorderen Kreuzbandes und eine unveränderte Meniskusläsion am medialen Hinterhorn mit schräg von der Basis zur Unterfläche verlaufendem Einriss bei ansonsten stationärem Befund ergeben habe. Bei persistierender Beschwerdesymptomatik sei eine erneute Arthroskopie mit gegebenenfalls einer

Teilmeniskektomie medial angezeigt.

E. 2.9

Die Ärzte der Z.____ , Untere Extremitäten, führten in ihrem Bericht vom 8. Dezember 2010 (Urk. 9/32) aus, dass der Beschwerdeführer an einer medialen Meniskusläsion im Hinterhorn sowie an einem Meniskusganglion leide. Es sei eine diagnostisch/therapeutische Kniegelenksinfiltration vorgese hen.

Am 18. Januar 2011 erwähnten die Ärzte der Z.____ , Untere Extremitäten, dass die diagnostische Kniegelenksinfiltration vom 13. Dezember 2010 ein negatives Ergebnis gebracht habe. Aus kniechirurgischer Sicht bestehe bei negativem Infiltrationsergebnis keine Behandlungsmöglichkeit. Höchstwahrscheinlich bestehe beim Beschwerdeführer eine lumboradikuläre

Schmerzsymptomatik (Urk. 9/34).

In ihrem Bericht vom 27. Juli 2011 (Urk. 9/64) stellten die Ärzte der Z.____ , Untere Extremitäten, fest, dass der Beschwerdeführer durch die Meniskusläsion

und das Meniskusganglion beim Heben und Tragen von Lasten über ein Gewicht von 15 Kilogramm sowie bei langdauerndem Knien, beim in die Hocke Gehen und bei der Einnahme von Zwangshaltungen während einer Zeit von über 15 Minuten Dauer in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei. Die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit ohne Tragen von Lasten und ohne vermehrtes Treppensteigen beziehungsweise ein Hinuntergehen sei dem Beschwerdeführer im Umfang eines vollzeitlichen Arbeitspensums zuzumuten.

E. 2.10

Die Ärzte der C.____ , Prof. Dr. med .

D.____ , Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med . E.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, stellten in ihrem Gutachten vom 23. August 2011 (Urk. 9/67/1) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter eine muskuläre Fehlbelastung mit Muskelreiz der glutealen Muskulatur rechts, der Hüfte und des Adductor magnus links bei Status nach medialer Meniskusläsion , nach arthroskopischer Meniskusnaht am 10. Mai 2010 bei weiterhin nachweisbarem Ganglion des medialen Meniskus links sowie ein mässiges Übergewicht auf (S. 19) . Anlässlich der Untersuchung vom 26. Juli 2011 (vgl. S.

1) habe eine leichte muskuläre Symptomatik der glutealen Hüftstabilisation rechts sowie eine im Bereich der Einstrahlung des Musculus

adductor

magnus am Epicondylus

medialis projizierte Schmerzsymptomatik am linken Knie bestanden. Eine Reizbildung des linken Knies im Sinne eines Ergusses oder einer Beschwerdesymptomatik von Seiten des Meniskus oder eines lokalen Druckes im Gelenkraum bestehe nicht. Es bestehe sodann eine leichte Instabilität des vorderen Kreuzbandes mit jedoch festem Endanschlag, weshalb von einem Erhalt des vorderen Kreuzbandes bei etwas vermehrter Laxizität auszugehen sei. Für den medialen Meniskus könne daher kein behindernder Störungsbefund mehr erhoben werden. Es zeigten sich lediglich leichtgradige

Folgesymptomen der Fehlbelastung. Die Rückenbeschwerden seien vollständig überwunden und die radiologisch nachgewiesene Offset-Störung der linken Hüfte sei asymptomatisch. In der Alltagsbelastung sei der Beschwerdeführer somit nicht massgeblich eingeschränkt (S. 20).

Der Beschwerdeführer werde durch die erlittene Traumatisierung am linken Kniegelenk weder in Bezug auf die bisher ausgeübte Tätigkeit noch in Bezug auf weitere Tätigkeiten im allgemeinen Arbeitsmarkt in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Es bestehe auch hinsichtlich der lumbalen Wirbelsäulenproblematik keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. In Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist sowie bezüglich weiterer Tätigkeiten im allgemeinen Arbeitsmarkt bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 21).

Bereits am 18. November 2008 sei ein Ganglion des medialen Meniskushinterhorns beschrieben worden und es sei bereits zu diesem Zeitpunkt eine degenerative Ursache in Betracht gezogen worden. Es sei zwar möglich, dass das Knie Trauma vom 23. September 2008 im Sinne einer Teilkausalität die Kniebeschwerden verursacht habe. Eine solche Schlussfolgerung lasse sich auf Grund der Akten indes nicht beweisen. Es sei sodann möglich, dass die nachfolgenden Traumata vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 zu weiteren Schädigungen des Meniskushinterhorns medial geführt hätten. Eine solche Schlussfolgerung lasse sich auf Grund der Akten indes nicht belegen, weshalb eine teilkasale Verursachung der Kniebeschwerden durch die Ereignisse vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 nicht wahrscheinlich sei. Insbesondere fehlen

bildmorphologische Belege einer auf den Unfall vom 9. Februar 2010 beziehbaren frischen Läsion. Entscheidend sei der sichere Beleg einer Vorschädigung, welche für sich alleine ausreiche, das gegenwärtige leichtgradige Störungsbild ausreichen zu erklären. Zudem lasse sich auch die Teilläsion des vorderen Kreuzbandes zeitlich nicht ausreichend einem einzelnen Unfallereignis zuordnen. Zu einer noch heute wirkenden Verschlimmerung des Vorzustandes am linken Kniegelenk sei es durch den Unfall vom 9. Februar 2010 nicht gekommen (S. 23).

E. 2.11

Mit Bericht vom 1. September 2011 (Urk. 9/89/3) führten die Ärzte der Z.____, Untere Extremitäten, aus, dass eine MRI-Untersuchung des linken Knies vom 11. August 2011 eine kleine Unterflächenläsion des medialen Meniskus ohne Nachweis eines wesentlichen Knorpelschadens ergeben habe. Bei einem weitgehend reizlosen Gelenk habe sich eine diffuse Signalanhebung des vorderen Kreuzbandes ohne sichere Diskontinuität in der Bandstruktur gezeigt. Allenfalls handle es sich dabei um einen Status nach älterer Bandzerrung (S. 1). Es sei die Durchführung einer Contrex-Testung bei Verdacht auf eine Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes indiziert. Dabei gelte es muskuläre Defizite zu verifizieren und diese im Anschluss darauf aufzutrainieren (S. 2).

E. 2.12

In ihrem Bericht vom 4. Oktober 2011 (Urk. 3/4) erwähnten die Ärzte der Z.____, Untere Extremitäten, dass die MRI-Untersuchung eine Unterflächenläsion des medialen Meniskus ergeben habe, und dass sich in der klinischen Untersuchung noch immer ein positives mediales Meniskuszeichen im Hinterhorn gezeigt habe. Sodann bestehe der Verdacht auf eine Insuffizienz beziehungsweise Ruptur des vorderen Kreuzbandes, weshalb die Durchführung einer Contrex-Testung vorgesehen sei. Gegenwärtig bestehe keine uneinge-

schränkte Arbeitsfähigkeit. Allenfalls könnte eine Arbeitsfähigkeit von 100 % unter angepassten Arbeitsverhältnissen erreicht werden.

Die Meniskusläsion medial sei mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das Trauma vom 9. Februar 2010 zurückzuführen. Zumindest habe vor diesem Trauma anamnestisch keine Knie symptomatik bestanden (S. 1).

E. 2.13

Mit Bericht vom 10. November 2011 (Urk. 9/84/1) stellten die Ärzte der Z.____, Untere Extremitäten, fest, dass die Contrex -Testung ohne Probleme, bei gutem Einsatz und ohne Schmerzangabe verlaufen sei. Die Testung habe alle meine schwache Kräfteverhältnisse in beiden Beinen ergeben. Insbesondere bestünden im Seitenvergleich zu schwache Flexoren. Es sei eine allgemeine Kräftigung der Beinkraft angezeigt. Grundsätzlich hätten sich am betroffenen linken Bein jedoch gute muskuläre Verhältnisse gezeigt.

E. 2.14

) unverändert einen Status nach Meniskusnaht im Bereich des medialen Hinterhorns bei stabilem, nicht disloziertem Hinterhorn sowie eine Partiaalläsion des vorderen Kreuzbandes fest. Schliesslich gingen die Ärzte der Z.____ in ihrem Bericht vom 10. November 2011 (vorstehende E. 2.13) davon aus, dass bei guten muskulären Verhältnissen, jedoch schwachen Kräfteverhältnissen in beiden Beinen eine allgemeine Kräftigung der Beinkraft angezeigt sei. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes im Bereich des linken Knies durch die Ärzte der Z.____

stimmt somit grundsätzlich mit derjenigen durch Prof.

D.____ und Dr. E.____ überein. Dennoch diese Ärzte verneinten in ihrem Gutachten vom 23. August 2011 (vorstehende E. 2.10) eine Reizbildung des linken Knies im Sinne eines Ergusses oder einer Beschwerdesymptomatik von Seiten des Meniskus oder eines lokalen Druckes im Gelenkraum und stellten eine leichte Instabilität des vorderen Kreuzbandes bei ansonsten lediglich leichtgradigen

Folge symptomatischen einer muskulären Fehlbelastung fest. Dass die Ärzte der Z.____ auf Grund dieses Befundes im Gegensatz zu Prof.

Dr. D.____ und Dr. E.____ dem Beschwerdeführer weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit als Lagerist attestierten, vermag daher nicht zu überzeugen. Zudem gilt es in Bezug auf die Ärzte der Z.____ die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen dürften (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Aus diesem Grunde sowie mangels einer nachvollziehbaren Begründung kann auf die Beurteilung durch die Ärzte der Z.____ daher nicht abgestellt werden.

E. 2.15

PD Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie FMH, führte in seinem auf Grund der Akten erstellten Gutachten vom 11. April 2012 (Urk. 9/96) aus, dass erstmals am 18. November 2008 ein Ganglion des medialen Meniskus hinterhorns festgestellt worden sei, und dass ein Meniskusganglion in der Regel durch eine Rissbildung im Meniskus entstehe. Infolge eines Meniskusrisses werde die Gelenksflüssigkeit durch die Meniskussubstanz in den Bereich der Ansatzgegend des Meniskus gepresst lasse sich dort als ein kleines, flüssigkeitsgefülltes Gebilde darstellen. Es sei daher durchaus denkbar, dass am 23. September 2008

diese Meniskusrisbildung erfolgt sei. Am 20. Dezember 2008 sei es erneut zu einem Verdrehtrauma des linken Kniegelenks gekommen. Ein weiteres markantes Ereignis mit einem Verdrehtrauma des linken Kniegelenks habe sich am 9. Februar 2010 ereignet. In Anbetracht der Umstände, dass bereits im Jahre 2008 ein Meniskusganglion festgestellt worden sei, und dass sich seit dem 23. September 2008 mehrere Knie Traumata ereignet hätten, welche geeignet gewesen wären, die bestehenden Knieschädigungen herbeizuführen, sei in Übereinstimmung mit der Beurteilung durch die Ärzte der C.____ vom 23. August 2011 ein Kausalzusammenhang zwischen der operierten Läsion am linken Kniegelenk und dem Unfallereignis vom 9. Februar 2010 zu verneinen (S. 1). Die anlässlich der letzten Arthroskopie vom 24. Februar 2012 festgestellten Schädigungen des linken Kniegelenks im Sinne einer Meniskus hinterhornläsion medial, einer Kreuzbandpartialläsion und einer entsprechenden Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes entsprächen dem Zustand des linken Kniegelenks vor der Operation vom 19. April 2010 (S. 2).

In Ergänzung zu seinem Aktengutachten vom 11. April 2012 führte PD Dr. F.____ in seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2012 (Urk. 9/100) aus, es sei möglich, dass sich der Meniskusris am 23. September 2008 gebildet habe, und dass dieser anschliessend am 8. Oktober 2009 kernspintomographisch nachgewiesen worden sei (S. 1). Das Unfallereignis vom 9. Februar 2010 habe ein vorgeschädigtes Kniegelenk mit nachgewiesenem Meniskusris medial betroffen und sei nicht Ursache der festgestellten gesundheitlichen Störung. Die Unfälle vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 hätten möglicherweise die vorbestehenden gesundheitlichen Schäden am linken Kniegelenk etwas akzentuiert. Ausgelöst worden seien diese gesundheitlichen Schäden indes durch das Unfallereignis vom 23. September 2008 (S. 2).

E. 3

1. August 2011 massgebende medizinische Sachverhalt zu prüfen.

E. 3.1

Den obenerwähnten medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bereits im Anschluss an einen nicht bei der Beschwerdegegnerin versicherten Unfall vom 17. Juli 2008 (Urk. 3/12/2) unter Schmerzen im Bereich seines linken Kniegelenks litt, worauf die Ärzte der Z.____ am 2

E. 3.2

Am 8. Oktober 2009 erlitt der Beschwerdeführer im Rahmen eines bei der Beschwerdegegnerin versicherten Unfalls ein Kniedistorsionstrauma. Anlässlich einer gleichentags durchgeführten MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks wurde im Bereich des lateralen Kollateralbandes eine Ödembildung ohne Riss und im Bereich des medialen Meniskushinterhornes ein alter Befund mit Narbenbildung festgestellt (vorstehende E. 2.5).

E. 3.3

Am 9. Februar 2010 erlitt der Beschwerdeführer anlässlich eines bei der Beschwerdegegnerin versicherten Unfalls erneut ein Kniedistorsionstrauma (vgl. Urk. 9/1), worauf am 10. Mai 2010 arthroskopisch ein kapselnaher Horizontalriss des medialen Meniskus festgestellt und dieser mittels einer Meniskusnaht am medialen Hinterhorn behandelt wurde (vorstehende E. 2.7). Eine erneute MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks vom 2. November 2010 hat eine unveränderte Meniskusläsion am medialen

Hinterhorn sowie einen Verdacht auf eine Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes beziehungsweise auf eine partielle Ruptur ergeben

(vorstehende E. 2.8). Am 18. Januar 2011 stellten die Ärzte der Z.____ fest, dass aus kniechirurgischer Sicht keine Behandlungsmöglichkeit mehr bestehe (vorstehende E. 2.9). Eine am 11. August 2011 erneut durchgeführte MRI-Untersuchung des linken Knies des Beschwerdeführers ergab eine kleine Unterflächenläsion des medialen Meniskus ohne wesentlichen Knorpel schaden sowie eine mögliche Insuffizienz beziehungsweise Ruptur des vorderen Kreuzbandes (vorstehende E. 2.11 und E. 2.12). Eine diagnostische Arthroskopie des linken Knies vom 24. Februar 2012 hat eine Meniskusläsion am medialen Hinterhorn bei einem Status nach Meniskusnaht sowie eine Partialläsion des vorderen Kreuzbandes ergeben (vorstehende E. 2.14).

E. 3.4

In Bezug auf die Frage nach der Ursache des Gesundheitsschadens im Bereich des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers kamen die beteiligten Ärzte in ihren Beurteilungen teilweise zu unterschiedlichen Ergebnissen. Während die Ärzte der Z.____ in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2011 (vorstehende E. 2.12) die Meinung vertraten, dass die mediale Meniskusläsion im Bereich des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das Trauma vom 9. Februar 2010 zurückzuführen sei, gingen Prof. Dr. D.____ und Dr. E.____ in ihrem Gutachten vom 23. August 2011 (vorstehende E. 2.10) davon aus, dass es zwar möglich sei, dass das Unfallereignis vom 23. September 2008 im Sinne einer Teilkausalität die Kniebeschwerden verursacht habe, und dass die nachfolgenden Unfälle vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 zu weiteren Schädigungen des

Meniskushinterhorns geführt hätten. Eine teilkasale Verursachung des Gesundheitsschadens im Bereich des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers durch die Unfälle vom 23. September 2008, vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 lasse sich indes nicht belegen und sei nicht wahrscheinlich. Damit übereinstimmend schloss PD Dr. F.____ in seinem Aktengutachten vom 11. April 2012 und in dessen Ergänzung vom 30. Mai 2012 (vorstehende E. 2.15) einen Kausalzusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden

am linken Kniegelenk des Beschwerdeführers und den Unfallereignissen vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 aus. Im Gegensatz zu Prof.

Dr. D.____ und Dr. E.____, welche davon ausgingen, dass eine Verursachung der Kniebeschwerden durch das Unfallereignis vom 23. September 2008 im Sinne einer Teilkausalität möglich aber nicht wahrscheinlich sei und dabei implizit die Möglichkeit einer

ausschliesslich degenerativen und krankhaften Verursachung nicht ausschlossen, vertrat PD Dr. F.____ die Meinung, dass der Gesundheitsschaden im Bereich des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers durch das Unfallereignis vom 23. September 2008 ausgelöst worden sei und dass das vorbestehende Knieleiden durch die Unfälle vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 höchstens möglicherweise etwas akzentuiert worden sei.

E. 3.5

In Bezug auf die Beurteilungen durch Prof.

D.____ und Dr. E.____ in ihrem Gutachten vom 23. August 2011 (vorstehend E. 2.10) gilt es zu berücksichtigen, dass diese als Fachärzte für Neurologie und für

Physikalische Medizin und Rehabilitation über eine für die vorliegend in Frage kommende Gesundheitsbeeinträchtigung im Bereich des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers angezeigte fachärztliche Spezialisierung verfügen. Die Gutachter haben in ihrer Beurteilung sodann neben den Ergebnissen ihrer eigenen fachärztlichen Untersuchungen die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sowie sämtliche medizinischen Vorkarten angemessen berücksichtigt. Ihre Schlussfolgerungen, wonach ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der aktuellen Pathologie im Bereich des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers und den bei der Beschwerdegegnerin versicherten Unfällen vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 zu verneinen sei, begründeten sie in nachvollziehbarer Weise, sodass darauf abgestellt werden kann.

Die Beurteilung durch Prof.

D.____ und Dr. E.____ vermag insbesondere insoweit zu überzeugen, als diese davon ausgingen, dass der Beschwerdeführer weder durch den Gesundheitsschaden im Bereich seines linken Kniegelenks noch durch eine lumbale Wirbelsäulenproblematik in der Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit als Lagerist und in der Ausübung weiterer zumutbarer Erwerbstätigkeiten beeinträchtigt werde, und dass eine teilkasuale Verursachung des Gesundheitsschadens im Bereich des linken Kniegelenks durch die bei der Beschwerdegegnerin versicherten Unfälle vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 nicht zu belegen sei, weshalb eine solche zwar möglich aber nicht wahrscheinlich sei. Insofern stimmt die Beurteilung durch Prof.

Dr. D.____ und Dr. E.____ mit derjenigen durch PD Dr. F.____ überein.

E. 3.6

Zu überzeugen vermag grundsätzlich auch die Beurteilung durch PD Dr. F.____, insbesondere insoweit dieser

in seinem Gutachten vom 11. April 2012 (vorstehend E. 2.15) seine Schlussfolgerung, wonach durch die Unfälle vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 höchstens möglicherweise ein vorbestehender Gesundheitszustand etwas akzentuiert worden sei, und wonach ein Kausalzusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden im Bereich des linken Kniegelenks und den Unfallereignissen vom 8. Oktober 2009 und

vom 9. Februar 2010 zu verneinen sei, in nachvollziehbarer Weise damit begründete, dass bereits am 18. November 2008 ein Meniskusganglion bestanden habe, und dass gemäss einer medizinischen Erfahrungstatsache ein Meniskusganglion in der Regel durch eine Rissbildung im Meniskus entstehe, wenn Gelenksflüssigkeit durch die Meniskussubstanz in den Bereich der Ansatzgegend des Meniskus gepresst werde.

Auf die Beurteilung durch PD Dr. F.____ kann vorliegend indes insofern nicht abgestellt werden, als dieser die Meinung vertrat, dass der Gesundheitsschaden im Bereich des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers durch das Unfallereignis vom 23. September 2008 verursacht worden sei. Diesbezüglich erscheint vielmehr die davon abweichende Beurteilung durch Prof. D.____ und Dr. E.____, wonach ein Kausalzusammenhang im Sinne einer Teilkausalität zwischen dem Unfallereignis vom 23. September 2008 und dem Leiden im Bereich des linken Kniegelenks nicht zu belegen sei, als überzeugender.

E. 3.7

Nicht abgestellt werden kann vorliegen d sodann auf die Kausalitätsbeurteilung durch die Ärzte der Z.____. Denn insofern diese Ärzte in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2011 (vorstehende E. 2.12) ihre Beurteilung, wonach die mediale Meniskusläsion im Bereich des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers mit grosser Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 9. Februar 2010 zurückzuführen sei, damit begründeten, dass vor dem Trauma vom 9. Februar 2010 anamnestisch keine Kniesymptomatik bestanden habe, widerspricht ihre Beurteilung den Tatsachen. Denn dem MRI-Bericht vom 10. November 2008 (vorstehende E. 2/3) ist vielmehr zu entnehmen, dass schon zu diesem Zeitpunkt ein kleines Meniskusganglion sowie assoziierte, leichte mukoide Veränderungen im medialen Meniskushinterhorn festgestellt wurden. Mangels einer nachvollziehbaren Begründung kann in Bezug auf die Frage nach der Unfallkausalität der Kniebeschwerden auf die Beurteilung durch die Ärzte der Z.____ daher nicht abgestellt werden.

E. 3.8

Des Weiteren vermag nicht zu überzeugen, dass die Ärzte der Z.____ in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2011 (vorstehende E. 2.12) feststellten, dass gegenwärtig keine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe, und dass eine Arbeitsfähigkeit von 100 % allenfalls unter angepassten Arbeitsverhältnissen zu erreichen sei, und sie in ihrem Bericht vom 27. Juli 2011 (vorstehende E. 2.9) feststellten, dass dem Beschwerdeführer auf Grund seines Knieleidens die Ausübung von Tätigkeiten, welche ein Heben und Tragen von Lasten über ein Gewicht von 15 Kilogramm sowie ein langdauerndes Knien, in die Hocke Gehen und die Einnahme von Zwangshaltungen während einer Zeit von über 15 Minuten Dauer erforderten, nicht mehr zuzumuten sei. Denn einerseits gingen diese Ärzte in ihrem Bericht vom 18. Januar 2011 (vorstehende E. 2.9) selbst davon aus, dass aus kniechirurgischer Sicht keine Behandlungsmöglichkeit bestehe, und dass die Beschwerden höchstwahrscheinlich durch eine lumboradikuläre Schmerzsymptomatik verursacht würden. Andererseits stellten sie in ihrem Bericht vom 1. September 2011 (vorstehende E. 2.11) fest, dass eine MRI-Untersuchung des linken Knies vom 11. August 2011 unverändert eine kleine Unterflächenläsion des medialen Meniskus ohne Nachweis eines wesentlichen Knorpelschadens und eine diffuse Signalanhebung des vorderen Kreuzbandes ohne sichere Diskontinuität in der Bandstruktur ergeben habe. Des Weiteren stellten sie im Arthroskopiebericht vom 24. Februar 2012 (vorstehende E.

E. 3.9

Die Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Dem Beschwerdeführer ist insofern nicht zu folgen, als

er geltend macht (Urk. 1 S. 5), dass auf das Gutachten von Prof. D.____ und Dr. E.____ vom 23. August 2011 nicht abzustellen sei, weil die Beschwerdegegnerin in ihrem Schreiben vom 18. November 2011 an die Gutachter (Urk. 9/78) gegenüber diesen unter anderem die Meinung vertreten habe, dass das Gutachten nicht verwertbar sei, weil der das Gutachten mitverfassende Dr. E.____

als Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation nicht über eine dafür erforderliche fachmedizinische Spezialisierung verfüge. Denn die im Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 18. November 2011 enthaltene pauschale Kritik an der fachmedizinischen Weiterbildung von Dr. E.____ vermag nicht zu überzeugen. Gemäss der massgebenden schweizerischen Weiterbildungsordnung für den Erwerb eines Facharztstitels

in Physikalischer Medizin und Rehabilitation (Verfügung des Vorstehers des Eidgenössischen Departements des Innern, EDI, vom 5. Juli 2011 in Sachen Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung der FMH betreffend Akkreditierung des Weiterbildungsgangs in Physikalischer Medizin und Rehabilitation ; www.bag.admin.ch) dauert die Weiterbildung in Physikalischer Medizin und Rehabilitation fünf Jahre , wobei zwei Jahre stationäre muskuloskeletale

Rehabilitation, ein Jahr Neurorehabilitation, ein Jahr in einem oder zwei weiteren Fachgebieten zu absolvieren sind. Danach folgt ein Jahr in Allgemeiner Innerer Medizin.

Die Physikalische Medizin und Rehabilitation befasst sich gemäss der Weiterbildungsordnung mit der Förderung der körperlichen

und kognitiven Funktionen, der Aktivität, der Partizipation und Verbesserung von persönlichen Faktoren und Umweltfaktoren. Sie umfasst Prävention, Diagnostik, Behandlung

und Rehabilitationsmanagement von Menschen jeden Alters mit behindernden

Gesundheitschädigungen und Komorbiditäten , wobei die Fachärzte einen

ganzheitlichen Behandlungsansatz verfolgen . Auf Grund der erwähnten Voraussetzungen für den Erwerb eines Facharztstitels in Physikalischer Medizin und Rehabilitation ist vorliegend nicht daran zu zweifeln, dass Dr. E.____ als Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation als mitverfassender Gutachter über eine für die Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers im Bereich seines linken Knies genügende und angezeigte fachärztliche Spezialisierung verfügt e . 4. 4.1

Zu prüfen bleibt, ob ein Fallabschluss per 31. August 2011 gerechtfertigt war.

Voraussetzung dafür ist, dass von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4.3 und 133 V 57 E. 6.6.2, je mit Hinweisen). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies gemäss der Rechtsprechung nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss; unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 mit Hinweisen). 4.2

Prof . D.____ und Dr. E.____ stellten in ihrem Gutachten vom 23. August 2011 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Lagerist fest. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin davon ausging, dass eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes nach dem 31. August 2011 nicht mehr zu erwarten war und die vorübergehenden Leistungen der Heilbehandlung und des Taggeldes auf diesen Zeitpunkt hin einstellte. Denn der Fallabschluss setzt lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgericht 8C_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C_792/2012 vom 4. April 2013 E. 5). 4.3

Gestützt auf die überzeugenden Beurteilungen durch Prof. D. ___ und Dr. E. ___ vom 23. August 2011 hat demnach als erstellt zu gelten, dass es infolge der Unfallereignisse vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 zwar während einer gewissen Zeit zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des gesundheitlichen Vorzustandes im Bereich des linken Kniegelenks des Beschwerdeführers gekommen ist, dass dies bezüglich indes spätestens zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung vom 26. Juli 2011 der Status quo sine erreicht wurde, ohne dass es durch die Unfallereignisse vom 8. Oktober 2009 und vom 9. Februar 2010 zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen wäre. Zudem steht fest, dass spätestens zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung vom 26. Juli 2011 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Lagerist bestanden hat.

E. 5

Nach Gesagtem ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 8. September 2011 (Urk. 9/68) beziehungsweise mit dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 5. September 2012 (Urk. 2) einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen der nach dem 31. August 2011 weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers

und dem versicherten Unfall vom 9. Februar 2010 verneinte und die Versicherungsleistungen per 31. August 2011 einstellte.

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 6

.2

Der sich bei den Akten befindenden Kostennote von Rechtsanwalt Marcel Zirnig, Zürich, vom 17. März 2014 (Urk. 14) ist zu entnehmen, dass dieser für das Verfassen, das Korrigieren und das Überarbeiten der Beschwerde einen Aufwand von insgesamt 11 Stunden geltend machte. In Anbetracht der gesamten Umstände und mit Blick auf ähnlich gelagerte Fälle erscheint der geltend gemachte

Aufwand überhöht und vielmehr ein solcher von höchstens

E. 6.1

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. 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).

Für unnötigen oder geringfügigen Aufwand einer Partei wird keine Entschädigung (§ 8 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV

SVGer) beziehungsweise keine Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsvertretung (§ 9 GebV

SVGer) zugesprochen.

E. 8

Stunden als gerecht fertigt. Die geltend gemachten Barauslagen von insgesamt Fr. 70.50 sind indes nicht zu beanstanden. 6.3

Ausgangsgemäss ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Marcel Zirngast, Zürich, demnach

bei einem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) und Barauslagen von Fr. 70.50 (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Marcel Zirngast, Zürich, wird mit Fr. 2'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Marcel Zirngast - SWICA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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 Mosimann Volz

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