

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00030

vom 22. August 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00030

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00030 du 22 août 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00030 del 22 agosto 2014

Erwägungen

E. 1

Der 1966 geborene X.____ ist seit dem 1. Mai 2004 bei der Y.____ AG als IT-Mitarbeiter tätig und bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend Mobiliar) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 13. Juli 2010 stürzte er eine Treppe hinunter und erlitt dabei eine Distorsion des rechten Fusses und ein durch den Sturz und die Rückenprellung aktiviertes panvertebrales Schmerzsyndrom. Der Röntgenbefund ergab keine ossäre Verletzung des Oberen Sprunggelenks, es wurden aber degenerative Veränderungen der Brust- und Lendenwirbelsäule festgestellt.

Das MRI der Halswirbelsäule zeigte eine Diskusprotrusion auf Höhe C6 (Urk. 10/M2). Die Mobiliar kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus. Gemäss Unfallschein war der Versicherte ab dem 7. Oktober 2010 wieder zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 10/M3). Am 25. April 2012 wurde

wegen Schulterbeschwerden eine MR-Arthographie der rechten Schulter durchgeführt. Diese zeigte eine gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne mit leichter Atrophie des Musculus supraspinatus und eine leichte Bursitis subacromialis und deltoidea (Urk. 10/M10).

Die Mobiliar holte weitere medizinische Berichte ein und teilte dem Versicherten am 14. Juni 2012 mit, dass mangels Unfallkausalität der Beschwerden kein weiterer Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung bestehe (Urk. 9/K12). Mit seiner Stellungnahme vom 17. August 2012 erhob der Versicherte dagegen Einwände (Urk. 9/39). In der Folge beauftragte die Mobiliar ihren beratenden Arzt Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie, ein Aktengutachten zu erstellen, welches am 3. September 2012 erstattet wurde (Urk. 10/M15). Mit Verfügung vom 19. September 2012 verneinte die Mobiliar einen weiteren Leistungsanspruch des Versicherten (Urk. 9/42-43). Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Entscheidung vom 12. Dezember 2012 ab (Urk. 2).

E. 1.4

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 Sozialversiche

rungsrecht 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 .

2 .1

Im angefochtenen Einspracheentscheid erwog die Beschwerdegegnerin, in tatsächlicher Hinsicht stehe fest, dass der Beschwerdeführer am 13. Juli 2010 seinen Hausarzt Dr. A.____ aufgesucht habe, nachdem er seinen Angaben zufolge am gleichen Tag auf einer Treppe auf den Rücken gestürzt sei und sich dabei den rechten Fuss verdreht habe. Aktenkundig sei, dass er damals Schmerzen im Bereich des rechten oberen Sprunggelenkes sowie Druckdolenz im Bereich des Thorax und der Lende beklagt habe. Prellungen der Brust- und Lendenwirbelsäule seien unbestritten. Unbestritten sei zudem, dass in Bezug auf die Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule lediglich degenerative Veränderungen ausgemittelt seien und weitere Rückenbeschwerden mangels ossärer oder struktureller Veränderungen nicht mehr dem Sturzereignis angelastet werden könnten. Von einer Distorsion des Armes oder einer Schulterkontusion sei initial nie die Rede gewesen und dortige Schmerzen, Druckdolenz, Ergüsse oder Kontusionen seien nie beschrieben worden. Dr. B.____ habe in seinem Bericht vom 21. Februar 2012 explizit festgehalten, dass die peripheren Gelenke unauffällig gewesen seien. Allfällige erneute Beschwerden hätten sich in bescheidenen Grenzen gehalten, nachdem diese vom 7. Oktober 2010 bis zum 12. Juli 2012 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich gezogen hätten, was bei einem Riss der Supraspinatussehne im Juli 2010 kaum denkbar gewesen wäre. Die Beurteilungen Dr. C.____ und Dr. D.____ beruhten alleine auf späteren, ab April 2012 nachgeschobenen Schutzbehauptungen des Beschwerdeführers. Diese seien nicht geeignet, die Beurteilung des beratenden Arztes Dr. Z.____ in Frage zu stellen. Die im April / Mai 2012 akut aufgetretenen Schulterbeschwerden liessen sich nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dem Unfallereignis vom 13. Juli 2010

zuschreiben (Urk. 2). 2 .2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, die Schulter sei nach dem Unfall vom 13. Juli 2010 vom behandelnden Arzt trotz einer sich zunehmend manifestierenden Schmerzproblematik nicht bildgebend abgeklärt worden. Es sei vorübergehend zu einer Beschwerdeverbesserung gekommen und er sei von den behandelnden Ärzten als 100 % arbeitsfähig erklärt worden. Er habe jedoch weiterhin Beschwerden an der rechten Schulter gehabt. Erst im Frühjahr 2012 seien die Schulterschmerzen seriös abgeklärt worden.

Gemäss Dr. E.____ und Dr. F.____ sei die Partialruptur der Supraspinatussehne wahrscheinlich posttraumatisch. Die Beschwerdegegnerin habe nicht korrekt abgeklärt, ob die Ruptur der Supraspinatussehne und die Schulterbeschwerden auf den Unfall vom 13. Juli 2010 zurückzuführen seien. Diese habe ein Aktengutachten des beratenden Arztes Dr. Z.____ eingeholt. Darin sei Dr. Z.____ auf die Ruptur und deren mögliche Ursache nicht eingegangen. Eine Auseinandersetzung mit den Beurteilungen von Dr. E.____ und Dr. F.____ sei nicht erfolgt.

Dr. Z.____ habe pflichtwidrig nicht in Erwägung gezogen, dass Verletzungen der Supraspinatussehne sich nicht immer sofort in vollem Umfang manifestieren. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, bei einer Ruptur der Supraspinatussehne wären sofort heftigste Schmerzen im Bereich des Schultergelenks beklagt worden, sei ohne me

dizinisches Fundament und sei nicht ein mal von Dr. Z.____ bestätigt worden. Insgesamt bestünden mehr als nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Aktengutachtens von Dr. Z.____ , weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Der medizinische Sachverhalt sei bezüglich der Unfallkausalität der Ruptur der Supraspinatus sehne und der Schulterbeschwerden ungenügend abgeklärt (Urk. 1) . 3.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 24. Januar 2013 Beschwerde und beantragte, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Eben tualiter sei durch das Gericht eine medizinische Expertise bei einem unabhängigen Gutachter einzuholen oder die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Am 11. März 2013 wurde dem Beschwerdeführer das Doppel der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1 .

1 .1

Gemäss Art.

E. 3.1

Vorab ist in formeller Hinsicht zu prüfen, ob die Rüge der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör durchdringt . Der Beschwerdeführer macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt, indem sie ihm das Aktengutachten von Dr. Z.____ vom 3. September 2012 vor Erlass der Verfügung vom 19. September 2012 nicht zur Stellungnahme vorgelegt habe. Zudem erfülle die Verfügung die Minimalanforderungen an die Begründungspflicht nicht (Urk. 1 S. 4 ff.).

E. 3.2

Der für das Sozialversicherungsverfahren auch in Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) festgehaltene Gehörsanspruch beinhaltet unter anderem das Recht, sich zu einem durch den Versicherungssträger eingeholten Gutachten zu äussern (ATSG-Kommentar, Kieser, 2. Auflage, Art. 42 Rz 15). Stützt sich der Unfallversicherer auf einen im Einspracheverfahren eingeholten versicherungsinternen Arztbericht, hat er der versicherten Person Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, wenn die Beurteilung neue entscheidungswesentliche Gesichtspunkte oder erhebliche neue Begründungselemente enthält (RKUV 1998 Nr. U 309 S. 461 E. 4c).

Da vorliegend ein Aktengutachten beim beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin eingeholt wurde, womit lediglich die bereits vorhandenen Akten gewürdigt wurden und sich der Beschwerdeführer im Rahmen des Einspracheverfahrens

noch ausführlich dazu äussern konnte, ist darin , dass die Beschwerdegegnerin vor Erlass der Verfügung auf die Zustellung des Aktengutachtens zur Stellungnahme verzichtet hat , keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör zu sehen . Im Übrigen müssen die Parteien vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind, nicht angehört werden (

Art. 42 ATSG).

E. 3.3

Die Begründungspflicht als Ausfluss des Anspruchs auf rechtliches Gehör bedeutet nicht, dass sich die Behörde mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzen und jedes Vorbringen ausdrücklich widerlegen muss. Es genügt, wenn die Begründung kurz die Überlegungen nennt, auf die sich der Entscheid stützt und dieser sachgerecht angefochten werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_511/2007 vom 22. November 2007 E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen).

Der angefochtene Einspracheentscheid enthält eine angemessene Begründung und der Beschwerdeführer konnte diesen auch sachgerecht anfechten. Die Anforderungen an die Begründungspflicht sind somit erfüllt und eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt nicht vor. 4.

4.1

Streitig und zu prüfen ist weiter, ob zwischen dem Unfallereignis vom 13. Juli 2010 und den vom Beschwerdeführer geklagten Schulterbeschwerden ein Kausalzusammenhang besteht. 4.2

Im Arzzeugnis vom 22. September 2010 diagnostizierte der Hausarzt des Beschwerdeführers,

Dr. med. A.____, Innere Medizin FMH, eine Distorsio pedis und ein panvertebrales Schmerzsyndrom aktiviert durch Sturz und Rückenprellung. Der Röntgenbefund habe keine ossäre Verletzung am oberen Sprunggelenk ergeben, jedoch

degenerative Veränderungen an der Brust- und Lendenwirbelsäule. Das MRI der Halswirbelsäule zeige eine Diskusprotrusion auf Höhe C6 (Urk. 10/M2). 4.3

Im Bericht vom 21. Februar 2011 stellte Dr. med. B.____, Innere Medizin, Rheumatologie FMH, die Diagnose eines cervicovertebralen und lumbovertebralen Syndroms bei Status nach Sturz über Treppe am 13. Juli 2010. Von Seiten des Achsenorgans bestehe freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenschnitte bis auf die schmerzhafte Rotation im Bereich der Halswirbelsäule endgradig nach rechts. Im Bereich der Lendenwirbelsäule bestehe ein Phasenschmerz beim Aufrichten mit lokaler Druckdolenz auf Höhe L4/5 und L5/S1. Hüfte, Iliosakralgelenk und periphere Gelenke seien unauffällig. Nach Beendigung der Physiotherapie und der medizinischen Trainingstherapie sei der Beschwerdeführer seit 28. Januar 2011 weitgehend beschwerdefrei (Urk. 10/M9). 4.4

Am 24. April 2012 wurde eine MR-Arthographie der rechten Schulter durchgeführt. Dr. med.

E.____, Facharzt für Radiologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 26. April 2012 fest, es zeige sich eine ausgedehnte gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne mit leichter Atrophie des Musculus supraspinatus sowie eine leichte Bursitis subacromialis und deltoidea. Diese Befunde könnten durchaus posttraumatischer Natur sein, insbesondere da sie primär gelenkseitig seien und da sonstige prädisponierende Faktoren für ein subakromiales Impingement morphologisch nicht vorlägen. Es bestehe eine geringgradige Tendinose der Subscapularissehne und eine mässige Tendinose der langen Bizepssehne mit wahrscheinlich nicht mehr frischer Slap-I-Läsion und chronischer Pulley-Läsion (Urk. 10/M10). 4.5

Dr. med. G.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, führte in seinem Bericht vom 4. Mai 2012 aus, es bestehe eine ausgeprägte Bewegungseinschränkung der rechten Schulter, welche auch knapp zwei Jahre nach dem Unfallgeschehen persistiere trotz wiederholten Physiotherapien, subacromialer Steroidinjektion und täglich regelmässiger Anwendung von Schmerzmedikamenten. Die Bewegungseinschränkung sei sehr ausgeprägt, so dass die Symptomatik teilweise einer Frozen Shoulder entsprechen könnte, allerdings bestehe eine sehr ausgedehnte Partialruptur der Supraspinatussehne (Urk. 10/M11). 4.6

Im Bericht der H.____ Klinik vom 16. Mai 2012 wurde die Diagnose einer aktivierten Omarthrose Schulter rechts nach Sturz und Schulterprellung 07/2010 gestellt. Als Nebendiagnosen wurde ein chronisches Cervicalsyndrom mit Osteochondrose C5/6 und C6/7 sowie Diskusprotrusion C5/6 linksseits, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit mässiger Osteochondrose L5/S1 sowie L4/5 und eine bekannte Epilepsie mit einmaligem Anfall vor Jahren genannt. Das Röntgen der rechten Schulter zeige glenohumeral einen verschmälerten Gelenkspalt mit akzentuierter subchondraler Sklerosierung glenoidseitig. Subacromial zeige sich ein unauffälliger Befund mit Acromion-Form Typ Bigliani I und keine wesentliche AC-Gelenksarthrose. Das MRI der rechten Schulter zeige eine zentrale Omarthrose mit deutlicher Abnahme der Knorpelsubstanz sowie beginnender ventraler caudaler Osteophytenbildung humeralseitig. Das dorsale Labrum zeige sich verplumpt mit fraglich zurückliegendem Trauma. Die Rotatorenmanschette weise im Bereich des Supraspinatus eine Tendinopathie mit möglicher artikularseitiger Teilruptur auf. Insgesamt bestehe jedoch kein Anhaltspunkt für das Vorliegen einer Komplettruptur. Die Darstellung des Bicepssehnenankers sei im Wesentlichen unauffällig (Urk. 10/M12). 4.7

Am 13. Juni 2012 gab Dr. Z.____ auf die Frage, ob die neu aufgetretenen Beschwerden unfallbedingt seien, an, diese könnten nicht ausreichend mit dem Ereignis vom 13. Juli 2010 begründet werden. Bildgebend hätten keine Schäden nachgewiesen werden können. Aus dem Bericht von Dr. B.____ vom 21. Februar 2011 hätten sich keine Hinweise für damals bestehende Schulterbeschwerden ergeben, so dass die am 14. Mai 2012 akut aufgetretenen Schulterschmerzen nach über einjähriger nicht behandlungsbedürftiger Latenz nicht ausreichend mit dem Ereignis vom 13. Juli 2010 begründet werden könnten (Urk. 10/M13). 4.8

Im Bericht der Rheumaklinik des Universitätsspitals I.____ vom 12. Juli 2012 wurde neben weiteren nicht die Schulter betreffenden Diagnosen ein Verdacht auf reaktive Arthritis sowie Omarthrose beidseits rechtsbetont erwähnt (Urk. 10/M14). 4.9

Dr. Z.____ erstattete am 3. September 2012

eine als „Aktengutachten“ bezeichnete Stellungnahme. Bezüglich der Schulterbeschwerden führte er aus, bis zur Terminierung des Falles Ende Januar 2011 seien in keinem Bericht rechtsseitige Schulterbeschwerden dokumentiert. Dr. B.____ habe in seinem Bericht vom 30. August 2010 explizit festgehalten, dass die peripheren Gelenke unauffällig gewesen seien. Eine unfallbedingte Schulterpathologie habe bis zu diesem Zeitpunkt demnach nicht bestanden. Aufgrund dieses dokumentierten Verlaufes könne für die später aufgetretenen rechtsseitigen Schulterschmerzen keine überwiegend wahrscheinliche Kausalität mit dem Ereignis vom 13. Juli 2010 begründet werden, zumal für die rechte Schulter während des mehrmonatigen Verlaufes weder eine Klinik

beschrieben noch Bewegungseinschränkungen dokumentiert worden seien. Insofern basierten die späteren Aussagen von Dr. G.____ und von Dr. D.____ (H.____ Klinik) nicht auf der Echtzeitdokumentation (Urk. 10/M15). 4.10

Im Bericht der H.____ Klinik vom 10. September 2012 wurde ausgeführt, seitens der Schulter rechts bestehe grundsätzlich die Problematik, ein arthritisches Schmerzbild von einem eher arthrotisch geprägten Beschwerdebild zu unterscheiden. Die Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich der Schmerzintensität und des Schmerzverlaufes sprächen im Moment für ein arthritisches Überwiegen der Beschwerden (Urk. 10/M16). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Leistungseinstellung im Wesentlichen auf die versicherungsinterne Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 3. September 2012.

Ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kann Beweiswert beige messen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Es kommt ihnen jedoch nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten zu. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismässigkeit strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157). 5.2

Dr. Z.____ führte in seinem Aktengutachten vom 3. September 2012 aus, dass bis Ende Januar 2011 keine rechtsseitigen Schulterbeschwerden dokumentiert seien und dass die Aussagen von Dr. G.____ und von Dr. D.____ nicht auf der Echtzeitdokumentation beruhten. Einzig gestützt darauf gelangt er

zum Schluss, dass für die später aufgetretenen rechtsseitigen Schulterbeschwerden keine überwiegend wahrscheinliche Kausalität zum

Unfallereignis vom 13. Juli 2010 begründet werden könne. Er äussert sich weder zu der mittels MR-Arthographie diagnostizierten Partialruptur der Supraspinatussehne noch zu den in der Folge erhobenen Befunden. Zur Aussage von Dr. E.____, wonach die Befunde durchaus posttraumatischer Natur sein könnten, insbesondere da sie primär gelenkseitig seien und da sonstige prädisponierende Faktoren für ein subakromiales Impingement morphologisch nicht vorlägen (Urk. 10/M10), nimmt er nicht Stellung.

In seinem Bericht finden sich auch keine rlei Ausführungen dazu, welche Ursachen für die vorliegenden Beschwerden in Frage kämen. So erörtert er nicht, ob

Befunde vorliegen, die auf eine krankhafte Entwicklung oder ein degeneratives Geschehen hinweisen. Er legt auch nicht dar, welche Symptome bei einer Teilruptur der Supraspinatussehne in der Regel auftreten und ob es bei den vorliegenden Befunden möglich wäre, dass sich die Beschwerden erst später manifestiert

hätten , was bei Partial rupturen durchaus vorkommen kann (vgl. zum Beispiel Urteil des Bundesgerichts 8C_656/2008 vom 13. Februar 2009) . Hierzu ist auch darauf hinzuweisen, dass am 18. August 2010 die MRI der HWS unter der Indikation „Schmerzausstrahlung und Parästhesie rechter Arm“ statt fand (Urk. 9/ M 5). Insgesamt bestehen somit Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen von Dr. Z.____ , weshalb mangels vollen Beweiswertes nicht auf seinen Bericht abgestellt werden kann. 5.3

Nach dem Gesagten erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt , weshalb der angefochtene Entscheid

aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist , damit diese zur Frage der Unfall kausalität weitere medizinische Abklärungen tätige .

E. 6

Da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als voll ständiges Obsiegen gilt (BGE 137 V 57 E. 2.2) , ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem vertretenen Beschwerdeführer eine angemessene Parteient schädigung zu bezahlen (Art. 61 lit. g A TSG in Ver bindung mit § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer). Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 1'600.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheent scheid vom 12. Dezember 2012 aufgehoben und die Sache an die Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge . 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschä digung von Fr. 1'600

-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Beat Meyer - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 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 Bundes gesetzes 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, zuzu stellen.

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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstLeicht

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