

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00143

vom 3. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00143

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00143 du 3 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00143 del 3 marzo 2016

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 61 lit. i des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) muss die Revision von Entscheiden wegen Entdeckung neuer Tatsachen oder Beweismittel oder wegen Einwirkung durch Verbrechen oder Vergehen im Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht gewährleistet sein. Nach §

29 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) kann von den am Verfahren Beteiligten unter anderem Revision gegen rechtskräftige Entscheide verlangt werden, wenn sie neue erhebliche Tatsachen erfahren oder Beweismittel auffinden, die sie im früheren Verfahren nicht beibringen konnten.

E. 1.2

Neu sind Tatsachen, die sich bis zum Zeitpunkt, da im Hauptverfahren noch tatsächliche Vorbringen prozessual zulässig waren, verwirklicht haben, jedoch dem Revisionsgesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen ferner erheblich sein, d.h. sie müssen geeignet sein, die tatbeständliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer andern Entscheidung zu führen. Neue Beweismittel haben entweder dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber zum Nachteil des Gesuchstellers unbewiesen geblieben sind. Erheblich ist ein Beweismittel, wenn anzunehmen ist, es hätte zu einem anderen Urteil geführt, falls das Gericht resp. die Verwaltung im Hauptverfahren davon Kenntnis gehabt hätte. Ausschlaggebend ist, dass das Beweismittel nicht bloss der Sachverhaltswürdigung, sondern der Sachverhaltsermittlung dient. Ein Revisionsgrund ist nicht schon dann gegeben, wenn das Gericht resp. die Verwaltung bereits im Hauptverfahren bekannte Tatsachen unrichtig gewürdigt hat. Notwendig ist vielmehr, dass die unrichtige Würdigung erfolgte, weil für den Entscheid wesentliche Tatsachen unbewiesen geblieben sind (vg l. BGE 134 III 669 E. 2.1; 127 V 353; SVR 2012 UV Nr. 17 S. 63, Bundesgerichtsurteil 8C_434/2011 vom 8. Dezember 2011 E. 7.1).

E. 1.3

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). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verlöre (SVR 2015 IV Nr. 16 S. 45 E. 2.3 [9C_662/2013]; Bundesgerichtsurtel 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.3.2).

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 E.

3b/aa mit Hinweisen).

E. 1.4

Nachdem das Sozialversicherungsgericht mit Beschluss vom 18. Juni 2013

den Parteien mitgeteilt hatte, dass es beabsichtige, beim Y.____ eine Ergänzung zu dessen Gutachten einzuholen, machte X.____

Ablehnungsgründe gegen das Y.____ sowie gegen

Dr. C.____, FMH Innere Medizin/Rheumatologie, PD Dr. med. D.____, MSc, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie, und Dr. med. E.____, FMH Neurologie (welche das Gutachten vom 13. Juli 2009 erstellt hatten) geltend (Urk. 3, 12). Das

Ablehnungsbegehren wies das Sozialversicherungsgericht mit Beschluss vom 29. August 2013 ab (Urk. 17). Mit Urteil vom 10. Februar 2014 bestätigte das Bundesgericht diesen Entscheid (Urk. 25). In der Folge veranlasste das Sozialversicherungsgericht beim Y.____ das Gerichts- resp. Ergänzungsgutachten (Urk. 37, 38),

welches am 2. Oktober 2015 (Urk. 46) erstattet wurde. Dazu nahmen die Parteien Stellung (Urk. 51, 52). Da das zum Gerichtsgutachten gehörende Teilgutachten von Dr. E.____ vom 20. März 2015 (Urk. 56) diesem nicht beigelegt war, wurde es vom Gericht nachträglich beigezogen (vgl. Urk. 57). Zum Teilgutachten liess sich die Ersatzkasse UVG vernehmen (Urk. 59). X.____

liess sich nicht vernehmen. Das Gericht

zieht in Erwägung:

E. 2.1

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich stützte sich im Urteil vom 31. Mai 2012 auf das Gutachten des Y.____ vom 13. Juli 2009. Massgebend für den bundesgerichtlichen Entscheid vom 7. Mai 2013 war der Bericht des A.____, vom 9. August 2012.

E. 2.2

Im vorliegenden Verfahren

zu prüfen ist, ob das Sozialversicherungsgericht bei Kenntnis des Berichts über die MRI-Untersuchung vom 9. August 2012 mit Urteil vom 31. Mai 2012 anders entschieden hätte. Dies hängt massgebend davon ab, ob die Y.____-Gutachter im Gutachten vom 13. Juli 2009 zu einer anderen Auffassung gelangt wären, wenn ihnen die Befunde der erst später erfolgten MRI-Untersuchung des Schädels vorgelegen hätten.

E. 3.1

Gemäss neurologisch-neuropsychologischer Einschätzung von

Dr. E.____ und Dr. med. Dr. phil. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, (Z.____-Gutachten vom 3. Januar 2009) fanden sich bei subjektiver Einschränkung der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen seit dem Unfallereignis aktuell unter Berücksichtigung eines prämorbid mittleren Leistungsprofils durchwegs unauffällige Befunde. Sie hielt fest, insbesondere hätten keine Hinweise auf eine kortikale oder subkortikale Funktionsstörung beziehungsweise für eine hirnorganisch bedingte Leistungseinschränkung bestanden. Ebenso ergebe sich gestützt auf die aktuellen Konsensuskriterien für die Feststellung einer substantiellen beziehungsweise strukturellen Hirnschädigung der diesbezüglichen massgeblichen Begutachtungsleitlinien kein Anhalt für eine im Rahmen des Unfalls erlittene traumatische Hirnschädigung. Die subjektiven neurokognitiven Beschwerden seien hinreichend durch die chronifizierte Schmerzsymptomatik und Müdigkeits-assoziierte Interferenzen erklärbar. Eine durch das Unfallereignis bedingte dauernde oder erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität lasse sich nicht ableiten. Nach Auffassung von Dr. E.____ blieben die vom Versicherten beschriebenen präsynkopalen Zustände unklar, die einerseits beim Stehen sowie beim Gehen ausgeprägt seien und subjektiv mit einer Gangunsicherheit und Gangabweichung einhergingen, andererseits auch beim Essen in sitzender und weniger in stehender Körperposition verspürt würden. Phänomenologie und Verlauf der Symptomatik würden gegen epileptische Anfälle sprechen. Aus neurologischer Sicht wurde zum Ausschluss einer vaskulär-enzephalopathischen Komponente bei vaskulärem Risikoprofil (insbesondere arterielle Hypertonie) eine Bildgebung des Kopfes empfohlen; ein direkter Zusammenhang der präsynkopalen Zustände oder der Entwicklung der arteriellen Hypertonie mit dem Unfallereignis liess sich indes nicht ableiten. Zur Arbeitsfähigkeit aus neurologisch-neuropsychologischer Sicht wurde ausgeführt, dass es dem Versicherten vor dem Hintergrund dieser gutachterlich festgestellten klinischen Schweregradbeurteilung aus neuropsychiatrischer Sicht normativ zumutbar sei, seiner angestammten Tätigkeit beziehungsweise einer ausbildungsadäquaten Verweistätigkeit im Umfange von 100% nachzugehen (beigezogene Akten UV.2010.00279 Urk. 11/M35).

Laut dem von PD Dr. D.____, Dr. C.____, sowie Physiotherapeutin

G.____ verfassten Y.____-Gutachten vom 13. Juli 2009 blieben die geschilderten, nach Angaben des Versicherten im Vordergrund stehenden Ohnmachtzustände ätiologisch unklar. Sie führten aus, auch eine intern-medizinische Ursache könne die Symptomatik kaum erklären. Weiter hielten die Gutachter unter Verweis auf die Ausführungen von Dr. E.____ fest, die Phänomenologie der beschriebenen Symptomatik und der bisherige Verlauf mit unveränderter Symptomatik über zwei Jahre spreche gegen epileptische Anfälle. Ferner lägen keine Hinweise für eine milde traumatische Hirnschädigung vor. Auch eine damit

zusammenhängende zervikale Funktionsstörung erscheine sehr unwahrscheinlich. Nach Auffassung der Gutachter waren sodann die Resultate der in einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführten Belastbarkeitstests wegen Selbstlimitierung nur teilweise verwertbar. Insbesondere aufgrund der Annahme, dass sich der Versicherte keine traumatische Hirnverletzung zugezogen habe, wurden weiterhin anhaltende Unfallfolgen ausgeschlossen. Die Folgen des HWS-Distorsionstraumas seien spätestens zwei Jahre nach dem Unfallereignis abgeklungen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde sodann ausgeführt, unabhängig von der Unfallkausalität sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht ganztags und in vollem Leistungsausmass zumutbar (beigezogene Akten UV.2010.00279 Urk. 11/M37).

E. 3.2

Die MRI-Untersuchung vom 9. August 2012 zeigte multiple Läsionen im Marklager und im Bereich des Crus cerebri sowie eine leichte allgemeine Volumenminderung im Grosshirn. In der Befunderhebung wurde ausgeführt, dass im Kontext des erlittenen Traumas - von welchem der Radiologe gemäss dem Rechtsvertreter erst nach seiner Untersuchung auf Rückfrage beim Gesuchsteller hin erfuhr (vgl. Urk. 2/7) - sich diese Veränderungen durch eine diffuse axonale Schädigung erklären liessen, differentialdiagnostisch müssten jedoch auch demyelisierende Prozesse oder mikrovaskuläre Läsionen in Betracht gezogen werden (Bericht des A.____, vom 9. August 2012, Urk. 2/3/2).

E. 4.1

Nach einer neuerlichen Untersuchung hielt Dr. E.____ im Teilgutachten vom 20. März 2015 fest, der Gesuchsteller zeige keine Antriebs-, Initiations- oder Impulsstörungen und keine psychomotorische Hemmung oder anderweitige affektpathologische Störungsbilder. Jedoch bestünden leichte berufsrelevante neurokognitive Funktionsdefizite. Aufgrund der neuropsychologisch-leistungspsychologischen Abklärung liessen sich hinsichtlich der kognitiven Basisfunktionen eine sprachlich betonte Lernschwäche sowie ein eingeschränktes sprachlich-konzeptuelles Denken feststellen, hinweisend auf eine links frontotemporale Funktionsstörung und gut vereinbar mit den neuroradiologisch beschriebenen Läsionen. Im Vergleich zur Erstuntersuchung vom 2008 zeige sich eine Befundverschlechterung, die sich am ehesten im Rahmen einer vaskulären Enzephalopathie erklären lasse. Unfallbedingte Läsionen seien hingegen, wie bereits im Gutachten 2008 ausgeführt, nicht objektivierbar. Eher unwahrscheinlich sei, dass die im (sogenannten offenen) MRI vom 9. August 2008 beschriebenen Befunde Folgen des Unfalls vom 4. Juli 2006 seien. Vielmehr seien diese unter Berücksichtigung des vaskulären Risikoprofils mit Hypertonie und Blutdruckkrisen sowie dem fortgeführten Nikotinkonsum gut mit mikroangiopathischen Veränderungen erklärbar. Auch die aktuell angegebenen Kopfschmerzen seien am ehesten im Rahmen der hypertonen Krisen zu beurteilen. Zu den vom Gesuchsteller beschriebenen lageabhängigen Schwindelsymptomen erklärte Dr. med. E.____, es bestünden Hinweise auf einen benignen, paroxysmalen Lagerungsschwindel (Urk. 56 S. 6). Bei der Befunderhebung war ein Spontan-nystagmus oder Kopfschüttelnystagmus jedoch nicht eruierbar. Ebenso war bei der Lagerung nach Hallpike, welche gemäss Angaben des Gesuchstellers zu stärkstem Drehschwindel führte, unter der Frenzelbrille kein Nystagmus sichtbar.

Eine konklusive Beurteilung war letztlich kooperationsbedingt nicht möglich

(Urk. 56 S. 5) . Zusamm enfassend hielt sie fest, dass aufgrund der dargestellten Befunde keine durch das besagte Unfallereignis bedingte dauernde oder erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität ableitbar sei. Die Leistungsfähigkeit schätzte sie im Vergleich zur Erstuntersuchung als geringer ein. Für die angestammte Tätigkeit als Autoverkäufer sowie für jede andere bildungsadäquate Tätigkeit attestierte sie eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Eine Steigerung der Leistungsfähigkeit durch eine adäquate Behandlung hielt sie für möglich . Explizit hielt sie fest, dass die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit nicht unfallbedingt sei (Urk. 56 S. 6 f.).

E. 4.2

Im

Y.____ -Hauptgutachten vom 2. Oktober 2015 , verfasst von PD Dr. D.____ , Dr. E.____ und Physiotherapeut H.____ , wurde

festgehalten, dass weiterhin ein multifaktorielles komplexes Beschwerdebild sowie Funktionsstörungen mit muskulär betonten Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen, progredienten neuropsychologischen Defiziten sowie Momenten von Bewusstseinstörungen bestünden. Die Befunde des MRI des Schädels vom 9. August 2012 seien überwiegend wahrscheinlich auf neurovaskuläre Veränderungen zurückzuführen. Die lagerungsbedingte Schwindel- und Übelkeitsneigung stelle ein geringeres Problem dar und sei wohl multifaktoriell bedingt im Sinne eines paroxysmalen Lagerungsschwindels in Kombination mit einer Angstkomponente (Urk. 46 S. 8) . Bei den radiologischen Abklärungen seien keine spezifischen Hämosiderin -Sequenzen durchgeführt worden. Die Durchführung eines Schädel-MRI mit

Hämosiderinsequenzen ermögliche es theoretisch, das Unfallereignis vom 4. Juli 2006 als allfällige Teilkomponente in Erwägung zu ziehen. Im Falle eines Nachweises von

Hämosiderineinlagerungen wären allerdings die übrigen Ursachen, also die arterielle Hypertonie und der Nikotinabusus , in einer Weise dominant, dass der Unfall vom 4. Juli 2006 bloss noch als mögliche , untergeordnete Ursache

erschiene (Urk. 46 S. 9, 12 und 15). Im Vergleich zur Beurteilung von 2008 ergebe sich eine Verschlechterung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit bei sonst objektiv unveränderten Voraussetzungen. Diese sei aber unabhängig von den Unfallereignissen vom 4. Juli 2006 und 15. Juli 2009 zu taxieren (Urk. 46 S.

E. 9

).

Im Gerichtsgutachten wird auf entsprechende Gutachterfrage ausgeführt, dass Dr. E.____ bei der Erstbegutachtung auch in Kenntnis des MRI des Schädels vom 9. August 2012 zur Beurteilung gelangt wäre , dass die subjektiven

neurokognitiven Beschwerden durch die chronifizierte Schmerzproblematik und müdigkeitsassoziierte Interferenzen hinreichend erklärbar seien . Weiter habe Dr. E.____ bei der Erstuntersuchung die vom Gesuchsteller beschriebenen präsynkopalen Zustände als unklar beschrieben. Auch in Kenntnis des MRI vom 9. August 2012 bleibe sie bei dieser Einschätzung (Urk. 46 S. 11 f.). Im Gutachten wird sodann darauf hingewiesen , dass die (im Rahmen der neuerlichen Begutachtung abgegebene) Beurteilung von Dr. E.____

interdisziplinär-kon sensuell abgeglichen worden sei und sämtliche Gutachter diese Einschätzung teilten (Urk. 46 S. 14). Ein Zusammenhang zwischen den neurokognitiven Beschwerden resp. den präsynkopalen Ereignissen mit dem Unfall vom 4. Juli 2006 lasse sich nach wie vor nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit her stellen (Urk. 46 S. 11 f.) . Hingegen führt das MRI vom 9. August 2012 laut Y.____ -Gutachter

zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Unter Hinweis auf das Teilgutachten von Dr. E.____ wird im Gerichtsgutachten ausgeführt, aus neuropsychologisch-verhaltensneurologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit nunmehr 70 % , da es zu einer Verschlechterung der neurokognitiven

Leistungsfähigkeit gekommen sei (Urk. 46 S. 14).

Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht schlossen die Gutachter aufgrund der durchgeführten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit und klinischen Untersuchung auf eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 46 S. 9 f.). Sie führten aber aus, aus interdisziplinärer-konsensueller Sicht ergebe sich eine gewisse Interaktion. Die neurokognitiven Defizite könnten bei erhöhten

Leistungsanforderungen zu Stressreaktionen führen, welche sich in einer Erhöhung sowohl der arteriellen Hypertonie als auch der muskuloskelettalen Beschwerden äussern könnten. Insofern bestehe eine Circulus vitiosus -Situation . Konsensuell sei daher die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit höher anzusetzen. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine (ausschliesslich krankheitsbedingte) Einschränkung von 50 % im Rahmen einer Ganztagestätigkeit. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, die mit wenig Verantwortung und Erfolgsabhängigkeit verbunden sei, sei aus interdisziplinärer Sicht zu 70 % zumutbar (Urk. 46 S. 14). In ihren ergänzenden Bemerkungen wiesen die Gutachter darauf hin, dass es sich hinsichtlich der in diesem Gutachten gemachten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit um ein Mischbild einer verschlechternden Gesundheitssituation und einer Neubeurteilung eines bereits bekannten Gesundheitszustandes handle. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit führten sie aus, konsequenterweise sei zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung von einer Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20 % sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit auszugehen. Schleichend sei es dann zu einer Verschlechterung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit ab März 2009 mit linear zunehmender Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen (Urk. 46 S.

15). 5. 5.1

Das Y.____ -Gutachten vom 2. Oktober 2015 entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (E. 1.3 hievore). Es ist für die streitigen Belange umfassend. Insbesondere beantwortet es die Frage, ob die Gutachter in Kenntnis des MRI vom 9. August 2012 zu einem anderen Ergebnis gelangt wären. 5.2

Aufgrund des Gutachtens steht fest, dass die im MRI des Schädels gefundenen Befunde auf neurovaskuläre Veränderungen zurückzuführen sind . Da auf die Durchführungen einer radiologischen Abklärung mit Hämoxidationssequenzen verzichtet wurde, ist zwar nicht gänzlich auszuschliessen, dass Hämosiderineinlagerungen im Hirn bestehen. Diese wären indessen in dominanter Weise auf die arterielle Hypertonie und den Nikotinabusus zurückzuführen , so dass ein allfälliger Anteil des Unfalls vom 4. Juli 2006 vernachlässigbar wäre. Eine relevante traumatische Hirnschädigung ist damit auszuschliessen. 5.3

Entscheidend ist, dass die Y.____ -Gutachter, insbesondere Dr. E.____ , bei der Erstbegutachtung auch in Kenntnis des MRI des Schädels vom 9. August 2012

zur gleichen Beurteilung gelangt wären. Weder die neuro kognitiven Beschwerden noch die Ohnmachtszustände hätten sie anders beurteilt. Eine

unfallbedingte Ursache dieser Beschwerden besteht nicht. 5.4

Anzufügen bleibt, dass diese Einschätzung im Einklang mit der Beurteilung des Neurologen Dr. med. I.____ steht. Im Bericht vom 27. August 2012, von welchem das Sozialversicherungsgericht durch den am 27. Februar 2014 (Urk. 27) veranlassten Aktenbeizug Kenntnis erhielt, führte der Facharzt die zerebralen Veränderungen auf die arterielle Hypertonie zurück (Urk. 33/34). Einzig der Radiologe Dr. med. J.____ beurteilte die Befunde des MRI als wahrscheinlich posttraumatische Residuen (Urk. 2/3/2 = Urk. 33/32). Dazu hielten die Y.____ -Gutachter indes richtig fest, dass Aufgabe des Radiologen die Beschreibung der radiologischen Veränderungen ist. Deren Interpretation ist dem jeweiligen klinischen Facharzt vorbehalten, der dazu auch die klinische Situation berücksichtigen muss (Urk. 46 S. 19). Vor diesem Hintergrund ist auch das Argument des Gesuchstellers, die Beurteilung der Y.____ -Gutachter sei willkürlich (Urk. 52), nicht stichhaltig. 5.5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf das Gerichtsgutachten vom 2. Oktober 2015 das Revisionsgesuch abzuweisen ist. Auch in Kenntnis des MRI des Schädels vom 9. August 2012 wäre das Sozialversicherungsgericht zum gleichen Ergebnis gelangt. Das Gericht erkennt: 1.

Das Revisionsgesuch wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jakob Frauenfelder , unter Beilage eines Doppels von Urk. 59 - Fürsprecher René W. Schleifer - Bundesamt für Gesundheit - Bundesgericht (Verfahren 8C_614/2012) unter Beilage der Akten UV.2010.000279 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 Gräub/Sonderegger

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