

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00235 vom 22. Januar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-01-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00235

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00235 du 22 janvier 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00235 del 22 gennaio 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1950, als Koch tätig und in dieser Eigenschaft bei der Sympany Versicherungen AG gegen die Folgen von Unfällen versichert (Urk. 10/1), zog sich bei einem Sturz am 17. Mai 2010 eine Schulterkontusion rechts zu (Urk. 10/3). Die am 8. Juni 2010 durchgeführte Sonographie zeigte eine

Rotatorenmanschetten -Massenläsion rechts (Urk. 10/8 S. 2 ; Urk. 10/10), welche am 11. November 2010 einer operativen Sanierung zugeführt wurde (Urk. 10/16).

Bei stagnierendem Heilungsverlauf (Urk. 10/43, Urk. 10/45) stellte der Unfallversicherer mit Verfügung vom 10. April 2012 (Urk. 10/47) seine bis her erbrachten Leistungen (Heilkosten, Taggeld) per 31. Mai 2012 ein. Die hiergegen erhobene Einsprache des Versicherten (Urk. 10/48) wies die Sympany Versicherungen AG nach konsiliarischer Untersuchung von X.____ durch Dr. med. Z.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH,

(versicherungsmedizinische Stellungnahme vom 14. September 2012, Urk. 10/52)

mit Entscheid vom 5. September 2013 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Die Beschwerdeführerin hielt im angefochtenen Entscheid gestützt auf die Stellungnahme von Dr. Z.____ dafür, die Rotatorenmanschetten -Massenläsion des Beschwerdeführers stehe bloss möglicherweise, nicht aber überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 17. Mai 2010. Vielmehr sei es durch die Schulterkontusion infolge des Sturzes zu einer vorübergehenden Verschlechterung des erheblichen, degenerativen Vorzustandes gekommen. Damit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem Wegfall der natürlichen Kausalität spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis

auszugehen (Urk. 2 S. 9). Weil auf eine Rückforderung der bis zum 31. Mai 2012 erbrachten Leistungen verzichtet werde, sei - der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 130 V 380

ff.) folgend -

die Leistungseinstellung per 17. September 2010 zulässig (Urk. 2 S. 10). 1.2

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer insbesondere vorbringen, die von den Ärzten der Klinik A.____ genannten Diagnosen seien allesamt als unfallkausal bewertet worden. Auch der Konsiliararzt der Beschwerdeführerin habe die genannten Diagnosen auf das

fragliche Unfallereignis zurückgeführt und zu dem eine Integritätsentschädigung für geschuldet bezeichnet (Urk. 1 S. 7-8). Dass - wie von Dr. Z.____

dargelegt - die Sehnenläsionen nur wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, ergebe sich gerade nicht aus den Berichten der Klinik A.____. Weil überdies vor dem Sturz weder Beschwerden noch Anhaltspunkte für eine vorbestehende Verletzung der Rotatorenmanschette bestanden hätten, seien die genannten Diagnosen auf den Unfall zurückzuführen und hafte die Beschwerdegegnerin für den nach dem Unfalltrauma bestehenden Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8) . 2.

E. 2

Hiergegen liess X.____ am 6. Oktober 2013 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) zu erbringen. Eventualiter sei ein Obergutachten durchzuführen und her nach neu zu verfügen (Urk. 1) . Mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2014 (Urk. 9 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 10/1-59) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 18. Februar 2014 (Urk. 11) angezeigt wurde.

E. 2.1

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% (Art.

E. 2.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 blossere 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. 2.3

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 Da hin fallen 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 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. 2.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S.

188 E.

2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Dr. med. B.____, FMH für Allgemeine Medizin, diagnostizierte am 27. Mai 2010 (Urk. 10/3) eine Schulterkontusion rechts mit Abduktionshemmung über 90 Grad wegen Schmerzen, Schmerzen beim Schürzengriff und leichter Schwellung im Bereich des Musculus

deltoideus rechts. Eine Fraktur liess sich nicht visualisieren (vgl. auch Urk. 10/4 S. 2).

E. 3.2

Eine am 8. Juni 2010 (Bericht von Dr. med. C.____, FMH für Rheumatologie, Manuelle Medizin SAMM, D.____,

vom 9. Juni 2010, Urk. 10/8) durchgeführte Sonographie zeigte eine Totalruptur der Supra- und Infraspinatussehne rechts, während es an einem Gelenkerguss oder einer Flüssigkeitsansammlung mangelte. Daneben visualisierte sich eine wahrscheinlich konstitutionell bedingt dünne Subscapularissehne beidseits sowie eine Acromioclaviculargelenksarthrose beidseits. Dr. C.____ bezeichnete die Totalruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als direkte Folge des Sturzes vom 17. Mai 2010 und empfahl eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette.

E. 3.3

Das am 2. August 2010 angefertigte Arthro-MRI der rechten Schulter (Bericht der Klinik A.____ vom 5. August 2010, Urk. 10/10), zeigte eine vollständige Supraspinatussehnenruptur mit Retraktion und muskulärer Verfettung, sowie eine partielle Ruptur der Subscapularissehne und eine vollständige Ruptur der Bizepssehne. Die Infraspinatussehne kam auf diesen Bildern intakt zur Darstellung. Unter „Diagnose“ wurde von einer vollständigen Supraspinatussehnenruptur wahrscheinlich älter, sowie von einer frischeren Ruptur der Subscapularissehne (wahrscheinlich reparierbar) nach Sturz vom 17. Mai 2010 auf die rechte Schulter und einer aktuell Frozen

shoulder

berichtet.

E. 3.4

Am 11. November 2010 (Urk. 10/16) erfolgte die operative Sanierung der Rotatorenmanschetten-Massenläsion rechts, wobei sich eine nahezu vollständig rupturierte

Bizepssehne, eine totale Supraspinatussehnen-Ruptur, welche bis fast zum Glenoidniveau

retrahiert war, sowie eine Teilruptur von Subscapularis - (2/3) und Infraspinatussehne (1/2), deren Retraktion im Vergleich zur Supraspinatussehne weniger ausgeprägt war, zeigten.

E. 3.5

Bei noch eingeschränkter Schulterbeweglichkeit (Bericht vom 16. Februar 2011, Urk. 10/26) hielt Dr. B.____ den Beschwerdeführer dazu an (Schreiben vom 15. März 2011, Urk. 10/27), sich beim Arbeitgeber danach zu erkundigen, ob ab April 2011 die Möglichkeit bestehe, eine leichte Tätigkeit im Umfang von 30 % aufzunehmen. Mit Bericht vom 21. März 2011 (Urk. 10/28) erachteten die Ärzte der Klinik A.____ eine klare Verbesserung an der Schulter für

gegeben.

E. 3.6

Mit Bericht vom 19. August 2011 (Urk. 10/43) hielt Dr. med. E.____, Oberarzt Klinik A.____ dafür, es bestehe eine schwierige Situation mit stagnierendem Heilungsverlauf. Sollte die erneute Fortsetzung der physiotherapeutischen Massnahmen keine relevante Verbesserung zeigen, so sei die Behandlung abzuschliessen. Am 23. Januar 2012 (Urk. 10/45) berichtete der Arzt, trotz intensiver Physiotherapie zeige sich eine Stagnation des Rehabilitationsprozesses. Sofern keine Überkopf-Tätigkeiten zu verrichten seien, sei die Tätigkeit als Hilfskoch durchaus denkbar.

E. 3.7

Dr. Z.____ gab ihre Einschätzung gestützt auf die ihr zur Verfügung gestellten Dokumente (Urk. 10/52 S. 2-8) sowie unter Berücksichtigung der anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers am 15. August 2012 erhobenen Befunde und gemachten Angaben ab (Urk. 10/52). Sie berichtete, der Beschwerdeführer habe ständig vorhandene Schmerzen in der rechten Schulter, zeitweilige Schmerzen im linken Nacken, belastungsabhängige Schmerzen in der linken Schulter sowie ständig vorhandene Schmerzen im Bereich des dorsalen Beckenkamms beidseits beklagt (Urk. 10/52 S.

22-23). Anlässlich der aktuellen orthopädisch-rheumatologischen Untersuchung hätten eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz imponiert (Urk. 10/52 S. 33-34). Auffällig sei auch eine ausgeprägte Insuffizienz, insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur, welche zusammen mit der schlaffen Fehllhaltung und den beschriebenen degenerativen Veränderungen zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung des Achsenorgans führe. Durch die lange subjektive Schmerzsymptomatik sei es konsequent zu einem Schonverhalten mit Entwicklung beziehungsweise Zunahme entsprechender muskulärer Dysbalancen und einer muskulären Dekonditionierung gekommen (Urk. 10/52 S.

34-35). Hinweise auf eine neuroradiologische Symptomatik hätten sich nicht finden lassen und die seitenvergleichende Umfangmessung der oberen und unteren Extremitäten habe bloss eine gering ausgeprägte Differenz zu Tage gebracht, was als Hinweis dafür zu werten sei, dass sich der Beschwerdeführer im Alltag mehr belastet, als er in seinem Beschwerdevortrag angebe (Urk. 10/52 S.

35). Schliesslich sei auffällig, dass die Beschwerden als stets unverändert angegeben würden und der Beschwerdeführer Analgetika weder als Dauer- noch als Bedarfsmedikation einnehme, was bei der von ihm angegebenen Schmerzintensität eigentlich zu erwarten wäre (Urk. 10/52 S.

36). Dr. Z.____ hielt fest, zusammenfassend erklärten sich die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden nur zu einem geringen Teil aus den angeführten Befunden und es bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren und radiologischen Befunden im Vergleich zu den demonstrierten Beschwerden und Schmerzen (Urk. 10/52 S. 38).

Hinsichtlich der Unfallkausalität hielt

Dr. Z.____ dafür, das Sturzereignis sei mit Blick auf die zeitnahe Dokumentation überwiegend wahrscheinlich als direktes Anpralltrauma zu werten. Ein solches sei gemäss wissenschaftlicher Literatur aber nicht geeignet, einen Riss in der Rotatorenmanschette zu bewirken, da diese durch den Musculus

deltoideus und das Acromion vor einer direkten Schädigung geschützt sei (Urk. 10/52 S. 38-39). Hinzu komme, dass weder im Arthro -MRI noch im Operationsbericht ein Knochenödem, welches richtungsweisend für eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette gewesen wäre, beschrieben worden sei. Sodann habe die ereignisnahe Sonographie des rechten Schultergelenks keinerlei Flüssigkeitsansammlung im Subacromialtraum gezeigt, was ebenfalls als Charakteristikum für eine traumatische Ruptur zu werten gewesen wäre. Schliesslich spreche die intraoperativ zur Darstellung gekommene Rotatorenmanschetten -Massenläsion gegen eine Unfallkausalität und für einen vorbestehenden degenerativen Schaden. Ein solcher habe sich über Jahre hinweg langsam entwickelt. So sei der Beschwerdeführer bereits im Jahre 1997 unter der Diagnose einer Periarthropathia

humeroscapularis behandelt worden. Dass trotz degenerativer Veränderungen ein weitestgehend asymptomatischer Verlauf bestehen könne, rühre daher, dass der Musculus deltoideus kompensatorisch den Teilausfall der Supraspinatussehne übernehmen könne. Durch die aus dem Sturz auf die rechte Schulter resultierende Quetschung beziehungsweise Prellung des Musculus

deltoideus sei es im Anschluss an das Ereignis zu einer schmerzhaften Abduktionshemmung gekommen (Urk. 10/52 S. 40). Zusammenfassend kam Dr. Z.____ unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde zum Schluss, dass die Rotatorenmanschetten -Massenläsion der rechten Schulter allenfalls möglicherweise, nicht aber überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 17. Mai 2010 stehe, sondern auf die bereits vor diesem Ereignis vorhandenen erheblichen degenerativen Veränderungen zurückzuführen sei (Urk. 10/52 S.

43). Durch die Kontusion des rechten Schultergelenks sei es zu einer vorübergehenden Verschlechterung des krankhaften Vorzustandes gekommen und sei unter Berücksichtigung des erheblichen Vorzustandes von einem Fallabschluss spätestens drei bis vier Monate nach dem Ereignis auszugehen (Urk. 10/52 S. 44). Mithin fehle es an einer Funktionseinschränkung und insbesondere an einer solchen des rechten Schultergelenks mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, welche überwiegend wahrscheinlich auf das Sturzereignis zurückzuführen sei (Urk. 10/52 S.

45), womit auch die Frage nach einem allfälligen Integritätsschaden entfalle (Urk. 10/52 S.

47). Unfallunabhängig bestehe aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht in Folge der eingeschränkten Belastbarkeit des rechten Schultergelenks und des Achsenorgans keine Arbeitsfähigkeit mehr für die bisherige Tätigkeit. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer demgegenüber vollständig arbeitsfähig (Urk. 10/52 S. 46). 4. 4.1

Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach die Verletzungen an der Rotatorenmanschette

auf den Sturz vom 17. Mai 2010 zurückzuführen

seien (E.

1.2),

ist gestützt auf die Einschätzung von

Dr. Z.____

davon auszugehen, dass bloss ein allenfalls möglicher Zusammenhang der fraglichen Verletzungen mit dem Sturzereignis zu erkennen ist (E. 3.7). Dr. Z.____

legte in ausführlicher Auseinandersetzung

mit den Vorakten nachvollziehbar dar, dass das Unfallereignis als direktes Anpralltrauma nicht geeignet ist, einen Riss in der Rotatorenmanschette zu bewirken und dass sich denn auch in der unfallnahen Dokumentation keinerlei Hinweise für eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette

finden liessen. So ist weder ein Knochenödem aktenkundig, noch wurde zeitnah eine Flüssigkeitsansammlung dokumentiert (E. 3.2). Dass sich die Ruptur intraoperativ bestätigen liess (E.

3.4), trägt - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8) - nichts zur Frage der Unfallkausalität bei. Ebenso wenig kann der Beschwerdeführer aus der Umschreibung, bei der Subscapularissehne

liege eine „frischere Ruptur“ vor (E. 3.3), etwas für sich gewinnen, fehlt es doch an einer Auseinandersetzung mit der Frage, ob die genannte Verletzung überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurückzuführen sei

(E.

3.3; Urk. 10/10)

beziehungsweise wird die Verletzung an anderer Stelle als „wahrscheinlich“ frischere Ruptur bezeichnet (Urk. 10/15), was eben gerade nicht zu genügen vermag (E. 2.2). Sodann führt auch die Feststellung alleine, vor dem Unfallereignis hätten keinerlei Beschwerden an der rechten Schulter imponiert (E. 1.2),

nicht zum erforderlichen Nachweis der Unfallkausalität (vgl. BGE 119 V 342 E. 2b/bb; Urteil des Bundesgerichts 8C_369/2010 vom 17. Dezember 2010). Ins Gewicht fällt demgegenüber, dass erhebliche degenerative Veränderungen im

Bereich des rechten Schultergelenks aktenkundig sind (E.

3.2) und der Beschwerdeführer bereits in früheren Jahren an einer Periarthropathia humeroscapularis

(beidseits) litt (Urk. 10/4). Angesichts dieser Aktenlage

ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung von Dr. Z.____ abgestellt hat und davon ausgegangen ist, dass die fraglichen Verletzungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das genannte Unfallereignis zurückzuführen sind

(E. 1.1; E. 3.7). 4.2

Hieran ändert nichts, dass der Konsiliararzt der Beschwerdegegnerin im Herbst 2010 (Urk. 10/14)

eine richtungweisende Verschlechterung durch das Sturzereignis angenommen und

eine Unfallkausalität als überwiegend wahrscheinlich erachtet hat te . Es ist der
Beschwerdegegnerin - auch nach erfolgter Leistungs ausrichtung

- nicht verwehrt, gestützt auf zusätzliche Abklärungen und mithin in besserer Kenntnis der
Sachlage

die Unfallkausalität hinsichtlich künftige r

Leistungsausrichtungen zu verneinen (BGE 130 V 383 E. 2.3.1). Die nur sehr kurze und
summarisch gehaltene Einschätzung des Konsiliararztes vermag

keine begründeten Zweifel an der umfassende n

und nachvollziehbare n

Beurteilung von Dr. Z.____

zu erwecken . 4.3

Liegt damit weder eine unfallbedingte Sehnenruptur (E.

4.1) noch eine richtungsweisende Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes (E.

4.2) vor, sondern ist auf die in allen Teilen beweiswertig e (E. 2.4) Einschätzung von Dr.
Z.____

abzustellen, wonach die vorübergehende Verschlechterung des krankhaften Vorzustandes
längstens bis drei bis vier Monate nach dem Unfall ereignis

andauerte und es damit an einer unfallbedingten Funktionseinschränkung mit Auswirkung
auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mangelt (E. 3.7) , so sind keine weiteren
Leistungen der Beschwerdegegnerin mehr geschuldet. 5.

Nachdem die Beschwerdegegnerin auf eine Rückforderung der von ihr bereits erbrachten
Leistungen verzichtet (Urk. 2) , ist die Verweigerung weiterer Leistungen rechtmässig (BGE
130 V 384). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic . iur . Y. ____ - Sympany Versicherungen AG -
Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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 1
5. 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstMöckli

E. 8

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) invalid, 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).

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