

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00294 vom 23. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00294

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00294 du 23 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00294 del 23 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1965, war ab 1. Februar 1988 als Knüpflerin bei der Y.____ angestellt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie sich am 12. Februar 2009 beim Versuch, ein herabfallendes Rohr festzuhalten, an verschiedenen Bereichen der rechten oberen Extremität verletzte (Urk. 7/1).

Die medizinische Erstversorgung fand am 21. April 2009 bei Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, statt; er diagnostizierte Schmerzen im Bereich des rechten Armes unklarer Ursache (Urk. 7/1 und Urk. 7/8). In der Folge wurden diverse bildgebende Untersuchungen durchgeführt (vgl. etwa Urk. 7/4, 7/6-8 und 7/14). PD Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersuchte die Versicherte am 18. August 2011 (Urk. 7/52). Am 4. Januar 2012 berichtete Dr. med. B.____ vom Spital C.____ über die Behandlung der Versicherten (Urk. 7/60; vgl. auch Urk. 7/73). Am 17. April 2012 wurde sie im Spital C.____ operiert (Urk. 7/78: Schulterarthroskopie rechts und arthroskopische Tenotomie der langen Bizepssehne und offene laterale Klavikuläresektion, Akromioplastik, Bursektomie und Tenodese der langen Bizepssehne rechts). Vom 3. bis 25. September 2012 hielt sich die Versicherte in der D.____ auf (Urk. 7/120). Am 1. November 2012 musste sie sich einem weiteren operativen Eingriff unterziehen (Urk. 7/139: Narkosemobilisation und arthroskopische

Adhäsionolyse

subakromial rechts). Am 5. November 2012 wurde in der D.____ eine berufliche Standortbestimmung durchgeführt (Urk. 7/153). Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, untersuchte die Versicherte am 18. April 2013 (Urk. 7/212; vgl. auch Urk. 7/213).

E. 1.1.1

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf eine Invalidenrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie

erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 130 V 121). Nach Art. 18 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung des Invaliditätsgrades in Sonderfällen. Er kann dabei auch von Art. 16 ATSG abweichen.

E. 1.1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen.

E. 1.2

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 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. 1.3

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).

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 Vorak ten (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). 2.

E. 2

Es sei der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente von 100 % zu zusprechen.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) aus, dass bei der Rentenprüfung einzig die Unfallfolgen an der rechten Schulter zu berücksichtigen seien. Soweit die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch anderweitige Beschwerden beeinträchtigt werde, seien diese im vorliegenden Zusammenhang irrelevant. Der Zumutbarkeitsbeurteilung der D.____ sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin leichte bis mittel schwere Tätigkeiten ohne ständige Überkopfarbeit ganztags zumutbar seien. Kreisarzt Dr. E.____ habe diese Einschätzung bestätigt. Die aufgelegten Dokumentationen über Arbeitsplätze (DAP) berücksichtigten diese Einschränkungen, da es sich durchwegs um leichte bis sehr leichte Tätigkeiten handle. Aus den fünf DAP ergebe sich ein durchschnittliches Invalideneinkommen von Fr. 56'084.--. Da die Beschwerdeführerin sich auch im Gesundheitsfall beruflich neu hätte orientieren müssen, weil ihre frühere Arbeitgeberin die Produktion aus wirtschaftlichen Gründen aufgegeben habe, sei das Valideneinkommen gestützt auf die statistischen Werte der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu ermitteln. Es sei somit von einem Validenlohn von Fr. 58'680.-- auszu gehen. Daraus ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 4,42 %.

Im vorliegenden Prozess liess die Beschwerdegegnerin an diesen Ausführungen festhalten und ergänzen, dass die von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte nichts an den zutreffenden und einleuchtenden Beurteilungen der D.____ und des Kreisarztes änderten. Die Beschwerdegegnerin habe die grundsätzliche Arbeitswilligkeit der Beschwerdeführerin nie in Zweifel gezogen. Allerdings bestehe eine Leistungspflicht nur für unfallbedingte Beeinträchtigungen. Die Beschwerdeführerin müsse an das effektive Unfallereignis vom 12. Februar 2009 erinnert werden. Sie habe versucht, ein herabfallendes Rohr festzuhalten und dabei einen Schmerz in der rechten Schulter verspürt. Erst rund 70 Tage nach diesem Vorfall habe sie sich erstmals in ärztliche Behandlung gegeben. Arbeitsunfähig sei sie nicht gewesen; sie habe bis zu ihrem Stellenverlust gearbeitet. Das bagatelläre Ereignis habe erst Bedeutung bekommen, als sie rund drei Jahre später ihren Arbeitsplatz aus wirtschaftlichen Gründen verloren habe (Urk. 6 und 18; vgl. auch Urk. 25).

E. 2.2

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vortragen, sie könne in ihrem jetzigen Zustand, herrührend vom Unfall an der rechten Schulter, beim besten Willen keiner Arbeit mehr nachgehen. Zu diesem Ergebnis sei insbesondere auch das Team zur beruflichen Standortbestimmung der D.____ gekommen. Seither hätten sich die Gesundheitsbeeinträchtigungen der sehr arbeitswilligen Beschwerdeführerin noch verstärkt. Die behandelnden Ärzte teilten die Ansicht der Beschwerdeführerin, dass sie nicht mehr

arbeiten könne. Die Beschwerdegegnerin gehe demgegenüber gestützt auf die Einschätzungen des Kreisarztes und der D.____ von falschen Voraussetzungen aus und knüpfe daran die falschen Folgen. Die Beschwerdeführerin könne die in den DAP beschriebenen Arbeiten gesundheitsbedingt nicht ausführen. Der Kreisarzt sei voreingenommen gewesen und habe die ihm vorgelegten Fragen zum Teil „schnöde“ beantwortet, was aus den Akten hervorgehe. So habe er etwa erklärt, dass es nicht an ihm sei, die Kausalität eines Unfallereignisses zu beurteilen. Das sei eine administrativ-juristische Angelegenheit. Auch sonst seien die Äusserungen des Kreisarztes „gehässig“ und apodiktisch gewesen. Die Schmerzen seien durch den Unfall vom 12. Februar 2009 ausgelöst worden, und zwar so, dass die Nerven im Hals-Schulter-Nackebereich geschädigt worden seien. Bei Schulterbeschwerden sei es in der Regel so, dass der Patient Schmerzen und Parästhesien im gesamten Nacken-, Schulter-, Arm- und Handbereich habe. Die psychiatrische Beurteilung durch den Kreisarzt und die D.____ sei pauschal und unqualifiziert gewesen; sie dienten nur der Stimmungsmache. Auch die neurologischen Auswirkungen des Unfalls seien nicht berücksichtigt worden. Die behandelnden Fachleute seien allesamt zum Schluss gelangt, dass die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig sei. Denkbar seien höchstens Verweistätigkeiten, in der sie den rechten Arm nicht gebrauchen und nichts heben müsse (Urk. 1 und 13; vgl. auch Urk. 20).

Weiter liess die Beschwerdeführerin ausführen, aus dem Bericht ihres ehemaligen Vorgesetzten ergebe sich, dass die Schmerzen auf den erlittenen Unfall vom 12. Februar 2009 zurückzuführen seien. Diese Schmerzen hinderten sie seit der ersten Operation vom 11. April 2012, irgendeiner Arbeit nachzugehen. Zudem sei auch die Adäquanz zu bejahen: Der Schlag auf die Schulter sei geeignet gewesen, eine Arbeitsunfähigkeit hervorzurufen. Die ärztliche Behandlung habe ungewöhnlich lange gedauert. Die körperlichen Dauerschmerzen seien unerträglich. Die ärztlichen Behandlungen, namentlich die beiden Operationen, hätten die Unfallfolgen erheblich verschlimmert. Der Heilungsverlauf sei schwierig und mit erheblichen Komplikationen verbunden gewesen. Schliesslich sei die Beschwerdeführerin seit der ersten Operation dauernd und vollständig arbeitsunfähig gewesen (Urk. 33).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 3

Nachfolgend werden aus den umfangreichen medizinischen Akten nur diejenigen Berichte wiedergegeben, die zur Erhellung der streitentscheidenden Fragen betreffend Kausalität und Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beitragen können:

E. 3.1

Der erstbehandelnde Arzt Dr. Z.____ führte in seinem Bericht vom 11. Mai 2010 (Urk. 7/8) aus, die Erstbehandlung habe am 21. April 2009 stattgefunden. Die Beschwerdeführerin habe ihn wegen Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und wegen des Einschlafens der rechten Hand aufgesucht. Sie habe insbesondere über Schmerzen im Bereich der Supraspinatussehne geklagt. Die Ursache der Schmerzen und die Kausalität seien unklar. Eine Arbeitsunfähigkeit sei in seiner Krankengeschichte nicht festgehalten.

E. 3.2

Dr. med. F.____ , Facharzt FMH für Neurologie, äusserte sich in seinem Bericht vom 10. Juni 2009 (Urk. 7/13) dahingehend, dass er für die geklagten Beschwerden keine Ursache habe finden können. Insbesondere habe sich weder ein Karpaltunnelsyndrom noch eine radikuläre Schädigung objektivieren lassen. Da auch Nackenschmerzen vorhanden seien, empfehle sich zunächst Physiotherapie.

E. 3.3

Dr. med. B.____ , Belegarzt Traumatologie, vom Spital C.____ diagnostizierte am 8. Juni 2010 eine Brachialgie rechts ungeklärter Ätiologie sowie eine ausgeprägte Impingementsymptomatik der rechten Schulter mit Hals-, Schulter-, Armsyndrom rechtsseitig bei Diskusprotrusion C3/C4 und C4/C5. Die Beschwerdeführerin sei vorläufig zu 100 % arbeitsfähig. Bei ihrer Arbeitgeberin werde jedoch aktuell Kurzarbeit geleistet, das heisse zwei bis drei Tage pro Woche. Mehr könnte die Beschwerdeführerin wahrscheinlich wegen der Schmerzen sowieso nicht arbeiten (Urk. 7/12).

E. 3.4

Dr. med. G.____ , Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, diagnostizierte am 23. Juni 2010 (Urk. 7/14) eine posttraumatische Periarthritis humeroscapularis

tendopathica rechts mit sekundär ausgebildete m

zerviko-spondylogemem Syndrom rechtsbetont, traumatischer Verletzung des AC-Gelenks rechts und einer Hämato bursa

subacromialis rechts.

E. 3.5

Dr. B.____ führte in seinem Bericht vom 15. Mai 2012 (Urk. 7/91) aus, dass vier Wochen nach der Schulteroperation ein ausgeprägtes postoperatives Impingementsyndrom mit Entzündungszeichen im Schulterbereich periartikulär, aber auch mit Myogelosen im Schultermuskelbereich rechts vorhanden seien. Für körperlich schwere Arbeiten sei die Beschwerdeführerin ab 17. April 2012 für die Dauer von etwa drei bis vier Monaten arbeitsunfähig (vgl. auch Urk. 7/99 und 7/113, wobei im letztgenannten Bericht vom 26. September 2012 von einer Befristung der Arbeitsunfähigkeit und einer Beschränkung auf schwere Arbeiten nicht mehr die Rede war).

E. 3.6

Assistenzarzt Dr. med. H.____ und Oberärztin Dr. med. I.____ , Fachärztin für Chirurgie und Allgemeinmedizin, von der D.____ , wo die Beschwerdeführerin vom 3. bis 25. September 2012 hospitalisiert war, stellten in ihrem Bericht vom 26. September 2012 (Urk. 7/120) folgende Diagnosen (S. 1): A.

Unfall vom 12.02.2009: Schlag auf die rechte Schulter bei erfolglosem Auffangversuch eines schweren Metallrohres

A1 SLAP-Läsion und Tendinose der distalen Supraspinatussehne mit chronischem, therapieresistentem Impingementensyndrom -

17.06.2010 Arthro-MRI: ausgeprägte Tendinose der distalen Supraspinatussehne, SLAP-Läsion, beginnende AC-Gelenksarthrose -

17.04.2012 Schulterarthroskopie rechts und arthroscopische Tenotomie der langen Bizepssehne sowie offene laterale Klavikularesektion, Akromioplastik, Burssektomie und Tenodesis der langen Bizepssehne rechts B.

Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Kontribution an Hals-Schulter-Arm-Syndrom

-

05.06.2012 MRI HWS: C3/4: leichte breitbasige

Diskusprotrusion linksbetont mit leichter Einengung des linksseitigen Neuroforamens. C4/5: breitbasige

Protrusion mit sagittalem Spinalkanal Durchmesser in diesem Segment von 9 mm.

Geringfügige Einengung des linksseitigen Neuroforamens ohne Nervenwurzelkompression. C.

Coxalgie rechts -

12.03.2012 MR-Arthrographie rechte Hüfte: fünf kleine subchondrale Geöllzysten vorne im Acetabulum mit nur leichtgradigen angrenzenden Knorpelschäden. Weder Zeichen eines Cam- noch eines Pincer-Impingements D.

Leichte Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.2),

Akzentuierte Persönlichkeitszüge (perfektionistisch, leicht zwanghaft)

Bei Austritt aus der Klinik habe die Beschwerdeführerin über bewegungsabhängige Schulterschmerzen rechts, einen Hypertonus der Schulter-Nackennmuskulatur mit spannungsbedingten Kopfschmerzen und schmerzabhängige Durchschlafstörungen geklagt. Im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können (S. 4). Es sei eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte als diejenigen, die bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden seien. Infolge Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierten pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Aus psychiatrischer Sicht begründe die festgestellte psychische Störung aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. „Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Textildassistentin (Arbeitsvertrag ist nicht vorhanden): Arbeitszeit: Ganztags.“ Für andere berufliche Tätigkeiten bestehe folgendes Zumutbarkeitsprofil: „Zumutbarkeit in körperlicher Hinsicht: (Mindestens) leichte bis mittelschwere Arbeit. Spezielle Einschränkungen: Schulter rechts: nicht ständig über Kopf“ (S. 2).

E. 3.7

Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 8. Februar 2013 (Urk. 7/176) fest, dass die Beschwerdeführerin unter chronischen Schulterbeschwerden rechts leide, welche posttraumatisch 2009 begonnen und unterdessen

zu zwei Operationen geführt hätten. Nach der zweiten Operation sei es zu einer deutlichen Verschlechterung der Schmerzen gekommen, was einerseits auf eine retraktile

Kasulitis hinweise, andererseits bei präoperativ chronifizierten Schmerzen leider nicht selten auftrete. Die sehr arbeitswillige Beschwerdeführerin könne sicherlich die Schulter auch in Zukunft nicht mehr mit Belastung einsetzen. Sie habe ihre Stelle infolge Geschäftsaufgabe verloren. Da sie aber gerne weiterarbeiten möchte, sei eine Umschulung in einen Sektor mit leichter Wechselarbeit ohne Heben von Lasten beziehungsweise mit nur marginalem Einsetzen der rechten Schulter sinnvoll.

E. 3.8

Kreisarzt Dr. E. ___ führte in seinem Bericht vom 18. April 2013 (Urk. 7/212) aus, die Beschwerdeführerin klage über eine Verschlechterung der Situation durch die erste Schulteroperation rechts; und auch nach der zweiten Operation vom 1. November 2012 seien die Beschwerden nicht besser geworden. Es bestünden Schmerzen rechtsseitig im Nacken mit täglichen Kopfschmerzen bis in die Stirne rechts und einer subjektiv gestörten Sensibilität der rechten Gesichtseite, im Bereich der Schulter, insbesondere auch ventral über dem Schultergelenk, sowie ausstrahlend in den ganzen rechten Arm und alle vier Langfinger. Bei der klinischen Untersuchung habe er erhebliche Diskrepanzen, ein deutliches Schmerzdemonstrationsverhalten und zum Teil auch ein klar dysfunktionales Verhalten gefunden: Eine Faustschlusskraft von 5 kg auf der dominanten rechten Seite (Gegenseite 26 kg) sei medizinisch nicht erklärbar. Anhand der Umfangmasse mit etwas besserer Muskulierung des dominanten rechten Armes könne eine langdauernde Schonung der rechten oberen Extremität aus medizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Auch die erhebliche Einschränkung der bei der rein aktiven Untersuchung gezeigten HWS-Beweglichkeit habe kein Korrelat; während der ganzen übrigen Konsultation werde der Kopf normal mitbewegt, offensichtlich ohne Schmerzen. Klinische Hinweise auf ein radikuläres Ausfallssyndrom seien (ebenso wie in der bildgebenden Dokumentation) nicht vorhanden (S. 11).

Als unfallkausal sei das Schmerzsyndrom an der rechten Schulter zu betrachten, wobei sowohl in der Beurteilung der D. ___ als auch in derjenigen des behandelnden Schulterchirurgen Dr. B. ___ die Ätiologie unklar geblieben sei und medizinisch nicht nachvollzogen werden können. Ein Jahr nach der Indexoperation sei der Zustand offensichtlich seit Monaten stabil; deshalb sei der versicherungsmedizinische Fallabschluss jetzt zu forcieren. Er könne keine erfolgversprechenden alternativen Therapieoptionen nennen (S. 11).

Das in D. ___ erstellte Zumutbarkeitsprofil sei nach wie vor korrekt. Die Beschwerdeführerin beschreibe aktuell die genau gleichen Schmerzen wie vor der zweiten Operation. Weiterhin zu übernehmen seien die Schmerzmedikamente, sofern sie der Behandlung der rechten Schulter dienen. Nicht zu übernehmen seien hingegen andere Medikamente und die kürzlich verordnete Physiotherapie; sie seien nämlich wegen der nicht unfallkausalen Nackenbeschwerden mit radikulärem Reizsyndrom C7 erforderlich (S. 12) angewendet worden.

Die unfallbedingt erlittene Integritätseinbusse schätzte Dr. E. ___ am 19. April 2013 auf 5 % (Urk. 7/213).

E. 3.9

Dr. B.____ hielt in seinem Bericht vom 7. August 2013 (Urk. 7/227) folgende Diagnosen fest: Chronifiziertes

brachiozephalales Schmerzsyndrom mit Verdacht auf retraktile

Kapsulitis der rechten Schulter bei -

Status nach Narkosemobilisation und arthroskopischer

Adhäsionslyse

sub acromial rechte Schulter am 01.11.2012 -

lateraler Clavikularesektion, Akromioplastik, Burssektomie und Tenodesen der langen Bizepssehne rechts am 17.04.2012 -

Status nach Schultertrauma rechts am 12.02.2009 -

radikulärem Reizsyndrom C7 rechts (nicht unfallkausal, SUVA-Beurteilung)

Es besteht eine Schmerzsymptomatik vom Nacken über die Schulter sporadisch bis zum rechten Ellbogen. Die rechte Hand sei nicht schmerzhaft. Die Sensibilität und das subjektive Gefühl seien von der Schulter bis zu den Fingerspitzen nicht mehr normal, das heisse nicht gleich wie am linken Arm. Die Schulterfunktion sei in allen Bewegungen schmerzbedingt und auch kraftbedingt stark eingeschränkt. Die lange Bizepssehne sei keine Schmerzursache. Klinische Hinweise für eine Frozen

shoulder finde er nicht. Die rechte Schulter sei passiv recht gut und frei beweglich; die Scapula bewege sich erst ab etwa 80° Abduktion mit. Für die Sensibilitätsstörungen habe er keine Erklärung. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 17. April 2012 nicht mehr arbeitsfähig. Aktuell könne die Beschwerdeführerin mit den genannten körperlichen Einschränkungen keine Arbeit suchen, da sie nicht einmal die geringsten körperlichen Tätigkeiten mit dem rechten Arm über mehr als 20 bis 30 Minuten ausführen könne.

E. 3.10

Am 2. September 2013 ergänzte Dr. B.____, dass er zu einer anderen Beurteilung des Zustandes der Beschwerdeführerin komme als die Beschwerdegegnerin, insbesondere auch was die Arbeitsfähigkeit betreffe. Seines Erachtens sei die Beschwerdeführerin mit den jetzt erhobenen objektiven und subjektiven Schmerzangaben des Hals-, Schulter- und Armsyndromes in einer belastenden manuellen Tätigkeit nicht arbeitsfähig, vor allem wenn der rechte Arm und die rechte Schulter eingesetzt werden müssten. Es käme höchstens eine ganz leichte Montagetätigkeit in Frage. Aber auch diesbezüglich sei die sehr begrenzte Dauer eines Einsatzes zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin könne ihren rechten Arm nicht über längere Zeit, sicher beispielsweise nicht halbtags, belasten. Der Unfall vom 12. Februar 2009 habe ein doch erhebliches Trauma nach sich gezogen mit einer grossen Hämatombildung. Trotzdem habe sie anfänglich weiter ihre Arbeit ausgeführt, mit täglichen Schmerzen und aus Loyalität zu ihrer Arbeitgeberin, bis diese den Betrieb Ende April 2012 eingestellt habe. Erst dann und nach unzähligen physiotherapeutischen und anderen Therapieversuchen (Kortisoninfusion und Neuraltherapie) habe man sich zu operativen Eingriffen entschlossen, die aber keine wesentlichen Besserungen ergeben hätten. Dieser therapieresistente Schmerzverlauf sei gerade nach Schulteroperationen bekannt. Die Ursache dieser Schmerzen könne leider im organischen Sinne nicht immer objektiviert werden. Das zuletzt aufgefundene C7-Reizsyndrom am Hals sei ein

Puzzlestein, der zu den insgesamt vorhandenen Hals-, Schulter- und Arm schmerzen führe. Die Chronifizierung der jahrelangen Schmerzen sei natürlich ein weiterer negativer Punkt in der Entwicklung des Schmerzens. Aber natürlich könne diese ganze Leidens- und Schmerzgeschichte nicht nur auf rein anato mische Begebenheiten zurückgeführt werden. Nach den jahrelangen Schmerzen spiele auch eine psychische Komponente in der Schmerzaufrechterhaltung mit. Dabei müsse man aber berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin bis zur ersten Operation mit starken Schulterschmerzen weitergearbeitet habe und auch jetzt wieder arbeiten möchte. Die sehr arbeitswillige Beschwerdeführerin werde die Schulter auch in Zukunft nicht mehr mit Belastung einsetzen können. Des halb sei der ganze Fall sicherlich neu zu untersuchen und zu beurteilen (Urk. 7/235).

E. 3.11

Dr. K.____, Chiropraktorin, äusserte sich in ihrem Bericht vom 12. September 2013 (Urk. 7/240) dahingehend, dass sie den kreisärztlichen Bericht weder ver stehen noch akzeptieren könne. Sie habe - im Gegensatz zu Dr. E.____ - eine klare Sensib i litätsveränderung im Sinne einer Hypästhesie über dem rechten Nacken-Schulterbereich bis hin zur Hand festgestellt. Auch hätten ihre Messun gen des Oberarmumfangs und des Faustschlusses ganz andere Werte ergeben als diejenigen, die von Dr. E.____ festgehalten worden seien. Tatsache sei, dass die Beschwerdeführerin wegen der Schmerzen nicht fester zudrücken könne, was medizinisch als schmerzbedingte Einschränkung bezeichnet werde. Die Be schwerdeführerin, eine einst sehr starke und zähe Frau, die unter starken Schmerzen arbeiten gegangen sei, sei mittlerweile sehr erschöpft und resigniert. An ihren Aussagen sei nicht zu zweifeln. Sie sei das komplette Gegenteil einer Patientin, die ein Rentenbegehren habe. Sie rate angesichts dessen, dass der Auffassung von behandelnden Ärzten in der Regel weniger Glauben geschenkt werde, zur Einholung eines Gutachtens.

E. 3.12

Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Chirurgie, führte in seinem Bericht über die Untersuchungen vom 27. Oktober und 13. November 2014 (Urk. 21) aus, dass die komplizierte Geschichte für ein Schulterleiden rechts spreche, das im Prinzip weder durch die erste noch durch die zweite Operation günstig habe beeinflusst werden können. Eine Irritation der Nerven durch die Halswirbelsäule habe mehr oder weniger ausgeschlossen werden können. Somit bleibe eine neurologische Symptomatik, die nicht geklärt sei. Nach Aussagen der Beschwerdeführerin hätten die neurologischen Beschwerden vor allem nach der zweiten Operation begonnen und seien erst dann wirklich relevant geworden. Es bleibe die Frage, ob durch die Narkosemobilisation und die Adhäsologie ein Teil des Nervus axillaris beschädigt worden sei. Weiter sei fraglich, ob durch die Überdehnung der caudalen Kapsel auch eine Überdehnung des Nervus

axillaris erfolgt sei. Die klinische Untersuchung erlaube eine einschliessende, ruckartige Schmerzhaft igkeit bei allen aktiven selbständigen sowie auch geführten Bewegungen im rechten Schultergelenk. Sicher vermöge die Beschwerdeführerin die Schulter recht gut zu heben und zu abduzieren, aber sehr verlangsamt und unter immer wieder eintretenden ruckartigen Schmerzen. Der Impingement -Test nach Neer sei stark positiv. Die Palpation des Sulcus

intertubercularis sei stark schmerz haft. Der Supraspinatussehnen -Ansatz sei schmerzhaft. Der Jobe -Test sei an sich negativ; ebenfalls sei der Infraspinatus wohl geschwächt, aber in

der Kontinuität wohl in Ordnung. In der Zwischenzeit habe auch eine Symptomausweitung stattgefunden; die Beschwerdeführerin klagt jetzt auch über Gefühlsstörungen an der rechten Gesichtshälfte. Es sei auch zu überlastungsbedingten Schmerzen in der linken Schulter gekommen.

Das Arthro-MRI vom 13. November 2014 habe ausgedehnteste Verwachsungen und eine doch erhebliche Subscapularis-Ruptur gezeigt. Gleichzeitig sei auch der Recessus axillaris nicht voll entfaltet. Auf dem Arthro-MRI erkenne er eine massive subacromiale Verschwärtung mit vollständigem Aufheben des Subacromialraumes. Eine Bursa acromialis oder eine Neo-Bursa subacromialis existierten nicht. Dies allein könne schon einen Grossteil der Beschwerden verursachen. Dazu komme, dass im Bereich des Subscapularis ein grosser Kontrastmittel-Austritt in die Bursa subcoracoidalis bestehe durch eine erhebliche Subscapularis-Ruptur/Läsion. Diese Ruptur könne durchaus durch die zweite Operation entstanden sein. Sie führe zu einer erheblichen Schwächung der Schulterzentrierung. Die Bicipitenodese könne gut eingesehen werden und sei auf dem Arthro-MRI eher unverdächtig. Die SLAP-Läsion sei ausgedehnt. Am oberen Glenoidal-Limbus-Rand sei noch ein grosser Bicepssehnenstumpf sichtbar. Auch der Recessus axillaris sei nur unvollständig entfaltet; das Kapselbandgewebe sei noch stark verdickt. Insgesamt handle es sich um eine schwer beeinträchtigte Schulter. Gemäss klinischer Untersuchung, welche mit der Arthro-MRI-Untersuchung korreliere, könne er festhalten, dass es sich um klare Pathologien handle, die vor allem auch postoperativ oder intraoperativ verursacht worden seien. Diese Pathologien würden die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden vollumfänglich erklären. Er habe der Beschwerdeführerin erklärt, dass im Prinzip nur eine Revisions-Operation Abhilfe schaffen könne, in der Schicht für Schicht inspiziert und saniert werde. Dies beginne oben beim Akromion mit der Entfernung der ausgedehntesten Verschwärtungen mit vollständigem Release des Subacromialraumes, der Revision der Rotatorenmanschette, insbesondere des Subscapularis und Versorgung desselben, sowie der Revision des Limbus glenoidalis apikal und eventuell der Refixation des abgelösten Limbus. Dies alles sei nur durch eine offene Operation möglich. Es könne nicht garantiert werden, dass die Beschwerdeführerin eine voll funktionierende Schulter erhalten werden, aber er sei beinahe sicher, dass sie eine erhebliche Verbesserung der Schmerzhaftigkeit und der Funktion erwarten dürfe, so dass sie wieder arbeiten könne.

E. 4.1

Aus den wiedergegebenen Arztberichten ist ersichtlich, dass nach wie vor erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen an der rechten oberen Extremität, insbesondere der rechten Schulter, der Beschwerdeführerin vorhanden sind. Dass diese Gesundheitsbeeinträchtigungen grundsätzlich auf das Unfallereignis vom 12. Februar 2009 zurückzuführen sind, wird zu Recht auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten, zumindest nicht substantiiert. Soweit die Beschwerdeführerin erstmals in ihrer Replik vom 25. Juni 2014 einen Zusammenhang der aktuellen Beschwerden mit dem Unfallereignis unter Hinweis auf die lange Zeitspanne zwischen Unfall und Operationen in Frage stellt (Urk. 18

S. 4) ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin nach Auskunft zweier ehemaliger Vorgesetzter nach dem Unfall unter Schmerzen und aus Loyalität zur Firma bis zur Schliessung weiterarbeitete (Urk. 14/240 und Urk. 27, vgl. auch Urk. 7/78). Das In-Frage-Stellen des Vorliegens einer erheblicheren Verletzung scheidet bereits an den

echtzeitlichen bildgebenden Untersuchungsergebnissen (Sonographien vom 23. Dezember 2009 [Urk. 7/14/5], 9. April 2010 [Urk. 7/6], MRI-Untersuchung vom 17. Juni 2010 [Urk. 7/23]) und den anlässlich der ersten Operation gewonnenen Erkenntnissen (chronisches therapieresistentes posttraumatisches Impingementsyndrom rechte Schulter bei SLAP-Läsion und symptomatischer AC-Gelenksarthrose und Tendinitis der langen Bizepssehne rechts, Urk. 7/78). Bei dieser Aktenlage ist das Vorbringen, diese (wie auch die zweite) Operation seien lediglich aufgrund krankheitsbedingter Beeinträchtigungen notwendig geworden (Urk. 18 S. 4), nicht zu hören, zumal dies in der medizinischen Aktenlage keine Stütze findet und auch Kreisarzt Dr. E. ___ nichts Derartiges äusserte (Urk. 7/212).

Uneinigkeit besteht zwischen den Parteien hinsichtlich der Frage, inwieweit die Beschwerdeführerin durch diese unfallbedingte Schädigung in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wird. Insoweit zeichnen auch die medizinischen Akten kein einheitliches Bild. Die Beschwerdegegnerin machte sich die Beurteilungen von Kreisarzt Dr. E. ___ und der D. ___

zu eigen, wonach die Beschwerdeführerin nicht nur als Textilassistentin, sondern auch in jeder anderen leichten bis mittelschweren Arbeit, soweit diese mit der rechten Extremität nicht ständig über Kopf ausgeübt werden müsse, vollumfänglich arbeitsfähig sei (E. 3.6 und 3.8). Bereits Dr. J. ___ widersprach dieser Ansicht, indem er die Meinung vertrat, dass (lediglich) eine leichte Wechselarbeit ohne Heben von Lasten beziehungsweise mit nur marginalem Einsatz der rechten Schulter sinnvoll sei (E. 3.7). Dr. B. ___ erklärte, dass die Beschwerdeführerin seit dem 17. April 2012 nicht mehr arbeitsfähig sei. Sie könne nicht einmal die geringsten körperlichen Tätigkeiten mit dem rechten Arm über mehr als 20 bis 30 Minuten ausführen (E. 3.9). Er widersprach der kreisärztlichen Einschätzung grundlegend (E. 3.10). Auch die Chiropraktin

Dr. K. ___ wies den kreisärztlichen Bericht als unverständlich zurück (E. 3.11). In dieses Bild fügt sich schliesslich der ausführliche Bericht von Dr. L. ___ über die klinischen und bildgebenden Untersuchungen vom 27. Oktober und 13. November 2014 (E. 3.12). Dr. L. ___ kam - nicht zuletzt durch die durchgeführte MRI-Untersuchung - zum Schluss, dass eine massive subacromiale

Verschmäuerung mit vollständigem Aufheben des Subacromialraumes vorliege. Eine Bursa acromialis oder eine Neo-Bursa subacromialis existierten nicht. Hinzu komme eine erhebliche Subscapularis-Ruptur /Läsion. Diese Ruptur könne durchaus durch die zweite Operation entstanden sein. Sie führe zu einer erheblichen Schwächung der Schulterzentrierung. Insgesamt handle es sich um eine schwer beeinträchtigte Schulter. Gemäss klinischer Untersuchung, welche mit der Arthro-MRI-Untersuchung korreliere, könne er festhalten, dass es sich um klare Pathologien handle, die vor allem auch postoperativ oder intraoperativ verursacht worden seien. Diese Pathologien würden die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden vollumfänglich erklären. Eine Verbesserung - so Dr. L. ___ weiter - sei nur durch eine offene Operation möglich. Auch diesfalls könne aber nicht garantiert werden, dass die Schulter jemals wieder voll funktionstüchtig werde. Es sei aber beinahe sicher, dass durch die Operation eine erhebliche Verbesserung der Schmerzhaftigkeit und der Funktion erzielt werden könne.

Die Einschätzung von Dr. L. ___ vermag zu überzeugen und ist nachvollziehbar. Von ihm stammt - gemäss derzeitiger Aktenlage - die einzige detaillierte Erklärung für die von der

Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden; zudem kann er sich dabei auf aktuelle bildgebende Untersuchungen stützen. Hinzu kommt, dass seine Einschätzungen in dasjenige Bild passen, das bereits von den Dres. J.____, B.____ und K.____ gezeichnet wurde. Obwohl sich Dr. L.____ nicht ausdrücklich zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äusserte, geht aus seinem Bericht implizit hervor, dass er mit der kreisärztlichen Einschätzung und mit dem in D.____ erstellten Zumutbarkeitsprofil, wonach die Beschwerdeführerin praktisch uneingeschränkt einer mittelschweren Arbeit nachgehen könnte, nicht einig geht, spricht er doch - gestützt auf die Ergebnisse der MRI-Untersuchung - ausdrücklich von einer schwer beeinträchtigten Schulter.

Aus dem Gesagten folgt, dass sich die Beurteilungen und Einschätzungen von Dr. L.____ (sowie der Dres. J.____, B.____ und K.____) als überzeugender und nachvollziehbarer erweisen als diejenigen, auf die sich die Beschwerdegegnerin stützte. Dies gilt insbesondere auch für die Einschätzung von Dr. L.____, dass die Beschwerden an der rechten Schulter durch eine Reoperation erheblich verbessert werden könnten.

E. 4.2

Aus dem Gesagten folgt, dass die medizinischen Akten in zweierlei Hinsicht keine genügende Grundlage zur Beantwortung der streitentscheidenden Frage bilden, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Zum einen ist nämlich aufgrund des detaillierten Operationsvorschlags von Dr. L.____, der sich von einer Reoperation erhebliche Verbesserungen verspricht, unklar, ob der medizinische Endzustand bereits eingetreten ist. Falls dies nicht der Fall sein sollte, hätte die Beschwerdegegnerin die Rentenfrage ohnehin zu früh geprüft. Zum anderen liegt (selbst wenn man davon ausgeht, dass der medizinische Endzustand erreicht ist) kein überzeugendes Zumutbarkeitsprofil vor. Jedenfalls kann auf das in der D.____ noch vor der zweiten Operation erstellte Zumutbarkeitsprofil, das vom Kreisarzt pauschal als weiterhin gültig deklariert wurde, angesichts der von den übrigen Fachärzten nachvollziehbar und detailliert geäußerten Kritik nicht als Grundlage für die Invaliditätsbemessung dienen.

Somit erweist sich die Sache als nicht spruchreif. Demzufolge ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. November 2013 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die notwendigen Abklärungen veranlasst und hernach neu verfüge. Angesichts der Umstände erscheint es angezeigt, ein versicherungsunabhängiges Gutachten einzuholen.

E. 4.3

Soweit die Parteien im vorliegenden Prozess Ausführungen zum adäquaten Kausalzusammenhang von psychischen Beeinträchtigungen machten, ist darauf hinzuweisen, dass in der aktuellen medizinischen Aktenlage keine Anzeichen für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch psychische Gesundheitsstörungen vorhanden sind. Solche Beeinträchtigungen wurden zwar vereinzelt geschildert, was angesichts der langen Dauer der wenig erfolgreichen Behandlung der somatischen Unfallfolgen nicht erstaunt, eine eigenständige Bedeutung wurde ihnen - soweit ersichtlich - bislang aber nicht zugemessen. Angesichts des Ausgangs dieses Prozesses erübrigen sich weitere Ausführungen zum adäquaten Kausalzusammenhang etwaiger psychischer Gesundheitsbeeinträchtigungen mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit jedoch ohnehin.

E. 4.4

Schliesslich wirft die Methode der Bemessung des Invaliditätsgrades im angefochtenen Einspracheentscheid (vgl. Urk. 2 S. 5 f.) die Frage auf, ob es angemessen und korrekt ist, einerseits das Invalideneinkommen gestützt auf Dokumentationen von Arbeitsplätzen (DAP) und andererseits das Valideneinkommen anhand der Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu ermitteln. Angesichts des Ausgangs dieses Prozesses muss diese Frage nicht abschliessend beantwortet werden.

E. 5

Soweit die Beschwerdeführerin beantragen liess, es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr bis zum rechtskräftigen Entscheid eine auf einem Invaliditätsgrad von 100 % basierende Invalidenrente auszurichten, ist ihr entgegenzuhalten, dass im Bereich des Unfallversicherungsrechts Begehren, die auf eine provisorische Verpflichtung des Versicherungsträger zur Erbringung von Geldleistungen, (wenn überhaupt) sehr zurückhaltend gutgeheissen werden. Wie bei der Wiederherstellung der (zuvor vom Versicherungsträger entzogenen) auf schiebenden Wirkung eines Rechtsmittels ist eine Interessenabwägung vorzunehmen (vgl. dazu etwa Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, N 56 f. zu Art. 56 ATSG und N 37 zu Art. 61 ATSG mit Hinweisen).

Insoweit ist festzuhalten, dass die höchstrichterliche Praxis regelmässig den Entzug der aufschiebenden Wirkung bei Verfügungen schützt, mit denen eine laufende Rente im Revisionsverfahren herabgesetzt oder aufgehoben wird, und dabei das Interesse der Verwaltung an der Vermeidung möglicherweise nicht mehr einbringlicher Rückforderungen gegenüber demjenigen der Versicherten, nicht in eine vorübergehende finanzielle Notlage zu geraten, als vorrangig gewichtet (Barbara Kobel, in: Christian Zünd/Brigitte Pfiffner Rauber, Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, N 33 zu § 17 GSVGer mit Hinweisen; vgl. insbesondere auch BGE 105 V 266 E. 3). Entsprechendes gilt a fortiori im vorliegenden Fall.

Hinzu kommt, dass aufgrund der Aktenlage nicht mit der von der Rechtsprechung geforderten grossen Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Beschwerdeführerin letztlich (vollumfänglich) obsiegen wird

(vgl. dazu auch das Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 46/04 vom 24. Februar 2004 E. 4.1 und 4.2). Vielmehr erscheint es bei – summarischer und globaler Betrachtung – erfahrungsgemäss eher unwahrscheinlich, dass sie (selbst wenn dereinst grundsätzlich ein Rentenanspruch bejaht werden sollte) Anspruch auf eine auf einem Invaliditätsgrad von 100 % basierende Invalidenrente haben wird.

Aus dem Gesagten folgt, dass das Begehren um Erlass vorsorglicher Massnahmen abzuweisen ist.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin, sollten die weiteren Abklärungen tatsächlich die Beurteilung von Dr. L.____ erhärten, wo nach die unfallbedingte Behandlung noch nicht abgeschlossen ist, (weiterhin) einen Taggeldanspruch hat (vgl. Art. 16 UVG).

E. 6

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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-Stocker

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