

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00226 vom 27. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00226

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00226 du 27 mai 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00226 del 27 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1974, ist seit 1. Mai 2010 vollzeitlich als bauleitender Elektromonteur bei der Y.____ AG angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen Unfall folgen versichert. Gemäss Unfallmeldung vom 4. Oktober 2013 (Urk. 6/1) erlitt er am 16. Februar 2013 in „Z.____“ im Rahmen einer tätlichen Auseinandersetzung mit Schlägen auf Nacken, Schultern und Rücken so wie Reissen an den Haaren eine Mehrfachverletzung (Polyblessé).

Gestützt auf die Aktenbeurteilung von Kreisarzt Prof. Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie FMH, vom 16. Januar 2014 (Urk. 6/45) teilte die SUVA dem Versicherten am 30. Januar 2014 (Urk. 6/48) mit, dass der Status quo ante spätestens am 26. Februar 2013 wieder erreicht gewesen sei und sie die Versicherungsleistungen (Taggeld, Heilkosten) auf diesen Zeitpunkt hin einstelle. Am 14. April 2014 erliess sie auf Verlangen des Versicherten (Urk. 6/54) eine gleichlautende Verfügung (Urk. 6/59). Die von diesem am 27. Mai 2014 dagegen erhobene und am 24. Juni 2014 ergänzte Einsprache (Urk. 6/61, Urk. 6/63 S. 1 f.) wies die SUVA mit Entscheid vom 14. August 2014 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

In der angefochtenen Entscheidung (Urk. 2 S. 3 Ziff. 1) wurden die Bestimmungen über den Anspruch auf Leistungen der

obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG) und die Grundsätze über den für einen Leistungsanspruch nebst anderem vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und eingetretene m Schaden (BGE 129 V 177 E.

3.1 mit Hinweisen) zutreffend wiedergegeben. Richtig sind auch die Hinweise zum Wegfall des ursächlichen Zusammenhangs und damit des Leistungsanspruchs der versicherten Person bei Erreichen des Status quo sine vel ante (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen) und zu dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE

129 V 177 E.

3.1 mit Hinweisen). Darauf wird verwiesen.

E. 1.2

Ergänzend ist festzuhalten, dass hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes entscheidend ist, 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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweis). In solchen Fällen sind jedoch an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis).

E. 2

Dagegen erhob X. am 18. September 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, der angefochtene Entscheid vom 14. August 2014 sei aufzuheben und die SUVA sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 16. Februar 2013 auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte er insbesondere um Bestellung von Rechtsanwalt Jürg Leimbacher als unentgeltlichen Rechtsvertreter. Die SUVA schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2014 (Urk. 5) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 23. Oktober 2014 (Urk. 10) mitgeteilt wurde. Daraufhin reichte er mit Eingabe vom 3. November 2014 (Urk. 11) den Bericht von Dr. med. B., FMH Orthopädische Chirurgie, spez. Wirbelsäule, vom 26. September 2014 (Urk. 12) ein. Davon wurde der SUVA am 6. November 2014 (Urk. 13) Kenntnis gegeben. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 3 ff.) gestützt auf die Aktenbeurteilung von Prof. Dr. A. vom 16. Januar 2014 und unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Unfallkausalität von Diskushernien davon aus, ein Zusammenhang zwischen den Beschwerden, derentwegen der Beschwerdeführer ab 25.

Februar 2013 in ärztlicher Behandlung gestanden habe, und dem Ereignis vom 16. Februar 2013 sei

nicht

überwiegend wahrscheinlich. Die Frage, in welchem Zeitpunkt gegebenenfalls ein Status quo ante/sine erreicht gewesen sei, stelle sich damit nicht. Entsprechend habe – entgegen ihrer Verfügung 14. April 2014 – auch bis zum 25. Februar 2013 respektive für die ärztliche Erstbehandlung kein Leistungsanspruch bestanden, wobei es jedoch

nicht angezeigt sei, darauf zurückzukommen. An diesem Standpunkt hielt sie im vorliegenden Verfahren fest (Urk. 5).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer anknüpfend an die Rechtsprechung zur Unfallkausalität von Diskushernien ein (Urk. 1 S. 3 f.) , seine Kontrahentin

habe ihn bei der Auseinandersetzung von hinten kräftig an den Haaren gerissen und so seinen Kopf ruckartig bis zum Anschlag nach hinten gezogen. Die Gewalt einwirkung auf die Halswirbelsäule (HWS) und insbesondere die Bandscheiben sei somit massiv gewesen . Die Beschwerden seien ferner bereits einen Tag später, also nach kurzer Latenzzeit, aufgetreten. Die besonderen Voraussetzungen für die Annahme einer Unfallkausalität der heutigen Beschwerden seien deshalb gegeben und die Beschwerdegegnerin habe ihm Leistungen gemäss UVG auszurichten. In seiner Eingabe vom 3. November 2014 (Urk. 11 S. 2 f.) bekräftigte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf den damit eingereichten Bericht von Dr. B.____ vom 26. September 2014 (Urk. 12) seine Auffassung, wonach die Voraussetzungen für die Annahme einer unfallkausalen Diskushernie erfüllt seien. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan, dass er immer noch unter den Folgen des Unfalls vom 16. Februar 2013 leide.

E. 3

Am 22. März 2013 attestierte Dr. C.____

– nun infolge Unfalls

– eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 22. März bis 7. April 2013

(Urk. 6/15 /1). Sodann bescheinigte sie mit Zeugnissen vom 25. März und 5. April 2013 (Urk. 6/11 , Urk. 6/9/2) eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % rückwirkend vom 25. Februar bis 10. April 2013 und eine solche von 50 % vom 11. bis 30. April 2013 (vgl. auch Unfallschein , Urk. 6/35).

Arbeitsunfähigkeiten in gleicher Höhe vermerkte die Hausärztin auch

im Krankenschein an den Krankentaggeldversicherer ,

zuletzt visitiert am 8. Juli 2013 (Urk. 6/9/1) .

E. 3.14

Ergänzend berichtete Dr. B.____ am 26. September 2014 (Urk. 12) zuhanden des Rechtsvertreters, es müsse aufgepasst werden , dass hier keine wesentliche Konfusion veranstaltet werde bezüglich der vorbestehenden Beschwerden. Der anlagebedingt enge Spinalkanal

im Bereich der oberen HWS führe immer wieder ,

auch jetzt noch nach erfolgter Operation , zu entsprechenden Beschwerden. Wesentlich neu sei aber, dass der Beschwerdeführer nach dem Handgelenge vom 16. Februar 2013 stärkere Beschwerden verzeichnet und eine polizeiliche Meldung erstattet habe. Die nur zehn Tage später durchgeführte MRI-Untersuchung habe gezeigt , dass er ein Luxat , d.h. eine grosse Diskushernie aufweise mit heftigsten Armschmerzen, welche nichts mit den obigen Beschwerden zu tun habe und man aber auch als Bandscheibenvorfälle bezeichnen könne.

Aufgrund dieser Persistenz , des objektivierbaren Ausfallsyndroms auf C6/7 korrespondierend und der sensomotorischen Potentiale (SSEP) auf der rechten Seite habe der Beschwerdeführer eindeutig ein neues Ereignis aufgewiesen, denn er könne sich nicht vorstellen, dass dieser vor dem fraglichen Unfall langfristig ohne Ergreifung weiterer

Massnahmen mit einem Ausfall herum gelaufen wäre. Kurzum habe der Unfall zu einem Bandscheibenvorfall geführt, nicht im Bereich der vorbestehenden Probleme an der oberen HWS. Dieses Ereignis sei richtungsweisend verschlechternd sowie

persistierend gewesen und habe letztlich aufgrund der Ausfälle zur Operation geführt, dies im Bewusstsein, dass die anderen HWS-Beschwerden dadurch nicht behoben werden könnten, und um zu verhindern, dass hier nicht eine progrediente Ausfallsymptomatik des rechten Arms und der rechten Hand einträte.

Die Schmerzen seien ja, auch wenn der Beschwerdeführer dies nicht gerade sofort gemeldet habe, immedial aufgetreten.

Bei einer frisch aufgetretenen Diskushernie sei es nicht unbedingt notwendig, dass die Beschwerden – wie es das Bundesgericht verlange – innerhalb von Stunden auftreten, sondern ein Bandscheibenvorfall könne sich allmählich noch weiter entwickeln und dann zu zunehmenden Beschwerden mit Lähmungserscheinungen führen. Es gebe sogar auch Berichte, wo ein Unfall initial zu Beschwerden führe, ein beschwerdefreies Intervall folge und dann etwa nach zwei Wochen erneut massive Beschwerden aufträten. Er denke, es gebe keinen klassischen Verlauf, bei dem man eine Zeitgrenze als Richtwert für Unfall oder Nichtunfall verwende.

Bezüglich Unfallfolgen würde er auf einer Adäquanz bei einem Schlag, der nicht vorhersehbar sei, eindeutig auf Unfallkausalität tendieren. Die Adäquanz sei bei einem HWS-Bandscheibenvorfall zu bejahen bei nicht allzu grossem Trauma-Ereignis, vor allem weil man in der Regel wissenschaftlich immer von axialen Stössen ausgehe, was eigentlich selten der Fall sei. Insgesamt müsse die Unfallkausalität als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, insbesondere da nach dem Ereignis Lähmungserscheinungen im Bereich des Armes objektivierbar gewesen seien. 4.

E. 4

PD Dr. med. E.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte im Bericht der F.____

vom

9. April 2013 an die zuweisende Dr. C.____

aus (Urk. 6/21), laut eigenen Angaben leide der Beschwerdeführer seit langem an einem cervicobrachialen Schmerzsyndrom. Seit einer tätlichen Auseinandersetzung mit Hyperflexion im Bereich der HWS durch Ziehen an den Haaren sei es zu einer Zunahme der in beide Arme ausstrahlenden Schmerzen gekommen. Neurologische Ausfälle seien bisher nicht beschrieben worden. Eine Schmerztherapie in der I.____ habe keine Besserung gebracht. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe seit sechs Wochen.

PD Dr. E.____

diagnostizierte ein cervicobrachiales

Schmerzsyndrom sowie eine beginnende Spinalkanalstenose der HWS auf Höhe C2 und C4 und eine Diskusprotrusion C6/7. Er

erwog, der Beschwerdeführer leide klinisch und radiologisch an einer beginnenden Spinalkanalstenose der HWS auf Höhe C2 und C4, welche symptomatisch konservativ therapiert werden könne.

Trotz dem habe er diesen an Dr. B._____

überwiesen, um angesichts des noch jungen Alters keine Therapieoptionen zu verpassen. 3.

E. 4.1

Streitig und zu prüfen ist, ob dem Beschwerdeführer aus dem Ereignis vom 16. Februar 2013 (über den 26. Februar 2013 hinaus) Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung zustehen. Umstritten ist dabei der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der

Wirbelsäulenproblematik, namentlich ob sich der Beschwerdeführer anlässlich des Ereignisses vom

16. Februar 2013 eine traumatische Diskushernie (C6/7) an der HWS zugezogen hat oder ob diese degenerativer Natur ist.

E. 4.2

Wie das Bundesgericht in

ständiger Rechtsprechung festgehalten hat, entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. Bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten dieselben Kriterien, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_151/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4).

E. 4.3

Diese Voraussetzungen sind

vorliegend nicht erfüllt.

Zunächst ist nicht anhand von echtzeitlichen Arztberichten ausgewiesen, dass unmittelbar nach dem in Frage stehenden Ereignis

vom 16. Februar 2013 Symptome einer Diskushernie auftraten. Die ab März 2013 dokumentierte Sachverhaltsdarstellung des Beschwerdeführers, wonach unfallnah entsprechende Beschwerden aufgetreten sein sollen, vermag in diesem Zusammenhang eine ärztlich dokumentierte Symptomatik nicht zu ersetzen. Jedenfalls war die angebliche typische Symptomatik nicht derart

gravierend, dass sie eine unverzügliche Vorstellung beim Arzt erforderlich machte und zu einer sofortigen Arbeitsunfähigkeit führte. Eine solche wurde erst neun Tage später am 25. Februar 2013 im Rahmen der dann zumal stattgehabten hausärztlichen (Erst-)Behandlung attestiert (vgl.

E. 3.1 hiervor) . Offenbar hatte der Beschwerdeführer in der dazwischen liegenden Arbeitswoche (18. bis 22. Februar 2013) im körperlich anstrengenden Beruf als Elektromonteur gearbeitet. Die Hausärztin Dr. C.____

ging initial von einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit aus. Erst am 22. März 2013 attestierte sie eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mit Wirkung ab sofort und hielt schliesslich am 25. März 2013 ohne nähere Begründung dafür, dass auch die ab 25. Februar 2013 aufgetretene Arbeitsunfähigkeit ihren Grund in einem Unfall gehabt habe (vgl. E. 3.3 hiervor). Eigenen Angaben zufolge hatte der Beschwerdeführer denn auch ihr gegenüber zunächst ohne Erwähnung des Vorfalles vom 16. Februar 2013 lediglich von „ gesundheitlichen Problemen “ gesprochen; das betreffende Ereignis sei ihm erst später im Zuge der weiteren medizinischen Abklärungen wieder eingefallen (vgl. E. 3.11 hiervor).

Dieser Umstand lässt im Lichte der im bundesgerichtlichen Urteil 8C_811/2012 vom 4. März 2013 in E. 6.2 wiedergegebenen Kasuistik nicht auf ein besonderes schweres Ereignis schliessen, welches geeignet war, selbst eine gesunde Bandscheibe zu verletzen . Davon liesse sich praxisgemäss etwa sprechen bei einem freien Sturz aus erheblicher Höhe, einem Sprung aus zehn Metern Höhe, einem Sturz beim Tragen von Lasten oder einem Zusammenstoss bei grosser Geschwindigkeit. Es sind – wie das Bundesgericht ausführte – massivste Gewalt einwirkung auf den Körper notwendig, wovon im vorliegenden Fall nicht auszugehen ist . Auch anlässlich der polizeilichen Einvernahme vom 1. März 2013 machte der Beschwerdeführer keine gesundheitliche Beeinträchtigung als Folge der (gegenseitigen) Tötlichkeiten vom 16. Februar 2013 geltend. Erst später („ anfangs März “)

sprach er sich gegenüber der Polizei für einen Zusammenhang zwischen der Auseinandersetzung und den angeblich am Tag danach aufgetretenen Schmerzen aus, wobei er indes auf Aufforderung hin nicht in der Lage war, eine entsprechende ärztliche Bescheinigung zu den Polizeiakten zu reichen (vgl. E. 3.5 hiervor) .

Sodann ist auch dem Bericht der I.____ vom 19. März 2013 (vgl. E. 3.2 hiervor) nicht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Konsultation vom 13. März 2013 von der fraglichen Auseinandersetzung berichtet hätte.

Kreisarzt Prof. Dr. A.____ trug in seiner Aktenbeurteilung vom 16. Januar 2014 (vgl. E. 3.12 hiervor) den vom Bundesgericht geforderten Kriterien gebührend Rechnung. Dabei wies er zutreffend darauf hin, dass im Bericht der I.____ vom 19. März 2013 (vgl. E. 3.2 hiervor) das Wurzelreizsyndrom C7 rechts in einen Zusammenhang mit dem konstitutiv engen Spinalkanal gestellt wurde. Damit im Einklang attestierte Dr. D.____ eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit. In dieses Bild fügt sich die Feststellung von Prof. Dr. A.____ , wonach im MRI vom 26. Februar 2013 (vgl. E. 3.1 hiervor) keine traumatischen Läsionen dokumentiert worden seien.

Auch PD Dr. E.____ , welcher um die tätliche Auseinandersetzung wusste , postulierte – wie auch später die Ärzte der Uniklinik G.____ (vgl. E. 3.6 hiervor) – keine Unfallkausalität. Er erachtete es in seinem Bericht vom 9. April 2013 (vgl. E. 3.4 hiervor) als lediglich möglich, dass der Vorfall zu einer Schmerzattacke geführt haben könnte . Dies genügt für die Bejahung der Unfallkausalität nicht . Ausweislich der Akten bestand sodann vom 1. Mai bis 22. Oktober 2013 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch dieses Intervall von knapp sechs Monaten bis zum Wiederauftreten einer (100%igen) Arbeitsunfähigkeit am 23. Oktober 2013 spricht gegen die postulierte Unfallkausalität der am 22. November 2013 operativ behandelten Wirbelsäulenproblematik. Aktenmässig ist denn auch mehrfach

dokumentiert, dass der Beschwerdeführer bereits vor dem Ereignis vom 16. Februar 2013 an entsprechenden Beschwerden litt (vgl. E. 3.2, E. 3.4 und E. 3.11 hiervor).

E. 4.4

Der Beschwerdeführer beruft sich zur Untermauerung seines Standpunktes auf die Einschätzung von Dr. B.____, welcher sich als einziger der involvierten Ärzte für eine Unfallkausalität der Diskushernie C6/7 aussprach (vgl. E. 3.8, E. 3.10, E. 3.13 und E. 3.14 hiervor). Der Umstand, dass eine solche in der Bildgebung vom 26. Februar 2013 (vgl. E. 3.1 hiervor) zur Darstellung gebracht wurde und sich im Verlaufs-MRI vom 12. September 2013 (vgl. E. 3.6 hiervor) angeblich keine Regredienz zeigte, lässt für sich alleine eine solche

Kausalitätsbeurteilung

nicht zu, ansonsten dies auf den beweisrechtlich unzulässigen Schluss „post hoc, ergo propter hoc“ hinausliefe, nach dessen Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb). Auch ist damit eine richtunggebende,

mithin dauernde unfallbedingte Verschlechterung einer vorbestehenden, degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule nicht erstellt. Eine solche kann rechtsprechungsgemäss nur als nachgewiesen gelten, wenn ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen nach einem Trauma radioskopisch erstellt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_416/2010 vom 29.

November 2010 E. 3.1).

Irrelevant ist sodann, dass das Ereignis – zuerst durch die Kontrahentin des Beschwerdeführers, was

diesen veranlasste, eine Gegenanzeige einzureichen (vgl. E. 3.5 hiervor, Urk. 6/34 S. 1 Mitte) – polizeilich angezeigt wurde, zumal sich daraus keine Rückschlüsse auf dessen Schwere ziehen lassen. Sodann setzte sich Dr. B.____ ausdrücklich in Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesgerichts, indem er das Kriterium der Unfallschwere und die zeitliche Komponente stark relativierte. Soweit er gleichwohl von einem Auftreten der Symptome der Diskushernie unmittelbar nach dem Unfall vom 16. Februar 2013 ausging, ist dies nach dem Gesagten (vgl. E. 4.3 hiervor) nicht echtzeitlich belegt. Immerhin hielt auch Dr. B.____ dafür, dass bei einem Auftreten von typischen Symptomen das Ergreifen von Massnahmen zu erwarten wäre. Ungewiss ist ferner, worauf seine

Angabe, es habe sich um einen nicht vorhersehbaren Schlag gehandelt, beruht. Jedenfalls lässt sich ein solcher Ereignishergang dem Rapport der Kantonspolizei Zürich (Urk. 6/32 S. 5) nicht entnehmen. Insgesamt ergeben sich somit anhand der Ausführungen des Operateurs keine Zweifel an der Kausalitätseinschätzung der Beschwerdegegnerin.

E. 4.5

Zusammenfassend kann aufgrund der medizinischen Akten nicht mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Diskushernie C6/7

durch den Unfall vom 16. Februar 2013 verursacht bzw. aktiviert wurde. Entsprechend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin

im angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. August 2014 (Urk. 2) einen (über den 26. Februar 2013 hinausgehenden) Leistungsanspruch verneint hat. Dementsprechend ist die Beschwerde abzuweisen. 5.

E. 5

Gemäss Rapport der Kantonspolizei Zürich vom 13. Juni 2013 (Urk. 6/32/3-7) schilderte der Beschwerdeführer anlässlich der Einvernahme vom 1. März 2013, seine Kontrahentin – diese hatte am 19. Februar 2013 Anzeige gegen ihn erstattet (S. 2 Mitte) –

habe mit den Fäusten auf ihn eingeschlagen und ihn an den Haaren gerissen. Ein gesundheitliche Beeinträchtigung machte er damals indes nicht geltend (S. 3). Sodann geht aus dem Rapport hervor, dass sich der Beschwerdeführer „anfangs März“ gemeldet und angegeben habe, er sei vom 25. Februar bis sicher 22. März 2013 krankgeschrieben, da er starke Schmerzen im Genick verzeichne, welche in den rechten Arm ausstrahlten. Da er die Schmerzen zum ersten Mal am Sonntag nach der Auseinandersetzung (d.h. am 17. Februar 2013) verspürt habe, gehe er (der Beschwerdeführer) davon aus, dass zwischen den Schmerzen und der Auseinandersetzung ein Zusammenhang bestehe. Der Beschwerdeführer sei dann aufgefordert worden, mit seinem Arzt Rücksprache zu halten und die Polizei über den Befund zu informieren. Darauf hin habe er sich jedoch nicht mehr gemeldet. Später habe er angegeben, ihm würde kein Arzt bestätigen, dass die Beschwerden effektiv Folgen des Streits seien. Dr. B. ___ habe jedoch bestätigt, dass die Verletzung eher frisch sei. Abklärungen seitens der Polizei bei PD Dr. E. ___ hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer unter einer Engstelle im Rückenmarkskanal leide. Aufgrund dieser Grunderkrankung sei es möglich, dass ein grober Zug an den Haaren zu einer Schmerzattacke führen könne. Weitere Angaben habe PD Dr. E. ___ nicht machen können, da er den Beschwerdeführer für weitere Abklärungen an Dr. B. ___ überwiesen habe. Dieser habe angegeben, dass er zu den genauen Verletzungen oder Erkrankungen des Beschwerdeführers noch keine Aussagen machen könne, da der definitive Befund erst nach weiteren Untersuchungen in der Uni klinik G. ___ vorliegen werde

(S. 4) . 3.

E. 5.1

Zu prüfen bleibt das Gesuch des Beschwerdeführers vom 18. September 2014 (Urk. 1 S. 2 und S. 4 Ziff. 5) um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Jürg Leimbacher für das vorliegende Verfahren.

E. 5.2

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

E. 5.3

Der Beschwerdeführer deklarierte

ein monatliches Einkommen inklusive Anteil 13. Monatslohn in der Höhe von Fr. 6'648.05 (Urk. 9/2, vgl. auch Urk. 7 S. 1, Urk. 9/3 letzte Seite und Urk. 9/4).

Auf der Ausgabenseite ist mit dem Beschwerdeführer der monatliche Grundbetrag

für ein Ehepaar in der Höhe von Fr. 1'700.-- sowie ein Zuschlag von Fr. 1'200.-- für die beiden

E. 6

Nach ergänzenden Abklärungen, beinhaltend die

MR -Untersuchung

der HWS vom 12. September 2013, diagnostizierten

die Ärzte der Uniklinik G.____, J.____, am 13./18. September 2013 (Urk. 6/28-29) zuhanden von Dr. B.____

eine symptomatische schwere mehrsegmentale zentrale bzw. zervikale Spinalkanalstenose, bilaterale schwere foraminale Engen C3/4 und eine mittelschwere zentrale Spinalkanalstenose C4/5 sowie eine recht laterale Diskushernie C6/7 mit Kompression der rechten C7-Wurzel bei Clumsy

hands -Syndrom und Parästhesien beidseits. In ihrer Beurteilung führten sie aus, anhand der Untersuchungen, insbesondere anhand der segmentalen Messung mit Dermatome -SEP und Contact

Heat

Evoked Potentials, zeige sich, dass die zervikale Spinalkanalstenose symptomatisch sei. Daher werde eine operative Dekompression nach dem Dafürhalten von Dr. B.____ empfohlen. 3.

E. 7

In der am

4. Oktober 2013 erstatteten Unfallmeldung (Urk. 6/1)

wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer am 16. Februar 2013 im Ausgang in „Z.____“ anlässlich einer tätlichen Auseinandersetzung mit Schlägen auf Nacken, Schultern und Rücken sowie Reissen an den Haaren eine Mehrfachverletzung (Polyblessé) erlitten habe und diverse Beschwerden verzeichne. Er habe die Arbeit am 25. Februar 2013 ausgesetzt und am 11. April 2013 wieder zu 50 % aufgenommen (vgl. auch Urk. 6/16). 3.

E. 8

Im Bericht vom 7. Oktober 2013 an Dr. C.____

(Urk. 6/30) diagnostizierte Dr. B.____

nebst einer Spinalkanalstenose C3/4 und C4/5

eine Nervenwurzelkompression bei lateraler Diskushernie C6/7 mit sensomotorischem Ausfall C7 rechtsseitig bei Status nach vorgeschichtlichem Trauma im Juni (richtig: Februar) 2013. Er beurteilte, aufgrund des gesamten geschichtlichen Verlaufes habe der Beschwerdeführer – sofern man diesem Glauben schenken dürfe, wobei er keine Probleme damit habe – bei einem Handgelenk eine Verletzung im Bereich der HWS erlitten und sofort auftretende Beschwerden beklagt. Leider

habe er diese nicht sofort der SUVA gemeldet. Es sei mit einer Verzögerung zu weiteren Verlaufsbehandlungen gekommen, welche nun aber einen eindeutigen Befund gezeigt hätten, der nun seit mehreren Monaten persistiere und bei dem ein eindeutiges radikuläres

Reiz- und Ausfallsyndrom vorliege. Der Beschwerdeführer habe immer versucht zu arbeiten und sei auch arbeitstätig geblieben, komme aber durch diese Beschwerden an sein Limit und spüre auch einen leichten Kraftverlust. Eigentlich weise der Beschwerdeführer – so Dr. B.____ – drei Probleme auf: Ein statisches, die anlagebedingte Stenose

und die Diskushernie, welche bei zusätzlicher leichter cranialer Vorwölbung der Bandscheibe auf Höhe C3 alleine für die Beschwerden ursächlich sei. Bei leicht vorgeschädigten Bandscheiben, wie sie eigentlich bei „uns allen“ vorlägen, brauche es kein grosses Trauma, um einen Bandscheibenvorfall auszulösen. Dr. B.____ empfahl eine (Versteifungs) Operation und erklärte, ob diese durch die Krankenkasse oder die Unfallversicherung entschädigt werde, sei im Moment eigentlich irrelevant. Man könne auch später noch lange um diese Differenz streiten. Bezüglich der Unfallkausalität seien sicherlich auch die hausärztlichen Einträge und das zeitliche Auftreten der Beschwerden wichtig. Falls der Beschwerdeführer vor dem in Frage stehenden Ereignis nie eine radikuläre

Schmerzsymptomatik aufgewiesen und sich dann wegen dieser in ärztliche Behandlung begeben habe, sei die Unfallkausalität mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit gegeben

(vgl. auch Bericht von Dr. B.____

an die SUVA vom 13. November 2013, Urk. 6/31).

Im ärztlichen Zeugnis vom 23. Oktober 2013 (Urk. 6/19) attestierte

Dr. B.____

dem „wegen Krankheit / Unfall“ in seiner Behandlung stehenden Beschwerdeführer vom 23. Oktober bis 31. Dezember 2013

eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Diese wurde später bis 31. Januar 2014 verlängert (Attest vom 8. Januar 2014, Urk. 6/44). 3.

E. 9

Dr. C.____

führte im Arztzeugnis UVG vom 28. Oktober 2013 (Urk. 6/20) aus, eigenen Angaben zufolge sei der Beschwerdeführer am 16. Februar 2013 im Ausgang von einer Frau angegriffen, dabei mit Fäusten attackiert und an den Haaren gezogen worden. Am folgenden Tag habe er einen Schmerz im Dermatom C7 verzeichnet, welcher sich immer mehr verstärkt habe. Die Hausärztin hielt dafür, dass der Heilungsverlauf werde durch einen habituell engen Spinalkanal beeinflusst. Sie verwies hinsichtlich des objektiven Befundes und der Diagnose auf den Bericht von PD Dr. E.____

sowie den MRI-Befund und empfahl eine Anfrage an Dr.

B.____. Sodann wiederholte sie die bereits bekannten Arbeitsunfähigkeiten (100% vom 25. Februar bis 10. April 2013, 50% vom 11. bis 30. April 2013, 0% ab 1. Mai 2013 und 100% ab 23. Oktober 2013). 3. 10

Am 22. November 2013 führte Dr. B.____ im H.____ eine radikale Diskektomie C6/7 mit Distractionsspondylodese und Korrektur der Kyphosestellung im Bereich der HWS sowie eine Dekompression foraminal mit Beckenkammspanentnahme von links ventral durch. Er nannte im Operationsbericht vom selben Datum (Urk. 6/42) als „klinische Diagnose“ eine posttraumatische Diskushernie C6/7 mit sensorischem Ausfallsyndrom auf der rechten

Seite, einen anlagebedingt engen Spinalkanal mit Protrusionen C3 bis C4 sowie ein Reizsyndrom beidseits C6/7 und befand, von Seiten der anlagebedingten Zentralkanalstenosen müsse der Beschwerdeführer wahrscheinlich medizinisch über Jahre geführt werden. 3. 1 1

Anlässlich der Aussendienstabklärung vom 14. November 2013 (Urk. 6/34) teilte der Beschwerdeführer mit, dass er bereits vor dem Ereignis vom 16. Februar 2013 leichte Probleme im Bereich von Nacken und Schultergürtel gehabt habe. Es sei immer wieder zu Verspannungen gekommen, welche medizinisch hätten behandelt werden müssen. Involviert sei seine Hausärztin gewesen; Physiotherapien seien ebenfalls schon durchgeführt worden, ergänzend habe er jeweils Salbe eingerieben. Er könne aber ganz klar aussagen, dass das Ereignis vom 16. Februar 2013 zu einer massiven Zustandsverschlechterung geführt habe. Im Weiteren sei der heutige Zustand noch lange nicht so, wie er vor diesem Ereignis gewesen sei. Andere Unfälle mit Beteiligung des Nackens habe er nicht erlitten. Da er anlässlich der ersten Konsultation bei seiner Hausärztin

nur von „gesundheitlichen Problemen“ gesprochen habe, sei das Ganze unter Krankheit abgewickelt worden. Erst als infolge von durchgeführten Abklärungen klar gewesen sei, dass die ganze Problematik vom Nacken her komme, sei ihm das Ereignis vom 16. Februar 2013 wieder eingefallen. Aus diesem Grund sei die Unfallmeldung verspätet erfolgt. 3. 1 2

Kreisarzt Prof. Dr. A.____

führte in seiner

Aktenbeurteilung vom 16. Januar 2014 (Urk. 6/45 S. 3 ff.) insbesondere aus,

die wissenschaftliche Literatur fordere bezüglich der Anerkennung einer traumatischen Diskushernie verschiedene Kriterien. Das Unfallereignis müsse schwer genug gewesen sein, um Rissbildungen in der Bandscheibe verursachen zu können. Es werde eine zeitnahe schmerzhafteste Funktionsstörung an der HWS im Anschluss an das Ereignis gefordert und vor diesem müsse eine Beschwerdefreiheit bzw. zumindest eine Beschwerdearmut

vorgelegen haben. Letztlich brauche es den Nachweis klinischer Symptome, die für einen hinteren Bandscheibenvorfall sprächen.

Prof. Dr. A.____ konstatierte, im Bericht der I.____ vom 19. März 2013 seien zwar exazerbierte Nacken- und Schulterschmerzen sowie eine zum damaligen Zeitpunkt neu aufgetretene Ausstrahlung in den rechten Arm beschrieben worden, diese sei jedoch nicht konstant einem Dermatome sicher zuzuordnen gewesen. Darüber hinaus könne dem Bericht entnommen werden, dass bereits seit Jahren Nackenschmerzen bestanden hätten, die bereits mehrfach therapeutisch – jedoch frustan

– angegangen worden seien. Letztlich sei von

Dr. D.____

die Diagnose eines

radikulären Reizsyndroms C7 rechts gestellt worden, welches er allerdings auf eine hochgradige spinale Enge im Segment C3-C7 mit Tangierung der Wurzel C7 rechts bezogen habe. Somit werde mehr als vier Wochen nach dem fraglichen Ereignis eine radikuläre

Schmerzsymptomatik dokumentiert, die auf eine hochgradige spinale Enge zurück geführt werde (S. 4) .

Gegen einen Zusammenhang zum Unfall spreche auch das zeitnahe MRI der HWS vom 26. Februar 2013, welche s eine bandscheibenbedingte Erkrankung sämtlicher zervikaler Segmente gezeigt habe . Im Segment C6/7

sei eine breit basige dorsale Bandscheibenprotrusion mit bilateraler Spondyl - und Unkovertebralarthrose

diagnostiziert worden , die zu einer Neurokompression der Wurzel C7 rechts führe. Die wissenschaftliche Literatur fordere jedoch den Nachweis begleitender, zumindest minimaler ligamentärer bzw. auch knöcherner Verletzungen im vom Bandscheibenvorfall betroffenen Segment . Derartige im MRI auch noch bis zu neun Monate nach einem Ereignis nachweisbare Veränderungen hätten im konkreten Fall nicht belegt werden können (S. 4 f.) .

Im Weiteren könne konstatiert werden, dass zeitnah zum Unfall schmerzhafte Funktionseinschränkungen im Sinne einer Zervikalgie bzw. Zervikobrachialgie

bestanden hätten . Laut Bericht der I.____ hätten solche jedoch auch vor dem Unfall rezidivierend vorgelegen. Die radikuläre

Schmerzsymptomatik C7 rechts habe erst nach einem zeitlichen Intervall von über einem Monat belegt werden können. Zusätzlich müsse im konkreten Fall beachtet werden, dass nicht die Diagnose eines Bandscheibenvorfalles, sondern einer Bandscheibenprotrusion im Segment C6/7 bei degenerativen Veränderungen gestellt worden sei. Laut Beurteilung des Radiologen

liege ein habituell enger Spinalkanal vor , bei dem leichte degenerative Veränderungen für eine signifikante Spinalstenose auf Höhe der Segmente C2 bis C4 und C6/7 bestanden hätten.

Unter Hinweis, dass bei einem traumatisch verursachten Bandscheibenvorfall in den verschiedenen wissenschaftlichen Studien das Auftreten entsprechender Beschwerden mit einer zeitlichen Karenz von Stunden bis zu einer Woche im Anschluss an ein Trauma gefordert werde, folgerte Prof. Dr. A.____ , im konkreten Fall habe keine zeitnahe Schmerzsymptomatik im Sinne eines hinteren Bandscheibenvorfalles zum Ereignis vom 16. Februar 2013 dokumentiert werden können. Erst im Anschluss an die Durchführung eines MRI und der Diagnose einer Diskusprotrusion bei engem Spinalkanal in den Segmenten C2 bis C4 und C6/7 rechts seien entsprechende therapeutische Massnahmen erfolgt (S. 5) .

Darüber hinaus wäre – so Prof. Dr. A.____ – bei einer traumatischen Entstehung des Bandscheibenvorfalles bzw. der Bandscheibenprotrusion im Segment C6/7 rechts eine radikuläre ausstrahlende Schmerzsymptomatik im betroffenen Dermatom zu erwarten gewesen. Nach Aktenlage lasse sich eine derartige zeitnahe Schmerzsymptomatik jedoch nicht feststellen. Somit lasse sich auch bezüglich der Forderung einer zeitnahen, für einen hinteren Bandscheibenvorfall sprechenden Schmerzsymptomatik kein Korrelat finden (S. 5 f.) .

Von einer Beschwerdearmut vor dem Ereignis könne (auch) aufgrund des Aussendienstberichtes vom 14. November 2013 nicht ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer

habe damals mitgeteilt, dass bereits vor dem Ereignis vom 16. Februar 2013 leichte Probleme im Bereich des Nackens und des Schultergürtels bestanden hätten und es immer wieder zu Verspannungen gekommen sei, welche medizinisch hätten behandelt werden müssen.

Das J.____ bestätigte im Schreiben vom 13. September 2013 die kreisärztliche Beurteilung. Es zeige sich eine schwere zentrale Spinalkanalstenose mit foraminale Enge C3/4 sowie eine mittelschwere zentrale

Spinalkanalstenose C4/5 und eine rechtslaterale Diskushernie C6/7 mit Kompression der rechten C7-Wurzel, die von einer symptomatischen Spinalkanalstenose ausgehen würde (S. 6).

Prof. Dr. A.____ gelangte zum Schluss, unter Einbezug aller medizinischen Fakten lasse sich aus versicherungsmedizinischer Sicht kein Zusammenhang zwischen einem rechtsseitigen radikulären C7-Syndrom und dem Ereignis vom 16. Februar 2013 herstellen. Ergänzend hielt er am 22. Januar 2014 fest, der Status quo sine/ante sei mit der Erstellung des MRI vom 26. Februar 2013 erreicht gewesen (Urk. 6/46). 3. 1.3

Im

einspracheweise

aufgelegten Bericht vom 27. Mai 2014 führte Dr. B.____ aus

(Urk. 6/63 S. 3), im MRI vom Februar 2013 sei bereits ein Vorfall auf der Höhe C6/7 ersichtlich, welcher im Verlaufs-MRI vom September 2013 zu genommen habe. Zumindest sei keine Abnahme des Befundes ersichtlich. Da der Beschwerdeführer zuvor keinerlei rechtsbetonte Armbeschwerden aufgewiesen habe, sei die Unfallkausalität gegeben und die zusätzliche bereits im Februar 2013 nachgewiesene Abnutzungserscheinung vor allem auf Höhe C3-5 irrelevant. Es sei natürlich bekannt, dass die Unfallversicherer Bandscheibenvorfälle fast nie als unfallbedingt anerkennen würden, aber der zeitliche Zusammenhang und der eindeutige Befund sprächen vorliegend mit grösster Wahrscheinlichkeit für das polizeilich angezeigte Ereignis.

E. 10

- und

E. 15

-jährigen Kinder anzurechnen (vgl. Kreisschreiben der Verwaltungskommission des Obergerichts des Kantons Zürich an die Bezirksgerichte und die Betreibungsämter, Richtlinien für die Berechnung des betreibungsrechtlichen Notbedarfs, S. 2 Ziff. II/3+4).

Bezüglich des geltend gemachten Mietzinses von Fr. 1'795.-- (Urk. 8 S. 5 Ziff. 5 und Urk. 9/2) ist anzumerken, dass der effektive monatliche Mietzins für die Wohnung (Fr. 1'540.--) inklusive Heiz- und Warmwasserkosten (Fr. 90.--; vgl. auch Urk. 8 S. 5 Ziff. 6) lediglich Fr. 1'630.-- beträgt (Urk. 9/5). Berücksichtigt werden kann überdies die Monatsmiete von Fr. 50.-- für den Abstellplatz für das zur Ausübung des Berufes erforderliche (Firmen-)Auto (Urk. 8 S. 6 Ziff. 9), nicht jedoch diejenige von Fr. 115.-- für den Einstellplatz für das private Fahrzeug (Urk. 8 S. 2 Ziff. I).

Als Mietaufwand anzurechnen ist somit ein Betrag von Fr. 1'680.-- pro Monat.

Der mit Fr. 771.30 geltend gemachte Prämienaufwand für die Krankenkasse (Urk. 8 S. 5 Ziff. 8 und Urk. 9/2) kann ebenfalls nicht im vollen Umfang, sondern bloss zu einem Betrag von Fr. 624.10 angerechnet werden, da recht sprechungsgemäss der Prämienaufwand über die obligatorische Versicherung hinaus nicht berücksichtigt werden darf (BGE 134 III 323 E. 3) und von den KVG-Prämien gemäss eingereichten Policen (Fr. 297.75 + Fr. 250.45 + Fr. 84.95 + Fr. 84.95; Urk. 9/6) die individuelle Prämienverbilligung (IPV) von monatlich Fr. 94.-- (Fr. 1'128.-- : 12; Urk. 9/7) in Abzug zu bringen ist.

Die geltend gemachten (nicht substantiierten) Auslagen für die Hausrat- und Haftpflichtversicherung sowie

für Telefon/TV/Radio (Urk. 8 S. 5 Ziff. 6 und Urk. 9/2) sind im (erweiterten) Grundbetrag enthalten (Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2011 vom 31. Mai 2011 E. 3.3.3). Dasselbe gilt für die Kosten für Elektrizität (Urk. 9/2; vgl. vorerwähnte Richtlinien, S. 1 Ziff. II).

Unbelegt geblieben und damit nicht in die Vergleichsrechnung einzubeziehen sind die behaupteten

Mehrauslagen für auswärtige Verpflegung und über durchschnittlichen Kleiderverbrauch (Urk. 8 S. 5 Ziff. 9 sowie Urk. 9/2). Hinsichtlich der geltend gemachten besonderen Auslagen für die Schulung der Tochter von monatlich zirka Fr. 250.-- (Urk. 8 S. 4 Ziff. 4) ist mit dem

Schreiben der Berufswahlschule (BWS) Bülach vom 9. Mai 2014 betreffend die Anmeldung (Urk. 9/8) nicht dokumentiert, dass die Zulassung tatsächlich erfolgt ist. Infolgedessen kann dieser Betrag nicht berücksichtigt werden. Die laufenden Steuern im Betrag von Fr. 336.75 pro Monat (Urk. 8 S. 6 Ziff. 13, Urk. 9/10) sind anzurechnen.

Damit ergeben sich anrechenbare Auslagen von insgesamt Fr. 5'540.85 (Fr. 1'700.-- + Fr. 1'200.-- + Fr. 1'680.-- + Fr. 624.10 + Fr. 336.75) pro Monat, was nach Abzug des gerichtsüblich zuzubilligenden Freibetrages für ein Ehepaar mit zwei Kindern von Fr. 800.-- (Fr. 600.-- + 2

x Fr. 100.--) einen monatlichen Einnahmenüberschuss von Fr. 307.

E. 20

ergibt. Dies erlaubt es dem Beschwerdeführer, die Anwaltskosten innert absehbarer Zeit ratenweise zu tilgen.

Entsprechend ist sein Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt Jürg Leimbacher

mangels prozessualer Bedürftigkeit abzuweisen.

Bei diesem Ergebnis kann offenbleiben, wie es sich mit der Voraussetzung der Nichtaussichtslosigkeit der Beschwerde verhält. Das Gericht beschliesst: Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 18. September 2014 um unentgeltliche Rechtsvertretung wird abgewiesen, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - 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 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 Die Gerichtsschreiberin Gräub Buchter

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