

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00241 vom 17. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00241

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00241 du 17 mai 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00241 del 17 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

1. Juni 2014 sprach sie dem Versicherten

mit Wirkung ab 1. August 2014 eine Invalidenrente

nach Massgabe einer unfallbedingten Erwerbseinbusse von 18 %

und eine Entschädigung auf der Basis einer Integritätseinbusse von 45 %

zu (Urk. 7/155). Auf Einsprache des Versicherten hin (Urk. 7 / 165) ,

erhöhte

sie mit Entscheid vom 12. September 2014 die Invalidenrente von 18 % auf 23 % und wies im Übrigen die Einsprache ab (Urk. 2) .

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Nach Art.

E. 1.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten 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). 1. 4

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem

Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3). 1. 5

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2). 1. 6

Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a). 1. 7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Hier gegen erhob der Versicherte am 7. Oktober 2014 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte (S. 2), es seien die gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen, insbesondere eine ganze IV-Rente und eine Integritätsentschädigung von 100 % . Eventualiter sei er neurologisch, neurourologisch, neuropsychologisch, rheumatologisch und orthopädisch zu begutachten.

Die SUVA schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 12. November 2014 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid davon aus, dass gemäss der kreisärztlichen Untersuchung und den kreisärztlichen Beurteilungen in Bezug auf das

Erstereignis vom 14. Oktober 2009 mit Verletzungsfolgen am rechten Knie sowie in Bezug auf das Zweitereignis vom 12. Oktober 2011, bei welchem sich der Beschwerdeführer eine Luxationsfraktur am Rücken zugezogen habe, eine leichte angepasste Tätigkeit ganztags zumutbar sei. Ausgehend vom medizinischen Zumutbarkeitsprofil und gestützt auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE)

sowie

unter Berücksichtigung eines zusätzlichen leidensbedingten Abzuges von 25%

resultiere daraus eine unfallbedingte

Erwerbseinbusse von 23%.

Sodann betrage der Integritätsschaden laut kreisärztlicher Beurteilung vom 22. Januar 2014 45%. (Urk. 6 S. 4. f. und S. 7

f. f., Urk. 2 S. 7

f. f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte dagegen geltend,

auf die kreisärztliche Untersuchung und die Beurteilungen

könne nicht abgestellt werden. Gestützt auf die Berichterstattung der A.____

bestehe als Folge des Unfalls vom 12. Oktober 2011 ein Vorderhornschaden der Segmente C5 bis Th1 rechts mit einer inkompletten

Tetraparese C4. Hierbei handle es sich nicht um eine funktionelle Störung. Aufgrund seiner jetzigen Beschwerden als Folge der Versteifung der Halswirbel sowie der Parese als Folge des Vorderhornschadens für die Segmente C5/6, C6, C7 und C/HT1 rechts sowie sensibles Niveau ab C1, der Urininkontinenz sowie der Kniebeschwerden rechts sei er nicht in der Lage, irgendeiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Der Integritätsschaden betrage bezüglich des Knies 30%. Die andauernde Urininkontinenz mit Einschränkungen des Sexuallebens sei mit 35% und die restlichen Beschwerden aufgrund der Parese mit 35% zu bewerten, was eine Integritätsentschädigung von 100% ergebe (Urk. 1. S. 7

f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist

die Höhe des Rentenanspruchs ab 1. August 2014 und die Höhe der Integritätsentschädigung aufgrund der gesundheitlichen Folgen der Ereignisse vom 14. Oktober 2009 und vom 12. Oktober 2011. 3. 3.1

3.1.1

Dr. med. B.____, FMH für Allgemeinmedizin, beschrieb im Bericht vom 4. November 2009 aufgrund eines MRI vom 2. November 2009 einen medialen Meniskusschaden. Er führte aus, der Beschwerdeführer sei am 14. Oktober 2009 beim Fallen von der Treppe gestürzt und habe darauf starke Schmerzen im rechten Knie verspürt. Er

vermerkte sodann die Überweisung des Beschwerdeführers zur weiteren Abklärung und Therapie an Dr. med. C.____, FMH für orthopädische Chirurgie (Urk. 8/8). 3.1.2

Im Operationsbericht vom 10. Dezember 2009 führte

Dr. C.____ die Diagnose eines medialen Meniskusrisses am rechten Knie und eines retropatellären

Knorpelschadens auf. Er wies auf intakte Knorpelverhältnisse im medialen Kompartiment femoral

sowie

tibial und medial auf einen eingerissenen, nicht nähbaren Meniskusriss hin. Retropatellär hielt er eine leichte Chondropathie Gr. II–(III) und trochleäre unauffällige Verhältnisse fest.

Intercondylär

bestünden

intakte vordere und hintere Kreuzbänder und im lateralen Kompartiment intakte Knorpelverhältnisse

femoral

sowie

tibial und

ein intakter, unauffälliger

lateraler Meniskus (Urk. 8/13). 3.1.3

Im Austrittsbericht der D.____ vom 19. Juli 2010

über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 26. Mai bis 23. Juni 2010 beschrieben die Ärzte mit Bezugnahme auf ein MRI vom 11. Juni 2010 einen grossen Knorpeldefekt der medialen Patellafacette mit angrenzender Knochenmarksreaktion im Sinne einer Chondromalacia

patellae Grad IV. Sie vermerkten einen Status nach Teilmeniscektomie und entsprechend narbige Veränderungen im Hoffa Fettkörper und beschrieben

einen in der Grösse weitgehend erhaltenen leicht mukoid degenerierten medialen Meniskus mit Konturunregelmässigkeit im Hinterhorn an der tibialen Gelenkfläche. Ansonsten seien die Kniebinnenstrukturen intakt und ohne grösseren Gelenkerguss.

Im Weiteren wiesen die Ärzte auf ein Ereignis vom 9. März 1995

hin. Der Beschwerdeführer habe sich bei einem Sturz von einer Leiter eine Ellenbogenkontusion links mit Fraktur Condylus

lateralis

humeri links zugezogen.

In diesem Zusammenhang

sei eine offene Reposition und Osteosynthese mittels Spongiosazugschrauben am 9. März 1995 mit Schraubenentfernung am 23. Juni 1995 durchgeführt worden, wobei ein Extensionsdefizit im linken Ellenbogen verblieben sei.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit äusserten sich die Ärzte, es sei eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden und es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als der Beschwerdeführer bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt habe. Zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit hielten sie fest, dass das Belastungsprofil in der Tätigkeit als Maler sei nicht zumutbar und die Anforderungen seien zu hoch. Eine leichte Tätigkeit ohne Arbeiten auf den Knien sowie länger dauernd

in der Hocke oder mit wiederholtem Treppen- oder Leitern steigen sei ganztags zumutbar (Urk. 8/37). 3.1.4

Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. E.____, FMH Chirurgie, erhob

gemäss dem Untersuchungsbericht vom 8. Februar 2011 unter anderem die Funktionsbereiche und Umfangsmasse von Ellenbogen und Kniegelenken des Beschwerdeführers. Er hielt fest, aufgrund der erhobenen Befunde sei dem Beschwerdeführer kein voller Einsatz als Maler zuzumuten. Zum Belastungsprofil vermerkte er, das längere Gehen über unebenes Gelände, das Arbeiten in kniender oder kauender Stellung oder Arbeiten, die mit häufigen Rotationsbewegungen am Kniegelenk einhergingen

und solche über Kopfhöhe

seien zu vermeiden. Das längere Verharren in gleichbleibender Haltung und das häufige Besteigen von Leitern und Gerüsten seien ungünstig und es seien keine Lasten von über 25 bis 30

kg zu tragen. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei dem Beschwerdeführer ein ganztägiger Arbeitseinsatz zuzumuten (Urk. 8/59). 3.1.5

Kreisarzt

Dr. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie, äusserte sich im Nachtragsbericht vom 3. Mai 2011 zum Bericht der A.____ betreffend die Untersuchung vom 21. April 2011. Er hielt fest, beim Knorpelschaden an der medialen Facette der Patella mit korrespondierendem Schaden an der Trochlea

femoralis handle es sich um eine leichte femoropatelläre Arthrose, welche noch nicht integritätsentschädigungspflichtig sei (Urk. 8/137). 3.1.6

Die Ärzte der A.____

stellten im Bericht vom 2. August 2011 unveränderte Verhältnisse zum Voruntersuch vom 21. April 2011 fest. Sie führten aus, klinisch und morphologisch bestehe ein Knorpelschaden der medialen Patella facette und der korrespondierenden

Trochlea. Die durchgeführte diagnostisch/therapeutische Infiltration habe jedoch in keiner Weise eine Beschwerdelinderung gebracht und die Verhältnisse zum Voruntersuch vom 21. April 2011 seien unverändert. Auch deshalb und ebenfalls aufgrund der diffusen Schmerzsymptomatik könnten sie dem Beschwerdeführer keine chirurgische Option

anbieten . Ob allenfalls eine radikuläre Ursache mitwirken könnte, schein
unwahrscheinlich. Kniechirurgisch sei die Behandlung ihrerseits abge schlossen (Urk.
8/105). 3.2 3.2.1

Die Ärzte des G.____

wiesen im Bericht vom 30. November 2011 auf die Hospitalisation des Beschwerdeführers
seit dem 4.

November 2011 hin. In der Diagnoseliste führten sie
eine inkomplette

Tetra parese C1, ASIA D bei Status nach „Auffahrunfall“ am 1 2. Oktober 2011 sowie bei
Status nach dorsaler und ventraler Ve rschraubung am 1 7. Oktober 2011 und

einen Status nach Arthroskopie und Partiellmenis c ec tomie medial bei retropa tellärer

Chond r opathie Grad II am 1 0. Dezember 2009 am Knie rechts , einen Status nach Sturz
von d er Leiter vom 1 4. Oktober 2009

sowie einen Status nach offener Reposition und Osteosynthese einer Condylus
humeri

lateralis -Fraktur am 9. März 1995 mit Schraubenentfernung am 2 3. Juni 1995 auf .

Der Beschwerdeführer habe berichtet , er sei in Z.____ in einen PKW-Unfall verwickelt
gewesen. Er habe im Anschluss an das Trauma den rechten Arm nur eingeschränkt
bewegen können. Weiterhin bestehe eine Reduktion von Sensibi lität am ganzen Körper bis
zum Hals. Weitere motorische Ausfälle würden ver neint. Die Blasenentleerung und
Darmfunktion sei en nicht gestört gewesen. Er sei in Z.____ am 1 7. Oktober 2011 operiert
worden. Aktenanamnestisch sei eine luxierte Fraktur C6/7 beschrieben, welche mittels
dorsaler und ventr aler Verschraubung fixiert worden sei . Ein steifer Kragen sei angelegt
worden .

Im Röntgenbefund der Halswirbelsäule

(HWS ap / seitl .)

v om 4. November 2011 wiesen die Ärzte auf einen Status nach dorsaler Spondylodese
C5-C7 sowie ventrale Spondylodese C6/7 mit Cage-Anlage hin . Sie hielten fest, das Osteo
synthesematerial sei in situ und intakt ohne Zeichen für eine Lockerung . Sie beschrieben
eine Anschlussdegeneration kaudal im Segment C7/T h 1 mit Osteo chondrose und
Spondylarthrose sowie eine regelrechte Darstellung von C2-C5 ohne Nachweis von
wesentlichen degenerativen Veränderungen.

A ufgrund der Computertomographie (CT) vom 7. November 2011 hielten

die Ärzte fest , die mittlere Spondylodeseschraube der rechten Seite liege mit ihrer Spitze
im Facettengelenk. Der Pr o cessus

transversus C7 rechts sei am übrigen Wirbel nicht fixiert bzw. ohne ossäre Kontinuität zu
diesem und das übrige Spondylodesematerial

sei intakt und ohne Lockerungszeichen.

Aufgrund einer Magnetresonanztomographie (MR) vom 8. November 2011 sahen die Ärzte ein en grossen diffusen Flüssigkeitsverhalt in den nuchalen Weich teilen, abgesetzt von der Dura und ohne direkte ersichtliche Verbindung zu dieser . Differentialdiagnostisch hielten sie ein Serom /Hämatom

fest und wiesen darauf hin, dass

e ine kleine Liquorfistel aufgrund de s

Suszeptibilitäts artefakt s

durch das Spondylodesematerial übersehen werden könne, und ver merkten eine flau e fokale Myelopathie rechts anterolateral der Halswirbelkörper (HWK) 6/7.

Anlässlich der urologischen Erstevaluation vom 9. November 2011 befanden die Ärzte, die Blasenentleerung erfolge per ureth r am im Vergleich zu vor der Ope ration etwas weniger häufig mit gelegentlichem Nachträufeln. Es bestehe keine Drang- oder Belastungsinkontinenz. Sie wiese n auf eine freie Uroflowmetrie

und unauffällige Befunde in der Sonographie hin und erachteten

ein Erfordernis für eine weitere Behandlung o der eine neuro-urologische Kont rolle für nicht gegeben (Urk. 7/15 /2-5). 3.2.2

Im Austrittsbericht de s

G.____ vom 2 1. Dezember 2011 betreffend Hospitalisation vom 4. November bis 1 5. Dezember 2011 hielten die Ärzte fest, i m Rahmen der Rehabilitation sei eine angepasste ergo- und physio therapeutische Behandlung erf olgt, welche zur Besserung der K raftgrade rechts geführt habe. Der rechte Arm sei bei vollem Bewegungsumfang , aber deutlicher Kraftminderung , in Bezug auf die A l ltagsfunktionen einsetzbar. Das linke Bein zeige bei Status nach Knie trauma infolge eines Sturz es im Jahr 2009 eine leichte Minderung der Kniestrecker und F ussheber ohne relevante Funktions einschränkung . Zusammenfassen d liege beim Beschwerdeführer eine residuelle Parese des rechten Armes vor. Eine klinische Besserung sei zu erwarten, wobei deren Auswirkun gen auf die Arbeitsfähigkeit im Verlaufe erneut zu beurteilen sei en . I n Bezug auf die Belastbarkeit zeige sich zum Teil ein diskrepantes Bild, welches organisch nicht hinreichend erklärbar sei .

Es

habe sich der Verdacht auf Aggravation von Symptomen ergeben. In B ezug auf die Blasenfunktion hätten die urologische Evaluation einen re gelrechten Befund und hinsichtlich der Darm- und Sexualfunktion während des Behandlungszeitraums keine Defi zite bzw. Probleme ergeben. Der Beschwerdeführer sei in stabilem Zustand nach erfolgreicher Belastungserprobung in die angestammten Verhältnisse ausgetre ten (Urk.

7/23 /2-8 S. 3). 3.2.3

Im Bericht des

G.____

vom 1 7. Januar 2012 befanden die Ärzte, klinisch neurologisch zeige sich im Bereich der unteren Extremitäten tendenziell eine Besserung der Kraftgrade. Passend dazu hätten sich die moto risch evozierten Potenziale (MEP) zum rechten Musculus

abductor

digiti

minimi

von der Latenz etwas verbessert und seien heute grenzwertig normal ableitbar. Darüber hinaus seien die MEP zu den Armen wie auch die sensibel evozierten Potenziale (SEP) in den Beinen normwertig ableitbar. Von den Armen zeige sich unverändert eine leichte Verzögerung der SEP. Insgesamt sei der Verlauf positiv mit günstiger Prognose des weiteren Verlaufs (Urk. 7/28/2-3 S. 2). 3.2.4

Kreisarzt Prof. Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie FMH, äusserte sich im Untersuchungsbericht vom 27. März 2013 zu den Verletzungsfolgen am rechten Kniegelenk. Er hielt fest, dass sich in Bezug auf die Befunde der vorbehandelnden Ärzte die funktionellen Defizite im Vergleich mit der aktuellen Untersuchung nicht mehr wesentlich verändert hätten. Unfallchirurgisch sei der Endzustand erreicht. Der Beschwerdeführer sei aus rein orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht ganztags leistungsfähig. Ausschliesslich gehende und stehende Tätigkeiten und solche die im Knien und Hocken sowie auf Leitern und Gerüsten durchgeführt würden, seien aus dem Tätigkeitsprofil auszuschliessen. Die Voraussetzungen für eine Integritätsentschädigung seien im vorliegenden Fall nicht erfüllt (Urk. 7/107 S.

9). 3.2.5

Kreisärztin Dr. med. I.____, Fachärztin Neurochirurgie, hielt im Bericht vom 2.

April 2013 betreffend Untersuchung vom 27. März 2013

in Bezug auf die Rückenverletzung fest, der Beschwerdeführer berichte von keinerlei Besserung seit dem Unfall betreffend Sensibilität, Motorik und Schmerzsituation. Für den Beschwerdeführer stünden einerseits die motorischen Einschränkungen des rechten Arms, andererseits die Schmerzen im rechten Nacken, Schulter und Arm im Vordergrund. In der Untersuchung fanden sich eine deutliche Kraftminderung im Bereich des rechten Armes sowie eine ungewöhnliche Verteilung der sensiblen Defizite mit Sensibilitätsstörungen im Bereich des ersten Trigeminusastes (Hirnnerv) sowie weitere sensible Defizite ab C1 abwärts bis ca. Th 6, wobei die thoracalen Segmente nur am ventralen Rumpf defizitär seien. Zudem fänden sich keine Hinweise auf zentral-bedingte Paresen im Sinne von gesteigerten Muskeleigenreflexen an der oberen oder unteren Extremität bzw. pathologische Reflexe (Zeichen nach Babinski, Fusskloni) oder einer Tonuserhöhung. Der Romberg-Stehversuch sei nicht wirklich konklusiv beurteilbar. Präoperativ sei eine C7-Radikulopathie rechts beschrieben, die aufgrund des Unfallmechanismus sicher nachvollziehbar sei. Ein Central-Cord-Syndrom wäre grundsätzlich aufgrund des Unfallmechanismus und des im November nachgewiesenen Myelopathiezeichens in Höhe von C6/7 ebenfalls vorstellbar. Das aktuell demonstrierte klinische Bild weise jedoch gewisse Diskrepanzen auf. Sie schlage vor, den Befund elektrophysiologisch zu erhärten (Urk. 7/103 S. 12). 3.2.6

Prof. Dr. med. J.____, Neurologie FMH, wies im Bericht vom 18. April 2013 darauf hin, dass der Beschwerdeführer seinen rechten Arm weder beim An- noch beim Ausziehen gebrauche. Spontan werde der rechte Arm im Schultergelenk nicht bewegt. Aspektmässig habe er jedoch keine Hinweise auf eine Muskelatrophie und es bestehe keine Scapula

alata . Die Muskeleigenreflexe seien schwach , aber alle erhältlich, symmetrisch und dystrophe Veränderungen bestünden keine . Der Beschwerdeführer habe Mühe auf den Zehen zu stehen mit intermittierendem Nachgeben . Das

Fersenstehen rechts sei nicht möglich wohl aber links. Liegend würden sich dann aber intermittierend durchaus normale Dorsalextensionen beider Füße und der Zehen mit normaler Muskeltrophik zeigen. Die Bauchreflexe seien gut erhältlich, die Muskeleigenreflexe an den Beinen schwach und die

Babinski -Zeichen negativ. Spastische Zeichen seien keine

vorhanden .

In der Elektroneurographie ersah der Arzt die sensiblen Parameter

und das motorische Summenpotenzial des Nervus

medianus

im Normbereich mit normalen F-Wellen . Mit Bezugnahme auf die durchgeführte

Elektromyographie

(EMG) wies er darauf hin, dass keine pathologischen Spontanpotenziale der

musculi

deltoideus , biceps und brachioradialis

bestünden . Er vermerkte ein stark gelichtetes Interferenzmuster bei fehlender Partizipation und intermittierend ein volles Muster mit normal konfigurierten Muskeleinheitspotentialen .

In seiner Gesamtbeurteilung wies

der Arzt darauf hin , er wundere sich über die Diagnose des G.____ . Es handle sich durchwegs um funktionelle Störungen. Er habe keine Hinweise auf eine organische Genese beim klinischen Bild mit vollständig fehlenden Muskelatrophien, normalem Reflexbild, ohne Hinweise auf eine Spastik, also Ausschluss einer Vorderhornzell-Involvierung mit damit notwendiger Atrophie und einer Myelopathie ohne spastische Zeichen. Als zusätzliche Untersuchung könnte noch eine elektrophysiologische Untersuchung mit Magnetstimulation durchgeführt werden. Auf diese Untersuchung habe er aufgrund der genügenden Aussage der Klinik verzichtet (Urk. 7/108). 3.2.7

Oberarzt Dr. med. K.____ und Assistenzärztin med. prakt.

L.____

vom

M.____ äusserten sich im Bericht vom 8. Juli 2013 zur ambulanten Untersuchung des Beschwerdeführers vom 4. Juli 2013. Im neurologischen Befund hielten sie in Bezug auf die Motorik einen unauffälligen Tonus fest. Sie vermerkten keine Spastik, keinen Rigor , jedoch ein Absinken des rechten Arms beim Vorhalteversuch. Sie wiesen darauf hin , wenn der Beschwerdeführer den rechten Arm bewegen möchte, nehme er manchmal die linke Hand zur Hilfe. Zur Begrüssung/ Verabschiedung reiche er teilweise die linke , teilweise

die rechte Hand. Die Umfangmessungen der oberen Extremitäten bemessen die Ärzte 4 cm kranial der Fossa

cubitalis rechts mit 35 cm und links mit 34.5 cm und die Unterarme 4 cm distal der Fossa cubitalis rechts und links seitlich gleich mit 25 cm.

Mit Bezugnahme auf das EMG vom 4. Juli 2013 führten die Ärzte aus, als pathologischer Befund fand sich eine chronisch-neurogene Veränderung des Nervus

ulnaris und im C8-innervierten Musculus

abductor

digiti

minimi rechts. Darüber hinaus zeigten sich diskrete, subakut neurogene Veränderungen im C7/8 und dem Nervus

radialis innervierten Musculus

extensor

digitorum

communis. Die etwas verlängerte distal-motorische Latenz am Nervus

medianus beidseits könne Ausdruck eines Karpaltunnelsyndroms sein. Ansonsten bestehe ein elektrophysiologischer Normalbefund.

Mit Bezug auf die Aufzeichnungen der SEP vom 4. Juli 2013 vermerkten die Ärzte zum Befund am

Nervus

medianus,

nach peripherer elektrischer Stimulation und kortikaler Ableitung fanden sich Antwortpotentiale von verzögerter Latenz. Ebenso seien das cervikale Antwortpotential von verzögerter Latenz und die plexusnahe Latenz beidseits von grenzwertiger Latenz.

Zusammenfassend sei

das SEP am medianus rechts pathologisch und das SEP am medianus links grenzwertig pathologisch. Zum Befund der SEP des Nervus

tibialis hielten sie fest, dass

sich nach peripherer elektrischer Stimulation und kortikaler Ableitung beidseits Antwortpotentiale von verzögerter Latenz ableiten ließen. Zusammenfassend bestehe ein pathologisches

Tibialis SEP ohne Möglichkeit der Höhenlokalisation.

Aufgrund der Aufzeichnungen der MEP vom 4. Juli 2013 folgerten die Ärzte, dass nach radikulärer und corticaler magnetischer Stimulation mit Ableitung an beiden Armen und Beinen unauffällige Absolutlatenzen und seitengleich ausgeprägte Amplituden der motorischen Antwort gefunden worden seien. Die zentral-motorische Leitzeit sei zu den Armen und Beinen normal gewesen. Zusammenfassend bestehe kein Hinweis auf eine Pyramidenbahnläsion zu Armen und Beinen.

In ihrer Beurteilung hielten die Ärzte fest, klinisch zeige der Beschwerdeführer eine hochgradige Parese vieler Muskelgruppen des „linken“ Arms. Diese Paresen könnten allerdings in der Einzelkraftprüfung und während der Beobachtung und der Muskelprüfung in verschiedenen Armpositionen nicht objektiviert werden. Es sei somit von einer funktionellen Parese des rechten Arms auszugehen. Lediglich die C7/8-versorgte Hand-Muskulatur zeige eine minimale nachvollziehbare Schwäche. Hier bestehe auch eine elektrophysiologische Auffälligkeit. Auch die Sensibilitätsstörung sei kaum mit einem neuroanatomischen Korrelat zu erklären, wobei sicherlich zu einem früheren Zeitpunkt eine Läsion vorhanden gewesen sei. So scheine auch der Nervus

auricularis

magnus mitbetroffen gewesen zu sein. Aktuell bestehe aber eine Symptomausweitung und insbesondere ergebe sich kein Hinweis auf eine Central-Cord-Läsion. Es bestünden keine Spastik an den Armen und Beinen, keine Reflexsteigerung oder Reflexdifferenzen (Urk. 7/117). 3.2.8

Im Bericht des

G.____

vom 8. Juli 2013 über die Vorstellung des Beschwerdeführers zur neuro-urologischen Verlaufskontrolle am gleichen Tag hielten die Ärzte fest, trotz Therapie mit TENS-P bestehe eine persistierende Drangsymptomatik mit tropfenweiser Dranginkontinenz mehrmals am Tag. Der Beschwerdeführer benötige keine Einlagen. In der Sexualanamnese vermerkten sie, es bestehe eine regelrechte Erektion nach Einnahme von Cialis 20

mg. In der Beurteilung hielten sie fest, videodynamisch zeige sich eine hyperkapazitive, hyposensitive und normoaktive Harnblase mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie. Die Harnblase könne restharnfrei entleert werden und es sei kein vesiko-uretero-renaler Reflux zur Darstellung gekommen (Urk. 7/120). 3.2.9

Anlässlich einer Zweijahresverlaufskontrolle berichteten die Ärzte des G.____ über die neurologische Untersuchung vom 23. Oktober 2013. Im Bericht vom 24. Oktober 2013 befanden sie, klinisch neurologisch seien die Befunde im Wesentlichen unverändert. Die SEPs des Nervus

ulnaris und Nervus

tibialis

hätten einen stabilen Befund gezeigt (Urk. 7/131). 3.2.10

Dr. I.____ äusserte sich im Bericht vom 3. Dezember 2013

zu den neurophysiologischen Verlaufsuntersuchungen. Sie hielt fest, dass aufgrund der aktuellen neurologisch-elektrophysiologischen Befunde aus dem M.____ die festgestellten Paresen der Beine nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. Oktober 2011 zu sehen seien. Hierfür gebe es elektrophysiologisch keine Hinweise bei unauffälligen motorisch evozierten Potentialen. Auch klinisch zeigten sich hierfür keine typischen Symptome einer zentralen Parese der Beine. Auch die Armparese mit Einbeziehung aller wesentlichen Funktionen bzw. Muskelgruppen am rechten Arm sei nicht in vollem Umfang traumatisch/organisch erklärbar. Die neurogene Blasenentleerungsstörung könne aufgrund eines im MRI vom November 2011 nachgewiesenen

Myelonsignals und eines pathologischen Tibialis -SEPs über wiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfallereignis im Oktober 2011 gesehen werden. Betreffend die Behandlung der neurogene n

Blasen ent leerungs störung sei der Beschwerdeführer noch in Behandlung und eine Ver laufs kontrolle im Oktober 2013 geplant gewesen . Sollte keine neue Therapie (z.B. sakrale Neuromodulation) in Betracht gezogen w orden sein , seien die Voraus setzungen für einen Fallabschluss gegeben .

In diesem Fall sei aufgrund der Unfallfolgen aus dem Schadenfall vom 1 2. Oktober 2011 eine leichte Tätig keit ganztags zumutbar. Gewich te sollten dabei ab 5

kg beidhän d i g hantiert werden. Arbeiten über Schulterniveau sollten gemieden werden und aufgrund der Drangsymptomatik sollte es dem Beschwerdeführer jederzeit möglich sein , zur Toilette gehen zu können

(Urk. 7 /128). 3.2.11

I m Bericht vom 2 2. Janu ar 2014 beurteilte Dr. I. ___ den Integritätsschaden . Mit Verweis auf die Feinrastertabelle 7 „Integritätsschaden bei Wirbelsäulen affektionen “ hielt sie fest, ein geringer Dauerschmerz bis 10° Achsenabwei chung

werde mit 5-10 % gewertet. Der Status nach Laminektomie und Spon dylodese werde mit einer Erhöhung von 5-15 % und sensomotorische Defizite mit einer Erhöhung um weitere 5-15 % berücksichtigt. Die vorliegenden Schmerzen würden mit

E. 6

des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden

soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt die Versicherungsleistungen bei Berufs unfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 10

% , der Status mit nach anteriorer

Arthrodes e C6 /7 und posteriorer Stabilisierung C5-C7 mit weiteren 10 % berücksichtigt. Die sensomotorischen Defizite im C7 - und C8-Versorgungsgebiet rechts würden mit 15 % bewertet. Gemäss Feinrastertabelle 9 „Integritätsschaden bei Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten an inneren Organen“ w e rde eine komplette Urininkontinenz mit 30 % gewertet. Die vorliegende Urininkontinenz bestehe in einer Dran g symptomatik mit wenig Dran g inkontinenz. Daher w e rde ein Drittel des veranschlagten Wertes für die komplette Urininkontinenz genommen. Ins gesamt erhalte man so einen Wert von 45 % (Urk. 7/140). 3.2.12

Im Bericht vom 1 4. April 2014 wies Dr. I. ___ auf die an der A. ___ im Rahmen der Zweijahreskontrolle am 2 3. Oktober 2013 durchgeführte neuro physiologische Verlaufsuntersuchung hin. Sie vermerkte, dass die Ulnaris -SEPs beidseits pathologische Befunde zeigten , welche sich im Verlauf jedoch gebessert hätten. Betreffend die Tibialis -SEPs seien beidseits verzögerte, das heisse pathologische Latenzen feststellbar gewesen, die im Vergleich mit den Voruntersuchungen stabil gewesen seien. Neu werde klinisch keine Parese der Beine mehr festgestellt und die Paresen am rechten Arm würde n sich erstmals auf die Dermatome C7/C8 beschränken. Die elektrophysiologischen Ergebnisse würden den Befunden des M. ___ nicht widersprechen. Der Befund der A. ___

vom 23. Oktober 2013 sei bei der Formulierung des Zumutbarkeitsprofil im Rahmen der Beurteilung vom 3. Dezember 2013 [Bericht vom 9. Dezember 2013 , E. 3.2.10]

berücksichtigt worden (Urk. 7 /148). 4. 4.1

Vorwegzuschicken ist, dass aufgrund der Aktenlage keine Therapieoptionen vorgeschlagen wurden , die eine nachhaltige Verbesserung (Art. 19 Abs. 1 UVG) der Beschwerdesituation erwarten lassen. Mangels gegenteiliger Anhaltspunkte in den medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass der Endzustand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin, jedenfalls per Ende Juli 2014 erreicht war und damit der

Fallabschluss zu erfolgen hatte. Dies wird zu Recht auch nicht bestritten. 4. 2

Im Hinblick auf einen Rentenanspruch aus Unfallversicherung ist zunächst zu prüfen, wie sich die Unfallfolgen auf das berufliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auswirken. Es steht aufgrund der medizinischen Akten fest und ist unbestritten, dass er seit dem Unfall vom 14. Oktober 2009 von Seiten des rechten Kniegelenks

und aufgrund des Unfalls vom 12. Oktober 2011 von Seiten des Rückens dahingehend eingeschränkt ist, dass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maler, die unter anderem Überkopfarbeiten und Arbeiten auf Leitern und Gerüsten erfordert , keine verwertbare Einsatzfähigkeit mehr besteht. 4. 3

Strittig und zu prüfen ist dagegen , ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit arbeits- beziehungsweise leistungsfähig ist.

Die behandelnden Ärzte , namentlich die Ärzte des

G.____ ,

haben sich zur zumutbaren Belastbarkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit nicht geäußert . Die Kreisärztin erachtet eine leichte Tätigkeit ganztags für zumutbar , unter Berücksichtigung, dass Gewichte ab 5

kg beidhändig hantiert und Arbeiten über Schulterniveau gemieden werden , und dass der jederzeitige Zugang zu einer Toilette gewährleistet sei (E. 3.2.10).

Anlass zu einer Kontroverse ergibt

in diesem Zusammenhang einzig

die diagnostizierte inkomplette Tetraparese C1 ASIA D, die kurz nach dem Unfall im November 2011 durch die

A.____

gestellt wurde (E. 3.2.1) und woraus der Beschwerdeführer eine komplette Gebrauchsunfähigkeit der rechten Hand und des rechten Arms ableitet (vgl. Urk. 2 S. 3) .

Die Diagnose konnte in den rund eineinhalb Jahre später erfolgten neurologischen Untersuchungen nicht mehr gestellt werden und die gezeigten Beeinträchtigungen wurden einer funktionellen Parese zugeschrieben (vgl. E. 3.2.6 f.). Hierbei wurde darauf hingewiesen , dass die Untersuchungsbefunde keine Muskelatrophien und ein normales Reflexbild zeigten . Auch ergaben sich keine Hinweise auf eine Spastik (E. 3.2.6).

Elektrophysiologisch wurde

eine Pyramidenbahnläsion ausgeschlossen (E . 3.2.7).

Aktenkundig ist, dass

die behandelnden Ärzte bereits im Zusammenhang mit dem Knieschaden auf eine Symptomausweitung (E. 3.1.3) und eine diffuse Schmerzsymptomatik (E. 3.1.6) hingewiesen hatten. Auch später im Zusammenhang mit der Rückenverletzung wiesen sie auf ein diskrepantes, organisch nicht erklärbares Beschwerdebild hin und äusserten den Verdacht auf Aggravation von Symptomen (E. 3.2.2).

Diskrepanzen zwischen den objektivierbaren Befunden und dem demonstrierten Beschwerdebild stellte auch die Kreisärztin aufgrund der eigenen Untersuchung fest, weshalb die ergänzenden neurologischen (elektrophysiologischen) Untersuchungen durchgeführt wurden (E. 3.2.5).

Die Kreisärztin konstatierte in diesem Zusammenhang auch, dass die kurze Zeit später an der A.____ erhobenen objektivierbaren und pathologischen Befunde den elektrophysiologischen Ergebnissen nicht widersprechen (E. 3.2.10). Aus dem Gesagten folgt, dass

sich die

abschliessende kreisärztliche

Beurteilung zur unfallbedingten funktionellen Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit wider spruchlos und

schlüssig in die medizinische Aktenlage einfügt. Dieser Beurteilung steht auch keine konträre medizinische Einschätzung

gegenüber und stellt damit eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.7) dar. 4. 4

Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist. Von weiteren Abklärungen (vgl. zum gestellten Antrag des Beschwerdeführers, Urk. 1 S. 2) sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, ist doch der relevante Gesundheitsschaden am rechten Kniegelenk und an der Wirbelsäule hinreichend dargestellt und sind sich die Ärzte bezüglich der objektiven Untersuchungsergebnisse einig. Damit ist darauf zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen).

5. 5. 1

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit. 5. 2

Die Beschwerdegegnerin bemass das Valideneinkommen aufgrund der Stundenlohnangaben

der Y.____ (Urk. 8/65). Nominallohnbereinigt ermittelte sie im Jahr 2014 (Rentenbeginn nach Fallabschluss per August 2014) ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 61'862.-- (Urk. 6 S.

7). Dies erscheint im Hinblick auf die vom Beschwerdeführer in den Jahren vor dem ersten Unfall erzielten Erwerbseinkommen (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto [IK; Urk.

8/70 S. 2 f.) als grosszügig bemessen und blieb beschwerdeweise zu Recht unbeanstandet.
5.3

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens sind unbestrittenermassen die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen, da der Beschwerdeführer keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat.

Dabei erweist es sich mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 7, Urk. 6 S. 8) als gerechtfertigt, auf den nicht nach Branchen differenzierten standardisierten monatlichen Bruttolohn (Zentralwert) für männliche Arbeitskräfte an Arbeitsplätzen des niedrigsten Anforderungsniveaus im privaten Sektor von monatlich Fr. 4'901.-- (LSE 2010, Tabelle TA1, Total) abzustellen. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Tabelle B 9.2, Total, in: Die Volkswirtschaft 3-4/2015 S. 88) und der geschlechterspezifischen Nominallohnentwicklung (vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2013; abrufbar unter <http://www.bfs.admin.ch>) ergibt sich für das massgebende Jahr 2014 ein Betrag von Fr. 63'296.95 (Fr. 4'901.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.01 x 1.008 x 1.007 x 1.007). Hiervon brachte die Beschwerdegegnerin den maximal zulässigen Wert von 25 % (BGE 126 V 75 E. 5b/cc) in Abzug, was ein Invalideneinkommen von Fr. 47'472.70 ergibt. Ein derart hoher Abzug vom Tabellenlohn ist an der Grenze willkürlicher Ermessensausübung, was Voraussetzung für ein gerichtliches Einschreiten wäre (BGE 137 V 71 E. 5.1). Zu berücksichtigen ist namentlich, dass ein solcher maximaler Abzug von der Rechtsprechung unter anderem bei funktioneller Einarmigkeit gewährt wurde (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2008 vom 17. September 2008 E. 3.3.2; vgl. zur wirtschaftlichen Verwertbarkeit Urteil des Bundesgerichts 8C_217/2015 vom 28. August 2015 E. 2.2.1). Eine solche Konstellation ist vorliegend nicht gegeben und dem Beschwerdeführer verbleibt nach wie vor eine ausreichende Palette an möglichen Arbeitstätigkeiten. Geht man zugunsten des Beschwerdeführers vom von der Beschwerdegegnerin gewählten Abzug aus, ergibt sich aus der Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von Fr. 61'862.-- (vgl. E. 5.2 hiervor) eine unfallbedingte Lohneinbusse von gerundet 23 %. 6.6.1

Bezüglich der strittigen Integritätsentschädigung ist der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2 S. 8 f.) ebenfalls nicht zu beanstanden. Denn einerseits ist in Bezug auf die Knieproblematik aufgrund der Untersuchungsbeefunde mit Erhebung der Umfangsmasse der Extremitäten und der Bewegungseinschränkungen durch Dr. H.____ (vgl. E. 3.2.4, Urk. 7/107 S. 8) genügend klar, dass die Werte gemäss SUVA Tabelle 2 nicht erfüllt sind. Dr.

I.____

führte sodann in Bezug auf die Verletzungsfolgen am Rücken (vgl. E.

3.2.11) differenziert und nachvollziehbar aus, dass der Integritätsschaden nicht mit einem Verlust respektive mit einer völligen Gebrauchsunfähigkeit des rechten Arms im Sinne der Tabelle UVV Anhang 3 (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten) – entsprechend der beantragten Integritätseinbusse von 35 % (Urk. 1 S. 7) – verglichen werden kann. Auch die Bemessung aufgrund der Urininkontinenz, die aufgrund der medizinischen Berichte als Drangesymptomatik mit wenig Dranginkontinenz umschrieben wurde und den Beschwerdeführer auch nicht veranlassen, Einlagen zu tragen

(vgl. E. 3.2.8), ist mit 10 %

zutreffend

bewertet, was eine im Drittel des Wertes bei vollständiger Urininkontinenz entspricht. 6.2

Insgesamt ist nicht ersichtlich und wurde auch vom Beschwerdeführer

nicht substantiiert aufgezeigt, inwiefern die überzeugend begründete Einschätzung der Kreisärzte unzutreffend sein sollte. Der blosser Hinweis auf das subjektive Unvermögen ohne Bezugnahme auf medizinische Befunde gibt keine Veranlassung, den von den SUVA-Kreisärzten gesamthaft auf 45 % veranschlagten Integritätsschaden zu korrigieren, zumal nicht einfach eine Addition der einzelnen Werte vorzunehmen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_826/2012 vom 28. Mai 2013 E. 3.2).

Folglich sind auch die Einschätzung der Integritätseinbusse und damit die Höhe der zugesprochenen Integritätsentschädigung nicht zu beanstanden. 7.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. September 2014 (Urk. 2) erweist sich nach dem Gesagten in allen Teilen als rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Renata Hajek Saxer -
Rechtsanwältin Dr. Sabine Baumann Wey - 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
Der Gerichtsschreiber Gräub Nef

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