

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00161 vom 29. November 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00161](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00161)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00161 du 29 novembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00161 del 29 novembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1972 geborene X.\_\_\_\_, war seit 22. September 2009 als Reinigerin in einem Teilzeitpensum von 40 % bei der Y.\_\_\_\_ in Z.\_\_\_\_ ange stellt und damit bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert (Urk. 8/5). Am 1. November 2012 stürzte sie zu Hause eine Treppe hinunter und zog sich Verletzungen am rechten Fuss zu (Schadenmeldung vom 26. November 2012, Urk. 8/2). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung). Am 23. April 2014 (Urk. 8/100) kündigte die Suva an, dass sie aufgrund der Untersuchung durch ihren medizinischen Beratungsdienst von ei ner 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehe und ab 1. Juli 2014 noch ein Taggeld von 50 % ausrichte.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle ,

stellte ihrerseits mit Vorbescheid vom 11. September 2014 die befristete Zuspache einer halben Invalidenrente vom 1. Juni bis 1. Oktober 2014 in Aussicht (Urk. 8 /121 /2-5 ).

Am 12. Dezember 2014 (Urk. 8/144) teilte die Suva mit, dass sie die Taggeldleis tungen ab 30. November 2014 ganz einstelle und weitere Leistungen ab 1. Dezember 2014 prüfen werde, wobei sie die sporadischen ärztlichen Kontrol len, Schmerzmedikamente und Physiotherapie sowie orthopädische Schuhein richtungen weiterhin übernehmen werde. Mit Verfügung vom 10. März 2015 (Urk. 8/162) sprach sie gestützt auf eine errechnete Lohneinbusse von 52 % eine Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Dezember 2014 und eine Integritätsentschädi gung entsprechend einer Integritätseinbusse von 12.5 % zu. Die dagegen erhobene Einsprache vom 14. April 2015 (Urk. 8/175) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 9. Juni 2016 ab (Urk. 2).

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 8. Juli 2016 (Urk. 1) Beschwerde und bean tragte, die Verfügung vom 10. März 2015 sowie der Einspracheentscheid vom 9. Juni 2016 seien hinsichtlich der Invalidenrente aufzuheben und es sei ab 1. Dezember 2014 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % zu erbringen. Die Suva schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. September 2016 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 22. September 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

#### **E. 2.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgeset zes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallver sicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 1. November 2012 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 2.2**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

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).

### **E. 2.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C\_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

### **E. 2.4**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des

Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

### **E. 2.5**

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).

### **E. 3**

Mit Urteil heutigen Datums wies das hiesige Gericht die Beschwerde gegen die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 12. August 2016 (Urk. 10) betreffend befristete Zusage einer halben Rente von Juni bis September 2014 und Verneinung eines Rentenanspruch ab Oktober 2014 ab (Prozess IV.2016.00945). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die mit Verfügung vom 10. März 2015 zugesprochene Integritätsentschädigung nach Massgabe einer Integritätseinbusse von 12.5 % bildet vorliegend nicht mehr Streitgegenstand (Urk. 1 S. 2). Strittig und zu prüfen ist einzig die Höhe der für den Rentenanspruch massgebenden Erwerbsunfähigkeit. 2.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführerin begründete ihren Rentenentscheid (Urk. 2 S. 6) damit, dass gestützt auf die kreisärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung die Beschwerdeführerin in einer sitzenden Tätigkeit ohne Zwangshaltung des rechten Beins zu 50 % arbeitsfähig sei. Ausgehend von einem Tabellenlohn nach den Vorgaben der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2012 ergebe sich aufgerechnet auf das Jahr 2014 und angesichts der Leistungseinbusse von 50 % ein Betrag von Fr. 26'108.--, was nach Berücksichtigung eines leidsbedingten Abzuges von 15 % einem Invalidenlohn von Fr. 22'192.-- entspreche.

Invaliditätsbedingte Mehrkosten seien beim Invalideneinkommen nicht zu berücksichtigen, da es der Beschwerdeführerin trotz reduzierter Mobilität zugemutet werden könne, die öffentlichen Verkehrsmittel zu benützen, um an den Arbeitsort zu gelangen. Schliesslich sei sie auch in der Lage, in die Ferien zu fliegen, und zwecks Erhaltung einer gewissen

Mobilität seien auch die Kosten für Spezialschuhe übernommen worden. Dass sie weder Treppen überwinden noch in Bahn und Bus einsteigen könne, sei nicht nachvollziehbar, zumal öffentliche Verkehrsmittel behindertenkonform eingerichtet seien. Als schaden mindernde Massnahme wäre angesichts der verbleibenden Erwerbsdauer bis zur Pensionierung auch ein Umzug in die Nähe des (hypothetischen) Arbeitsplatzes zumutbar.

Das Valideneinkommen sei gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin für das Jahr 2014 auf Fr. 46'656.-- festzulegen, wobei die Ferienentschädigung bereits in den herangezogenen Jahresstunden enthalten sei.

Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiere ein Invaliditätsgrad von 52.43 %.

### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin führte zu ihrem Antrag auf Zusprache einer Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % aus (Urk. 1 S. 3 ff.), dass eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wenn die Beschwerdeführerin denn einmal an einem Arbeitsplatz sitze, angesichts der chronisch schmerzhaften Einschränkungen an der obersten Grenze, eher schon darüber liege. Angebracht sei es auch, beim Invalideneinkommen einen leidensbedingten Abzug von 15 % vorzunehmen (S. 3 f).

Ferner sei die Beschwerdeführerin gemäss Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, für grössere Strecken immer auf die Hilfe Dritter angewiesen und könne bis heute unverändert nur kurze und unkomplizierte Wege zurücklegen. Treppensteigen oder auch ein Bahneinstieg seien ihr nicht möglich. Sie müsste daher den Arbeitsweg mit einem kostenpflichtigen Fahr- beziehungsweise Taxidienst bewältigen. Damit sei pro Arbeitstag mit Kosten von mindestens Fr. 200.-- zu rechnen. Diese Gewinnungskosten seien als invaliditätsbedingte Mehrkosten vom Invalideneinkommen in Abzug zu bringen. Bei jährlichen Taxifahrkosten von mindestens Fr. 48'000.--, abzüglich der Kosten für ein ZVV-Jahresabonnement, würden diese Mehrkosten das berechnete Invalideneinkommen bei weitem übersteigen (S. 5).

Das tägliche Pendeln, alleine im Arbeitsverkehr in den öffentlichen Verkehrsmitteln, sei nicht mit einer jährlichen Flugreise nach Pristina in Begleitung und mit Unterstützung ihrer Familie zu vergleichen. Die Beschwerdeführerin könne wegen der Hyperästhesie auch den Spezialschuh nicht tragen, weshalb dieser nichts zur Verbesserung ihrer Mobilität beitrage; und wegen des nur kleinen Nebenverdienstes sei ein Umzug in die Nähe des hypothetischen Arbeitsplatzes nicht zumutbar, da der Ehemann der Hauptverdiener der sechs köpfigen Familie sei und er seit über 14 Jahren beim gleichen Arbeitgeber in B.\_\_\_\_ in einem vollzeitlichen und ungekündigten Arbeitsverhältnis stehe (S. 6 f.).

### **E. 4.1**

Im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2013 (Urk. 8/21) über die ambulante Untersuchung in der Fussprechstunde vom 31. Januar 2013 hielten die zuständigen Ärzte die folgenden Diagnosen fest: Status nach OSG- (oberes Sprunggelenk) Distorsion rechts vom 1. November 2012 mit - schalenartigem, ossärem Bandabriss am lateralen Malleolus - Osteochondrale Läsion zentral der Gelenkfläche der distalen Fibula/Tibia rechts  
Nebendiagnose - Adipositas

Die Beschwerdeführerin sei von Dr. D.\_\_\_\_, Co-Chefarzt Chirurgie am E.\_\_\_\_, zur Mitbeurteilung überwiesen worden. Anamnestisch habe sie sich am 1. November 2012 eine

OSG-Distorsion rechts mit ossärem Bandabriss am lateralen Malleolus zugezogen. Initial sei eine konservative Therapie mit Ruhigstellung und Analgesie erfolgt. Im Verlauf sei es zur fehlenden Heilung des ossären Bandabrisses gekommen. Begleitend beklage die Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis Sensibilitätsstörungen im Bereich des Vorfusses mit persistierenden Beschwerden. Bei initialem Verdacht auf eine Algodystrophie sei eine Magnetresonanztomografie (MRI) des rechten OSG veranlasst worden. Hier habe sich eine osteochondrale Läsion zentral der distalen Tibia rechts gezeigt.

Aufgrund dessen, dass die Beschwerdesymptomatik durch die Physiotherapie in den letzten zwei Wochen deutlich habe verbessert werden können, sei die Fortführung der konservativen Massnahmen mit Physiotherapie und der Übergang zur Vollbelastung und begleitend die Fortführung der analgetischen Therapie zu empfehlen.

#### **E. 4.2**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, berichtete im Eintrag vom 4. April 2013 (Urk. 8/35), die am 15. März 2013 durchgeführte Testinfiltration im Bereich des Os trigonum und im Bereich der lateralen Malleolar spitze habe eine positive Wirkung mit wenig Schmerzen innerhalb von 24 Stunden gezeigt. Danach seien die Schmerzen jedoch wieder gleich wie vor der Infiltration gewesen. Bei eindeutiger Pathologie im Bereich der lateralen Malleolar spitze und im Bereich des Os trigonum mit positiver Testinfiltration müsse eine operative Therapie in Betracht gezogen werden, da die Beschwerdeführerin bereits seit mehreren Monaten arbeitsunfähig sei.

Im Operationsbericht vom 15. Mai 2013 (Urk. 8/43) hielt Dr. F.\_\_\_\_ die operative Entfernung des Os trigonum und die Entfernung des Frakturfragments an der Fibulaspitze sowie die transossäre Refixation des Ligamentum fibulotalare anterius am OSG rechts fest.

In einem weiteren Eintrag vom 25. Juni 2013 (Urk. 8/44) berichtete Dr. F.\_\_\_\_, die postoperativen Schmerzen seien weitgehend regredient. Auf der lateralen Seite bestünden noch Oberflächen- und tiefe Weichteilschmerzen. Die Beschwerdeführerin nehme regelmässig Analgetika und gehe nach wie vor an Gehstöcken bei verlangsamtem Gangbild mit Vapoped-Schuh. Inspektorisch bestünden eine Restschwellung lateral betont am rechten OSG mit Reizung des Weichteils lateral und eine Druckdolenz in der Tiefe im Bereich der anterolateralen Kapsel. Medialseitig seien praktisch keine Schmerzen vorhanden. Die Beschwerdeführerin sei nochmals darauf aufmerksam gemacht worden, dass je länger das pathologische Gangbild vorhanden sei, desto schwieriger es sei, wie der ein normales Gangbild zu erlangen. Die Beschwerdeführerin dürfe den rechten Fuss wieder voll belasten, und die Stöcke seien in den nächsten Wochen definitiv wegzulassen; und sobald es gehe, seien auch wieder normale Schuhe im Alltag einzusetzen.

Im Bericht vom 16. August 2013 (Urk. 8/48) hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, alles in allem zeige sich ein protrahierter klinischer Verlauf und die Entwicklung einer Algodystrophie. Deswegen sei eine kreisärztliche Untersuchung zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, zur Evaluation von Umschulungsmöglichkeiten und allen falls zur Einweisung in eine stationäre Rehabilitation, zum Beispiel in der G.\_\_\_\_, zu veranlassen.

#### **E. 4.3**

Kreisärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie FMH, hielt im Untersuchungsbericht vom 17. September 2013 (Urk. 8/55 S. 3 f.) fest, die Beschwerdeführerin lebe seit 1988 mit ihrer Familie mit vier Kindern (Tochter 21-jährig; drei Söhne: Zwillinge 15-jährig und ein

16-jähriger Sohn) in der Schweiz. Sie gebe an, dass die Schmerzen bei einer Skala bis zehn zurzeit etwa bei sieben lägen. Die Schmerzen seien zwar nach der Operation etwas weniger geworden, aber immer noch vorhanden. Wenn sie weitere Strecken gehen müsse, gehe sie immer mit Unterarmgehstützen. Zuhause versuche sie es ohne. Bezüglich des Tagesablaufs gebe sie an, dass sie meistens gegen 7 Uhr aufstehe und schaue, dass ihre drei Söhne zur Schule kämen. Sie versuche, immer etwas im Haushalt zu machen, jedoch gehe dies meistens nicht, und sie habe die Hilfe ihrer Tochter und ihres Mannes. Sie versuche immer, vormittags etwas für den Mittag zu kochen, wobei sie sich oft einen Stuhl in der Küche nehmen müsse. Am Nachmittag versuche sie, den Abwasch zu machen, und anschliessend sei sie eher im Internet, schaue fern, liege und lagere den Fuss hoch. Das Abendbrot werde gemeinsam gerichtet. Meistens sei gegen 23 Uhr Nachtruhe. Die Nachtruhe sei gestört, da sie mehrmals wach werde. Der Wocheneinkauf werde vorwiegend durch die Tochter und den Ehemann erledigt. Sie selber gehe kaum noch einkaufen. Medikamente würden zurzeit keine mehr eingenommen, und es würden auch keine Therapien mehr durchgeführt.

Im Allgemeinzustand erhob die Kreisärztin eine Körpergrösse der Beschwerdeführerin von 163 cm bei einem Körpergewicht von 120 kg und vermerkte einen Status nach einer Bauchwandhernienoperation im Jahr 2003/2004 (S. 4). Unter der Diagnose hielt sie fest (S. 5), es bestehe der Verdacht auf ein CRPS (complex regional pain syndrome) am rechten Fuss bei einem Status nach ossärem Bandausriss am lateralen Malleolus und operativer Entfernung des Os trigonum und von Frakturfragmenten an der Fibulaspitze sowie einer transossäre Refixation des Ligamentum fibulotalare anterius im Mai 2013. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung könne die Verdachtsdiagnose aufgrund des klinischen Befunds, welcher im Bereich des rechten Fusses kühler, schweissiger und blässer sei, bei dauernden Schmerzangaben bestätigt werden. Bei den erhobenen Befunden sei ein erneuter Versuch mit einer Miacalcic/Vitamin-C und NSAR-Therapie, eventuell einer Sympathikolyse und einem Verlaufs-MRI zu empfehlen. Sollten sich die Befunde und Beschwerden aufgrund der CRPS-Therapie und Sympathikolyse verbessern, wäre anschliessend eine intensive Rehabilitation in G.\_\_\_\_ sinnvoll, damit die Beschwerdeführerin wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden könne.

#### **E. 4.4**

Dr. A.\_\_\_\_ erwähnte im Bericht vom 11. Dezember 2013 (Urk. 8/75) einen telefonischen Erstkontakt mit der Beschwerdeführerin am 26. September 2013 und eine Erstbeurteilung am 28. Oktober 2013 sowie Nachkontrollen, wobei die Beschwerdeführerin sich jeweils durch ihre Tochter, die von Beruf medizinische Praxisassistentin sei, habe begleiten lassen. Die komplexe Schmerztherapie sei fraglich, da die Beschwerdeführerin die ihr vorgeschlagenen Massnahmen bereits kategorisch abgelehnt habe. Eine intensive Physiotherapie im Rahmen eines G.\_\_\_\_-Aufenthaltes würde sie allenfalls im kommenden Jahr nicht ablehnen. Er habe ein sehr einfach zu handhabendes Heimprogramm instruiert, und bei der letzten Kontrolle vom 2. Dezember 2013 habe ein kleiner, messbarer Erfolg von 2 cm (max. Extension zu max. Flexion) im Fussgelenk verifiziert werden können.

Im Bericht vom 25. Februar 2014 hielt der Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ fest (Urk. 8/91 S. 2), die Beschwerdeführerin leide zweifelsfrei an einem chronischen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS) nach Fraktur des rechten Malleolus lateralis mit Status nach operativer Versorgung. Erschwerend für die Heilung sei womöglich das massive Übergewicht der Patientin mit lipödematösen Beinen und einer Unsportlichkeit seit jeher sowie einem Nikotinabusus von einem Paket pro Tag. In der Beobachtungszeit seit dem 28. Oktober 2013 seien unter

regelmässigem Heimprogramm doch kleine Fortschritte in der Fussbeweglichkeit erzielt worden; so sei derzeit die Messung der Fussbeweglichkeit in der Sagittalebene (Dorsalflexion/Plantarflexion) 0/0/25 Grad, während der Fuss bei der Erstuntersuchung plantar praktisch nicht gebeugt werden können.

#### **E. 4.5**

Im kreisärztlichen Abschlussbericht vom 25. März 2014 (Urk. 8/96 S. 2 f.) führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin schildere, dass sich seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung im September 2013 insgesamt keine grossen Veränderungen ergeben hätten. Bezüglich des Tagesablaufs gebe sie nun an, dass sie eigentlich die Haushaltstätigkeiten wieder verrichte. Kochen gehe ganz gut; auch die Wäsche zusammenlegen könne sie gut im Sitzen. Die Wäsche runter bringen und hochbringen mache sie nicht, wegen der Treppen; die Waschmaschine beziehungsweise den Trockner füllen gehe jedoch. Der Abwasch in der Küche gehe an sich auch ganz gut; sonstige Reinigungsarbeiten, welche stehend und gehend ausgeführt werden müssten, seien erschwert und würden eigentlich von den Familienmitgliedern übernommen. Über den Tag verteilt schaue sie fern, sei im Internet, lese etwas, und in letzter Zeit habe sie auch öfters mit ihren Kindern Bewerbungen machen müssen. Die Nachtruhe sei an sich nicht mehr so gestört wie früher. Sie erwache jedoch immer noch zwei bis dreimal, und der Fuss müsse auf einem Kissen gelagert sein. Zurzeit könne sie sich keine, auch keine sitzende Tätigkeit vorstellen, weil sie nach knapp einer halben Stunde Schmerzen im Bein verspüre, wenn das Bein nach unten hänge. Zuhause sitze sie immer auf einem Sofa und halte das Bein hochgelagert. Eigentlich werde auch der Einkauf von den Familienmitgliedern erledigt, wobei sie aber oft mitgehe. Zu den Unterarmgehstützen gebe die Beschwerdeführerin an, dass sie eigentlich zuhause immer versuche, ohne diese zu gehen, jedoch benütze sie diese auch mal zuhause, wenn sie starke Schmerzen habe. Ausser Haus habe sie immer die Unterarmgehstützen dabei. Auch beim Treppensteigen nehme sie immer die Stöcke. Als Medikation gebe die Beschwerdeführerin die Einnahme von einem Gramm Dafalgan morgens an, und dass eine Schmerzmedikation mit Lyrica durch den Hausarzt geplant sei.

Die Kreisärztin hielt fest (S. 5), dass sich im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung bei der aktuellen klinischen Untersuchung eine rückläufige CRPS-Symptomatik zeige. Der rechte Fuss sei nicht mehr schweissiger als links und auch nicht blässer. Lediglich der Fussrücken und die Fusssohle seien noch kühler als links. Auch unter Belastung komme es zu keinen Veränderungen des Hautkolorits. Bezüglich Beweglichkeit (Sprunggelenk und Fuss) habe sich kein gravierender Unterschied in den letzten sechs Monaten ergeben. Klinisch liege insgesamt eine leichte Verbesserung der Gesamtsituation im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung vor. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Küchenhilfe; aber eine optimal angepasste, überwiegend sitzende Tätigkeit ohne Zwangshaltung des rechten Beins sollte aktuell zumindest zu 50 % möglich sein.

#### **E. 4.6.1**

Am 17. September 2014 (Urk. 8/122) berichtete Dr. A.\_\_\_\_ zu Händen der Beschwerdegegnerin, leider habe sich seit der zweiten kreisärztlichen Untersuchung keine Verbesserung mehr gezeigt. Auch könne aus seiner hausärztlichen Sicht die von der Kreisärztin festgestellte leichte Verbesserung der Gesamtsituation nicht nachvollzogen werden. Es entspreche auch nicht den Beobachtungen beziehungsweise Einschätzungen,

dass die Beschwerdeführerin zu 50 % einer ihren Einschränkungen angepassten sitzenden Tätigkeit nachgehen könne. Dar über hinaus habe sich die IV-Stelle ärgerlicherweise gegen die Zusprache einer Invalidenrente zu 50 % ab 1. Oktober 2014 ausgesprochen. Laut beiliegender Verfügung sei lediglich der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente vom 1. Juni bis 30. September 2014 bestätigt worden. Dazu kämen „schon fast menschen verachtend, die penetranten Forderungen der RAV, die der Patientin zumuten wollen, dass sie an vierzehn Halbtagen an einem Bewerbungskurs in Zürich teilnehmen soll“. Auch diesbezüglich könnten die Bestrebungen des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums im vorliegenden Fall nicht unterstützt werden.

Die antineuropathische Behandlung mit Lyrica habe wegen Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen, und aktuell werde Paracetamol bis vier Gramm nach Bedarf angewendet. Die schulmedizinischen Möglichkeiten seien ausgeschöpft. Aus seiner Sicht bestehe eine 50%ige Invalidität, mit Anrecht auf eine ebenso hoch bezifferte Rente. Er habe

der Beschwerdeführerin dazu geraten, den Vorbescheid der IV-Stelle vom 11. September 2014 anzufechten .

#### **E. 4.6.2**

Im Bericht vom 17. September 2014 zu Händen des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (Urk. 8/123) äusserte sich der Hausarzt Dr. A. \_\_\_ dahin, die Beschwerdeführerin sei nach einem Unfall mit Beinbruch im November 2012 und anschliessend chronischem regionalem Schmerzsyndrom erheblich geh- und bewegungsbehindert. Gegenwärtig stehe sie wegen weiterer körperlicher Probleme in Abklärung. Einerseits seien es die bereits erwähnten Abklärungen körperlicher Probleme des Bauchraumes, andererseits die massiv reduzierte Mobilität mit chronischen Fusschmerzen, unsicherem Gang und der Notwendigkeit zu beidseitiger Gehstockentlastung. Aufgrund dieser Situation könne ein Schulbesuch in Zürich nicht zugemutet werden, weshalb sie hinsichtlich des Kurses vom 29. September bis zum 23. Oktober 2014 aus medizinischen Gründen zu dispensieren sei.

#### **E. 4.7**

Anlässlich einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung vom 6. November 2014 (Urk. 8/133) berichtete Dr. H. \_\_\_ (S. 3), die Beschwerdeführerin gebe bezüglich ihres Tagesablaufs an, dass sie nicht viel machen könne. Staubsaugen könne sie nicht; kochen und abwaschen könne sie aber. Im Verlauf merke sie, dass der Fuss mehr nach aussen gehe; sie wäre schon zweimal fast gestürzt, als die Tochter nicht zu Hause gewesen sei. Seitdem benütze sie auch in der Wohnung immer einen Stock. Sie stehe meistens morgens gegen 7 Uhr auf, bereite das Frühstück vor und schaue, dass die Kinder zur Schule kämen. Nachher frühstücke sie selber und beginne mit dem Kochen des Mittagessens. Zum Mittagessen zwischen 11 und 13 Uhr kämen in der Regel vier Leute nach Hause. Nach dem Abwasch lese sie Zeitung oder sei am Computer. Am Nachmittag bekomme sie Besuch von Bekannten und Freunden. Selbst gehe sie nicht weg, weil sie nicht mehr als 200 bis 400 Meter laufen könne. Der Einkauf werde vom Ehemann erledigt. Das Abendbrot werde dann wieder von ihr vorbereitet. Den Abend verbringe sie in der Familie, teilweise beim Fernsehen. Meist gehe sie gegen 23 Uhr zu Bett. Die Nachtruhe sei gestört, sie werde immer wieder wach wegen der Schmerzen im Fuss, vor allem lageabhängig, und sie müsse in der Regel auch zwei- bis dreimal nachts aufstehen. An Medikamenten nehme sie Dafalgan 1g und Novalgin 500 mg. Sie habe seit zwei Wochen wieder mit Physiotherapie

begonnen. Es seien vor allem Massagen, wobei jede Bewegung schmerzhaft sei.

Die Kreisärztin wies darauf hin (S. 4), dass wenn man die heute erhobenen objektiven Befunde mit denen der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 26. März 2014 vergleiche, sich keine objektivierbare Veränderung zeige. Der rechte Fuss sei weiterhin etwas kühler als links, und es bestehe weiterhin eine Allodynie im Bereich des Aussenknöchels am lateralen Fussrand/Ferse. Es lägen keine trophischen Störungen vor, bei Haar- und Nagelwuchs, und das Hautkolorit sei angeglichen. Gesamthaft zeige sich klinisch seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung keine Veränderung mehr.

#### **E. 4.8**

Im Bericht vom 27. Februar 2015 (Urk. 8/182) zu Händen der Arbeitslosenversicherung führte Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ aus, er halte erneut fest, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Unfallfolgen als teilinvalid gelten müsse und er erheblich geh- und bewegungsbehindert sei. Am 29. Juni 2016 (Urk. 3/7) berichtete Dr. A.\_\_\_\_, seit der Ausstellung seiner beiden Zeugnisse vom 17. September 2014 und vom 27. Februar 2015 hätten sich keine relevanten positiven Befundänderungen ergeben. Therapeutisch sei der Versuch mit Physiotherapie/Lymphdrainage wegen lästiger Hyperästhesie sistiert worden. Aus gleichem Grund sei auch keine eigentliche sinnvolle Kompressionsbehandlung möglich.

#### **E. 5.1**

Nach Lage der Akten zog sich die Beschwerdeführerin am 1. November 2012 bei einem Treppensturz eine Distorsion am rechten oberen Sprunggelenk mit ossärem Bandabriss am lateralen Malleolus zu, wobei die Verletzungen vorerst konservativ versorgt wurden (E. 4.1 hievor). Aufgrund persistierender Beschwerden wurde am 15. Mai 2013 die operative Entfernung des Os trigonum und die Entfernung eines Frakturfragments an der Fibulaspitze sowie die transossäre Refixation des Ligamentum fibulotalare anterius am oberen Sprunggelenk durchgeführt. Postoperativ konnten durch Dr. F.\_\_\_\_ einerseits weitgehend regrediente Schmerzen festgestellt, andererseits aber auf der lateralen Seite noch Oberflächen- und tiefe Weichteilschmerzen beschrieben werden (E. 4.2 hievor). Die weiterhin bestehende Schmerzsymptomatik wurde im Rahmen zusätzlicher Abklärungen im September 2013 der Diagnose eines CRPS (complex regional pain syndrome) zugeordnet (E. 4.3 hievor). Aufgrund der Behandlung wurden durch den behandelnden Dr. A.\_\_\_\_ zwar kleine aber messbare Erfolge verifiziert (E. 4.4 hievor), und es wurde in der kreisärztlichen Untersuchung im März 2014 eine rückläufige CRPS-Symptomatik festgehalten (E. 4.5 hievor). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wurde in einer Tätigkeit als Küchenhilfe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert; in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit ohne Zwangshaltung des rechten Beins aber eine Arbeitstätigkeit im Umfang von mindestens 50 %

als zumutbar erachtet (Urk. 8/96 S. 5).

Aktenkundig ist im Weiteren ein Telefonat vom 10. April 2014, wonach Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ die kreisärztliche Einschätzung einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit teilte (Urk. 8/98). In seinen späteren Schreiben vom 17. September 2014, vom 27. Februar 2015 und vom 29. Juni 2016 berichtete Dr. A.\_\_\_\_ einerseits über unveränderte Befunde (vgl. E. 4.8 hievor). Andererseits hielt er sich insbesondere darüber auf, dass die Invalidenversicherung seiner Patientin mittels Vorbescheid lediglich eine befristete Invalidenrente in Aussicht stellte und die Arbeitslosenkasse das Absolvieren eines Weiterbildungskurses forderte (E. 4.6.1 und E. 4.6.2 hievor; vgl. auch Urk. 8/124, wonach

nach dem Vorbescheid der IV-Stelle die Situation eskalierte).

### **E. 5.2**

Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass nachdem sich auch anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 6. November 2014 aus fachärztlicher Sicht keine objektivierbare Veränderung gegenüber den Befunden in der Voruntersuchung vom 26. März 2014 zeigte (E. 4.7 hievon), die Kreisärztin an der bisherigen Einschätzung einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten, überwiegend sitzenden Tätigkeit ohne Zwangshaltung des rechten Beins

festgehalten hat; weitergehende (unfallbedingte) Einschränkungen im von fachärztlicher Seite festgelegten medizinischen Belastungsprofil, etwa in dem Sinne, dass die Beschwerdeführerin — unfallbedingt — in ihrer Mobilität derart eingeschränkt wäre, dass sie das Haus nicht mehr selbständig verlassen und auch den öffentlichen Verkehr nicht benutzen könnte (vgl. E. 6.2.3 hernach), ergeben sich aus dem kreisärztlichen Belastungsprofil nicht. In die gleiche Richtung deuten die der Kreisärztin gegenüber geschilderten Aktivitäten im Haushalt (etwa Treppensteigen zu Hause mit Unterarmgehstützen [beispielsweise in die Waschküche zum Bedienen von Waschmaschine und Trockner]; Einkaufen, wenn auch mit Familienangehörigen. Ferner Kochen am Mittag für vier Personen und Abwasch in der Küche. Vgl. Urk. 8/96 S. 2 f.). Soweit (selbst) Hausarzt Dr. A. \_\_\_ auf ein massives (unfallvorbestehendes) Übergewicht, eine seit jeher bestehende Unsportlichkeit und einen Nikotinabusus hingewiesen hat (vgl. Urk. 8/91 S. 2), sind diese Faktoren als unfallfremd ausser acht zu lassen. Mit Blick auf die

Ausführungen von Dr. A. \_\_\_ in seinen Berichten ab 17. September 2014 ist sodann der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte wie auch andere behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Dessen Aussage, seine Patientin habe bei einer Invalidität von 50 % Anrecht auf eine ebenso hoch bezifferte Rente, stellt keine medizinisch begründete Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit dar.

### **E. 5.3**

Nach dem Gesagten besteht kein Anlass, von den nachvollziehbaren und schlüssigen kreisärztlichen Angaben zur Restarbeitsfähigkeit abzugehen, wo nach die Beschwerdeführerin in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit ohne Zwangshaltung des rechten Beins

zu 50 % arbeitsfähig ist. Angesichts der klaren Aktenlage sind von weiteren Beweissmassnahmen (etwa der Einholung eines Gutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung (BGE 124 V 90 E. 4b)).

### **E. 6.1**

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der verbliebenen unfallbedingten Störungen (Restbeschwerden im rechten Fuss). Nicht strittig und aufgrund der Akten auch nicht zu beanstanden ist das von der Beschwerdeführerin gestützt auf die Lohnangaben des ehemaligen Arbeitgebers der Beschwerdeführerin (Urk. 8/138) bezogen auf das Jahr 2014 ermittelte Valideneinkommen (umgerechnet auf ein volles Pensum) von Fr. 46'656.10.

Im Unterschied zur Invalidenversicherung (vgl. Urteil mit heutigem Datum im Prozess IV.2016.00945 E. 5.2 [unter Berücksichtigung der bis Ende 2017 geltenden Rechtslage]) wird bei versicherten Personen, die — wie hier — vor dem Unfall nur teilzeitlich gearbeitet haben, der Lohn auf ein 100 %- Pen sum umgerechnet. Begründet wird dies damit, dass das Valideneinkommen un abhängig davon zu bestimmen ist, ob die versicherte Person vor dem Unfall ihre Arbeitskraft ganz oder nur teilweise eingesetzt hat; diesem Faktor wird in der Unfallversicherung bereits dadurch Rechnung getragen, dass die Renten auf grund des versicherten Verdienstes festgesetzt werden (Rumo-Jungo / Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl. 2012, S. 127; vgl. auch Bundesgerichtsurteil 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 7.2.3, 7.2.4 und 7.2.5).

### **E. 6.2.1**

In Bezug auf das Invalideneinkommen geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis vom 1. November 2012 keiner Er werbstätigkeit mehr nachgeht. Da sie sich das zumutbarerweise erzielbare Einkommen anrechnen lassen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_237/2011 vom 19. August 2011 E. 2.3), sind — wie im Verfahren der Invalidenversicherung — die Tabellenlöhne heranzuziehen (vgl. BGE 139 V 592 E. 2.3 und E. 2.3 hievov). Die Beschwerdegegnerin stellte diesbezüglich auf die schweizerische Lohnstrukturerhebung 2012 (Tabelle 1, Kompetenzniveau 1) ab (Urk. 2 S. 6). Demgemäss betrug das standardisierte monatliche Einkommen im Jahr 2012 im Zentralwert Tabelle TA1 für Frauen mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) Fr. 4'112.--. Aufgerechnet auf ein Jahreseinkommen und unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wö chentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft, 3/4-2015, S. 88, Tabelle B 9.2, A-S) resultiert ein Einkommen von Fr. 51'441.10 respektive no minallohnbereinigt bezogen auf das Jahr 2014 (2630 [2012], 2673 [2014]; Bun desamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne 1976-2015, Tabelle T39) ein solches von Fr. 52'282.20 (Fr. 4'112.-- x 12 / 40 x 41.7 / 2630 x 2673).

Die unfallbedingten Restbeschwerden im rechten Fuss berücksichtigte die Beschwerdegegnerin, indem sie der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Reinigerin zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, in einer angepassten, überwiegend sitzende n Tätigkeit ohne Zwangshaltung des rechten Beins aber eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %

attestiert (vgl. E. 4.5 hievov). Damit reduziert sich das vorerwähnte Einkommen um maximal 50 % auf Fr. 26'141.10.

### **E. 6.2.2**

Was die Frage nach der Berücksichtigung eines behinderungsbedingten Abzuges angeht, ist festzuhalten, dass dem Umstand der Schmerzsymptomatik und der verminderten Belastbarkeit des rechten Fusses bereits im Rahmen der medizinischen Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit mit einer Reduktion des Arbeitspens ums um 50 % Rechnung getragen wurde. Ob die Beschwerdegegnerin bei die sen Gegebenheiten zu Recht einen leidensbedingten Abzug von 15 % zugebilligt hat, kann vor dem Hintergrund, dass das Sozialversicherungsgericht sein Er messen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung s et zen darf (BGE 126 V 75 E. 6 mit Hinweisen), ein Abweichen grundsätzlich nur bei Unangemessenheit zulässig ist (BGE 137 V 71 E. 5.1), und überdies von der Möglichkeit der reformatio in peius im Gerichtsverfahren nur

zurückhaltend Gebrauch zu machen ist (vgl. E. 3.1. von BGE 142 V 337), letztlich offen bleiben. Es hat daher beim Invalideneinkommen von Fr. 22'219.90 Fr. (Fr. 26'141.10 – 15 %) sein Bewenden.

### **E. 6.2.3**

Die von der Beschwerdeführerin gelten gemachten jährlichen Taxikosten in der Grössenordnung von Fr. 48'000.-- können bei der Berechnung des (hypothetischen) Invalideneinkommens nicht abgezogen werden. Zwar sind bei der Invaliditätsbemessung grundsätzlich alle durch die Beeinträchtigung der Gesundheit entstandenen dauernden Wirkungen auf die Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen. Abzugsfähig in diesem Rahmen sind invaliditätsbedingte Auslagen und in validitätsbedingte Gewinnungs- oder Gestehungskosten (Meyer / Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 28a N 117 f.). Vorliegend weisen jedoch namentlich das kreisärztliche Belastungsprofil und die von der Beschwerdeführerin als möglich bezeichneten Aktivitäten (vgl. E. 4.5, 4.7, 5.2 und 5.3) und Gehstrecken (vgl. E. 4.7) darauf hin, dass ihr für den Weg zur Arbeit die Benützung der (behindertengerechten) öffentlichen Verkehrsmittel zugemutet werden kann; allfällige Einschränkungen, etwa aufgrund der unfallfremden (unfallvorbestehenden) Adipositas, sind dabei ausser acht zu lassen. In diesem Zusammenhang bleibt anzumerken, dass vom Wohnort der Beschwerdeführerin der SBB-Bahnhof I.\_\_\_\_ (mit Busbahnhof) in einer Gehdistanz von 373 Meter zu erreichen ist (vgl. [www.map.search.ch](http://www.map.search.ch)), was im Bereich der von ihr selber angegebenen Gehstrecke von 200 bis 400 Metern liegt (vgl. Urk. 8/131/2). Ab Bahnhof I.\_\_\_\_ verkehren sodann die Züge der SBB im Halbstundentakt, so dass stündlich vier Zugverbindungen, zum Beispiel Richtung Zürich Hauptbahnhof, bestehen, wobei die Fahrt lediglich 30 Minuten dauert (vgl. [www.sbb.ch](http://www.sbb.ch)).

### **E. 6.3**

Wird das Valideneinkommen von Fr. 46'656.10 dem Invalideneinkommen von 22'219.90 gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 24'536.20, was einem Invaliditätsgrad von 52.37 %, gerundet (BGE 130 V 121 E. 3.2) 52 %, entspricht. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtens, weshalb die dagegen gerichtete Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Kathrin Hässig - Suva - 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.