

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00017 vom 25. Februar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2018.00017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00017)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00017 du 25 février 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00017 del 25 febbraio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) und die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 1. September 2002 (ATSV) in Kraft getreten und haben in einzelnen Sozialversicherungsgesetzen und -verordnungen zu Revisionen geführt. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Da sich der hier zu beurteilende Sachverhalt vor dem 1. Januar 2003 verwirklicht hat, gelangen die materiellen Vorschriften des ATSG und der ATSV sowie die gestützt darauf erlassenen Gesetzes- und Ordnungsrevisionen im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Ordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb – soweit nichts anderes vermerkt wird – um die Fassungen, wie sie bis Ende 2002 in Kraft gewesen sind.

### **E. 1.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Person, die eine Rente bezieht, erheblich, so wird die Rente für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 22 Abs. 1 Satz 1 UVG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Demgemäss ist nach den von der Rechtsprechung zu Art. 41 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) entwickelten Grundsätzen, die sinngemäss auch bezüglich Art. 22 UVG gelten (RKUV 1987 Nr. U 32 S. 446), die Invalidenrente nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 117 V 198 E. 3b, 113 V 273 E. 1a mit Hinweisen).

Da Art. 22 Abs. 1 Satz 1 aUVG und Art. 17 ATSG, welcher neu die Revision der Invalidenrente regelt, inhaltlich übereinstimmen, zeitigt die unter E. 1.1 geschilderte übergangsrechtliche Lage keinerlei materiellrechtliche Folgen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_189/2007 vom 25. Juni 2007 E. 3 mit Hinweisen auf BGE 130 V 343 E. 3.5.4; Urteile des Bundesgerichts I 817/05 vom 5. Februar 2007, E. 3.2.4, und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 15/05 vom 23. Mai 2005, E. 1.1).

### **E. 1.3**

Ob eine relevante Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 112 V 371 E. 2b; RKUV 1989 Nr. U 65 S. 71). Wird in späteren Revisionsverfahren die ursprüngliche Rentenverfügung nicht geändert, sondern bestätigt, kommt der entsprechenden Revisionsverfügung keine rechtserhebliche Bedeutung zu (vgl. BGE 109 V 262 E. 4a).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 f. E. 3b/ee mit Hinweis). 2.

#### **E. 1.5**

Mit Schreiben vom 25. Februar 2016 ersuchte der Versicherte kurz vor Vollendung des 65. Altersjahres und damit noch rechtzeitig abermals um Rentenevidenz, da sich der Zustand seines rechten Fusses seit der Verfügung vom 10. Januar 2008 wesentlich verschlechtert habe (Urk. 10/33, vgl. Art. 22 UVG). Aufgrund der medizinischen Berichte aus Serbien (Urk. 10/36) verfügte die Suva am 4. Juli 2016 die Abweisung des Rentengesuchs (Urk. 10/40).

Dagegen erhob der Versicherte Einsprache (Urk. 10/41). Nach Beizug weiterer bildgebender und medizinischer Berichte nahm Kreisarzt Dr.

med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats, am 11. Juli 2017 (Urk. 10/56) und am 24. Juli 2017 (Urk. 10/57) zur Sache Stellung. Mit Verfügung vom 27. Juli 2017 (Urk. 10/58) lehnte die Suva die Ausrichtung weiterer Versicherungsleistungen über die bestehende Rente hinaus ab. Die dagegen erhobene Einsprache (Urk. 10/59) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 16. Januar 2018 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X.\_\_\_\_

am 18. Januar 2018 Beschwerde und beantragte,

der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm eine höhere SUVA-Rente und eine höhere Integritätsentschädigung zuzusprechen, oder es sei die Sache erneut abzuklären (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 14. März 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf

Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer am 19. März 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 2**

0

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr.

C.\_\_\_\_,

wonach sich

seit Anbeginn der Arbeitsunfähigkeit 1985 bis zum heutigen Zeitpunkt kein erlei Hinweis e auf das Vorliegen einer massgeblichen Veränderung der Funktionsstörung am unteren Sprunggelenk ergeben würden. Sodann müsse bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten eine Versteifung im Bereich des Sprunggelenks vorliegen, um einen Integritätsschaden zu begründen. Die 1987 mit 10 % bemessene Integritätsentschädigung müsse rückblickend als grosszügig, wohlwollend und zukünftige Verschlechterungen berücksichtigend betrachtet werden. Es sei denn auch kaum vorstellbar, wie über 30 Jahre nach einem Unfall noch eine unfallbedingte (erhebliche) Verschlechterung nachzuweisen wäre (mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit), nachdem zwei Gutachten in den Jahren 1990 und 2007 kein somatisches Korrelat für die angegebenen Beschwerden hätten nachweisen können (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Dagegen

wandte der Beschwerdeführer ein, er habe den Unfall im Alter von 34 Jahren erlitten und leide weiterhin unter dessen Folgen. Die Beschwerdegegnerin habe sich ihm gegenüber seit dem Unfall nicht sehr korrekt verhalten. Alle Rentenrevisionsgesuche seien ungerechtfertigt abgelehnt worden, so auch das hier zu beurteilende Gesuch. Er befinde sich seit mehr als 30 Jahren wegen der am 5. September 1985 erlittenen Verletzungen in regelmässiger Behandlung. Die kreisärztliche Beurteilung sei in Anbetracht der medizinischen Dokumentation der letzten 30 Jahre gänzlich inakzeptabel. Wäre die Dokumentation aus Serbien unvollständig gewesen, hätten zusätzliche Unterlagen eingeholt werden müssen (Urk. 1). 3.

3.1

3.1.1

Im Gutachten der A.\_\_\_\_ vom 30. März 1990 wurde als Ergebnis festgehalten, beim Zustand viereinhalb Jahre nach der Bandnaht des lateralen OSG rechts sowie der Fibrinverklebung einer Chipsläsion an der lateralen Talusrolle stünden ausgeprägte subjektive Sprunggelenksbeschwerden rechts im Vordergrund. Man finde klinisch nur wenig, ausser einem grotesken Gangbild, einer diskreten Beweglichkeitseinschränkung im OSG und USG rechts und einer Tendenz zur Aggravation der Beschwerden. Radiologisch sei der Befund unverändert seit 1986, die Chipsläsion am lateralen Talus sei noch minim sichtbar. Szintigraphisch würden nur geringe Zeichen einer OSG- und USG-Arthrose sichtbar. Man finde heute weder Anhaltspunkte für eine OSG-Instabilität, für einen Morbus

Sudeck , für eine Talusnekrose noch für eine ein deutige OSG- oder USG-Arthrose (Urk . 10/4/ 11). 3.1.2

Im ausführlichen polydisziplinären Gutachten vom 11. Juni 2007, welches auf chirurgisch-orthopädischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen basiert (Urk. 10/18/ 1), wurden folgende Diagnosen festgehalten (Urk. 10/18/ 25): - Zustand nach « flake

fracture » des rechten Talus und Ruptur des lateralen Bandapparates am rechten oberen Sprunggelenk mit in der Folge fixiertem unphysiologischem Schongang (ICD-10 S89) - Beidseitige Gonarthrose (links mehr als rechts) mit linksseitiger Synovitis des Kniegelenks (ICD-10 M17) - Diskrete, beinbetonte, symmetrische diabetische Polyneuropathie (ICD-10 E14.4) - Diabetes mellitus, derzeit mit oralen Anti- Diabetika behandelt (ICD-10 E11.9) Zusammenfassend sei aufgrund der schon seit mehr als 20 Jahren bestehenden funktionellen Einschränkung am rechten Sprunggelenk und am rechten Fuss, v.a. beim Gehen, Stehen sowie beim Heben und Tragen schwerer Gewichte, weiterhin davon auszugehen, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maurer nicht mehr zumutbar sei. Die aktuellen Befunde am rechten Sprunggelenk und am rechten Fuss sprechen zumindest nicht für eine zwischenzeitlich eingetretene nennenswerte Verschlechterung. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit bestehe seit Beendigung der rehabilitativen Massnahmen des rechten Fusses (also seit mindestens 1987) eine volle Leistungsfähigkeit ohne zeitliche Einschränkungen. Auch unter Berücksichtigung der seither neu hinzugekommenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien keine medizinischen Gründe erkennbar, die gegen die Ausübung einer angepassten Tätigkeit sprechen würden (Urk. 10/18/23ff.) . 3.2

Der Beschwerdeführer legte bei der Beschwerdegegnerin folgende Übersetzungen von ärztlichen Berichten aus seinem Heimatland auf: 3.2.1

Dr. D.\_\_\_\_ , Fachradiologie, hielt in seinem radiologischen Befund über die Untersuchung vom 20. Februar 2014 betreffend die Röntgenaufnahme des rechten Unterschenkels in zwei Ansichten fest, es lägen Folgeschäden traumatologischer Verletzungen der Knochenstrukturen des distalen rechten Unterschenkels mit sekundären degenerativen Veränderungen am rechten Knie und rechten Sprunggelenk vor. Er stellte die Diagnosen: «Status post

fracturam cruris L. dex . Gon arthrosis L. dex ., Arthrosis articulationis

talocruralis L. dex .». Der mit früheren Untersuchungen gemachte Abgleich spreche für fortschreitende sekundäre degenerative Veränderungen und als Folge daraus Schäden am rechten Knie sowie am Sprunggelenk (Urk. 10/36/1, Urk. 10/36/ 3). 3.2.2

Dr. E.\_\_\_\_ , Internistin Rheumatologie, hielt in ihrem Bericht vom 25. Februar 2016 fest, der Beschwerdeführer werde in ihrer Praxis seit 2008 mehrmals im Jahr wegen Schwellungen und Schmerzen – insbesondere im rechten Knie – und wegen erschwelter Beweglichkeit behandelt. Er gehe an einer Krücke. Bei der Ultraschalluntersuchung des Knies sei eine grössere Menge Flüssigkeit im lateralen Recessus und der Bursa suprapatellaris festgestellt worden. Das Knie sei mehrfach geröntgt worden, weshalb auch mehrmals jährlich Punktionen des Knies verbunden mit der Injizierung einer Ampulle Ostenil und Diprophos durchgeführt worden seien. Es handle sich um einen fortschreitenden chronischen Prozess und begründe eine weitere Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/36/2 ). 3.2.3

Im Bericht vom 23. Januar 2017 hielt Dr. E.\_\_\_\_ zusätzlich fest, der Beschwerdeführer habe sich heute wegen der bereits beschriebenen Beschwerden vorgestellt. Ausserdem bestehe eine Schwellung des rechten Sprunggelenks. Bildgebend zeige sich ein Erguss im Sprunggelenk (Urk. 10/49). 3.2.4

Im Bericht vom 18. April 2017 führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei seit mehreren Jahren wegen Schwellungen und Schmerzen in den Knien (insbesondere rechts) in Behandlung. Sein Zustand sei weiterhin ohne sichtbare Besserung. Er gehe weiterhin mittels Krücken (Urk. 10/54). 3.2.5

Dr. F.\_\_\_\_, Radiologin, hielt im radiologischen Befund zur CT-Untersuchung vom 6. April 2017 der Knochenstrukturen des rechten Unterschenkels Folgendes fest: Auf den Schnitten durch die Knochenstrukturen des Kniegelenks würden sich dominant sekundäre degenerative Veränderungen mit einer Verengung des Gelenkraums des Tibiofemoralgelenks zeigen. Im Bereich des Fibulakopfs zeige sich eine linienförmige Aufhellung des Knochens, vereinbar mit dem Ort des Zusammenwachsens des Frakturspalts – fractura

bene

sanata. Auf den Schnitten durch die Strukturen des oberen Sprunggelenks würden sich dominant degenerative Veränderungen mit einer Kombination aus traumatischen und postoperativen Folgen am Malleolus

lateralis der Fibula in Form von Strukturen, die sich mit sklerotischen Knochengewebebereichen abwechselten, zeigen. Sichtbar sei zudem eine kleinere Linie, die die Kontinuität der äusseren Seite unterbreche. Es lägen starke Kalkablagerungen in den Blutgefässen des Unterschenkels vor (Urk. 10/55). 3.3

3.3.1

Nach Vorlage der ersten beiden Berichte (E. 3.1.1 und E. 3.1.2) hielt Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, in seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2016 fest, es sei zu keiner erheblichen Verschlimmerung des Gesundheitszustandes seit dem MEDAS-Gutachten vom 11. Juni 2007 gekommen. Das Zumutbarkeitsprofil habe weiterhin Gültigkeit. Ergänzende Untersuchungen seien nicht indiziert (Urk. 10/37). Am 22. Dezember 2016 fügte Dr. G.\_\_\_\_ hinzu, für eine Beurteilung benötige er alle bisher gemachten Röntgenbilder, insbesondere auch des betroffenen Kniegelenks und das CT des OSG in Gänze (Urk. 10/45). 3.3.2

Kreisärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemein Chirurgie und Traumatologie, hielt in ihrer Stellungnahme vom 18. März 2017 fest, die Röntgenbilder seien unscharf. Sie seien zwar als Schichtaufnahmen (CT) betitelt, es handle sich aber nur um unscharfe Übersichtsaufnahmen. Eine Beurteilung sei nicht möglich. Die nochmals geltend gemachten Kniebeschwerden seien schon im Gutachten/Entscheidung aus dem Jahre 2008 als nicht unfallkausal beurteilt worden. In den spärlichen Angaben von Dr. E.\_\_\_\_ werde das OSG nur insoweit erwähnt, als im Ultraschall angeblich ein Erguss dargestellt worden sei (Urk. 10/50). 3.3.3

Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_

gelange in seiner Stellungnahme vom 11. Juli 2017 zum Schluss, aufgrund der vorhandenen Unterlagen (CT-Befund und Arztbericht vom 18. April 2017) sei keine

erhebliche Verschlimmerung im Bereich des rechten Sprunggelenkes aufgetreten. Insbesondere verweise Dr. E.\_\_\_\_ nicht auf starke Sprunggelenksbeschwerden. Dieser Bericht beschreibe Behandlungen für beide Kniegelenke und erwähne das Sprunggelenk nur als Zustand nach Fraktur, welche nicht stattgefunden habe. Die CT-Befunde würden degenerative Veränderungen im Kniegelenk und im Sprunggelenk rechts beschreiben, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal sei. Dabei sei anzufügen, dass der Beschwerdeführer das Pensionsalter erreicht und mittlerweile überschritten habe (Urk. 10/56). 3.3.4

In seiner ärztlichen Beurteilung vom 27. Juli 2017 hielt Dr. C.\_\_\_\_ ergänzend fest, im Jahr 1990 sei eine Beurteilung in der A.\_\_\_\_ bezüglich der angegebenen Beschwerden im Bereich des rechten Sprunggelenkes durchgeführt worden. Die klinische Untersuchung sowie die bildgebende Untersuchung hätten kein passendes somatisches Korrelat für die angegebenen Beschwerden ergeben. Zum selben Ergebnis seien die Gutachter der MEDAS im Jahr 2007 gelangt. Zu den aktuell eingereichten Bildern und Berichten sei Folgendes festzuhalten: Der Befund vom 6. April 2017 beschreibe keine degenerativen Veränderungen im Bereich des tibiotalaren Gelenks. Eine Stadieneinteilung nach internationaler Nomenklatur sei nicht durchgeführt. Die mitgelieferten Fotodokumente der durchgeführten Computertomografien seien medizinisch lediglich dazu verwertbar, um knöcherne Strukturen zu benennen – die Beurteilung allfälliger Arthrosen sei anhand der vorgelegten Bilddokumentation unmöglich. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt und aus der vorhandenen Aktenlage, unter Berücksichtigung des Belastungsprofils im Längsschnitt von Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Jahr 1985 bis zum heutigen Zeitpunkt – also knapp 32 Jahre später – finde sich kein Hinweis auf das Vorliegen einer massgeblichen Veränderung der Funktionsstörung am unteren Sprunggelenk. Insbesondere werde auf die Tabelle Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten Bezug genommen; hierbei müsse eine Versteifung im Bereich des Sprunggelenkes vorliegen, um einen Integritätsschaden zu begründen. Die 1987 bemessene Integritätsentschädigung mit 10 % könne rückblickend als grosszügig, wohlwollend und zukünftige Verschlechterungen berücksichtigend betrachtet werden (Urk. 10/57). 4.

In Würdigung der hinreichend aufschlussreichen und in allen Belangen den recht sprechungsgemässen Anforderungen (vgl. E. 1.4 ) als genügend zu betrachtenden kreisärztlichen

Beurteilungen ist eine

unfallbedingte Verschlechterung des Gesundheitsschadens nicht ausgewiesen

und es liegen auch keine relevanten Anhaltspunkte dafür vor, dass weitere Abklärungen andere Erkenntnisse erbrächten

(antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen) . Insbesondere lassen die Ärzte aus Serbien un begründet, weshalb die Kniebeschwerden auf den Unfall aus dem Jahr 1985 zurückzuführen seien. Es fällt zudem auf, dass Dr. E.\_\_\_\_ im Bericht vom 25. Februar 2016 einzig über Behandlungen im Zusammenhang mit Kniebeschwerden berichtete (E. 3.2.2). Erst nachdem die Beschwerdegegnerin aufgrund der eingereichten Unterlagen die Abweisung des Revisionsgesuches verfügt hatte (Urk. 10/40), wurde ein neuer Bericht bei Dr. E.\_\_\_\_ eingeholt, in welchem sie anfügte, es bestehe auch eine Schwellung des rechten

Sprunggelenks; bei der Ultraschalluntersuchung sei ein Erguss im Sprunggelenk sichtbar (E. 3.2.3). Inwiefern dies aus klinischer Sicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen sollte, begründete sie jedoch nicht. Der Beschwerdeführer, welcher lediglich appellatorische Kritik am angefochtenen Entscheid übt, vermag sodann nicht darzutun, weshalb die Einschätzung der Fachärzte und die darauf gestützte Beurteilung der Beschwerde gegnerin nicht zu überzeugen vermöchten. Die Beschwerdegegnerin war ausser dem – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – auch nicht verpflichtet, von sich aus weitere Abklärungen durchführen zu lassen. 5.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Gojko Reljic - 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 Die Gerichtsschreiberin HurstHediger

## **E. 07**

wurde durch die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) der IV in B.\_\_\_\_ ein interdisziplinäres Gutachten erstellt (Urk. 10/18 /1-25 ). Mit Verfügung vom 10. Januar 2008 (Urk. 10/19) und Einspracheentscheid vom 12. August 2008 (Urk. 10/31) verneinte die Suva eine Verschlechterung der Unfallfolgen und lehnte eine Ausrichtung weiterer Versicherungsleistungen über die bestehende Rente hinaus ab .

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