

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00293 vom 2. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00293

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00293 du 2 janvier 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00293 del 2 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, arbeitete seit dem 1. Oktober 2013 als Decken monteur bei der Y.____ und war dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am 17. August 2014 beim Joggen den linken Fuss vertrat (Schadenmeldung UVG vom 29. August 2014, Urk. 8/2). Tags darauf begab sich der Versicherte in Behandlung bei Dr. med.

Z.____, FMH Physikalische Medizin, welche im Arzzeugnis UVG vom 12. September 2014 ein Distorsionstrauma des oberen Sprunggelenks (OSG) links diagnostizierte (Urk. 8/6). Die Suva erbrachte Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen. In der Folge stellten die Ärzte der Abteilung für Orthopädie der A.____ eine osteochondrale Läsion der lateralen Talus Schulter fest und führten am 8. Mai 2015 am linken Sprunggelenk des Versicherten einen operativen Eingriff durch (offene AMIC-Plastik laterale Talus Schulter, Urk. 8/50). Vom 15. Dezember 2015 bis zum 19. Januar 2016 wurde der Versicherte in der B.____ behandelt (Urk. 8/102). Am 12. Februar 2016 wurde er in der A.____ erneut am linken Sprunggelenk operiert (anteriore OSG-Arthroskopie mit NARBÉBRI DEMENT und Abtragen tibialer sowie

talärer Spur, Urk. 8/106). Am 25. Oktober 2016 führte Dr. med.

C.____, Facharzt für Chirurgie, eine kreisärztliche Untersuchung durch (Urk. 8/150). Mit Schreiben vom 6. April 2017 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass die Heilkosten- und Taggeldleistungen per

E. 1.1

UV170760 Übergangsrecht UVG-Revision, in Kraft seit 1. Januar 2017 09.2019 Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des UVG und der Verordnung über die Unfallversicherung (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). 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 17. August 2014 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung

finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Invalidität, Integritätseinbusse) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1-2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

E. 1.4

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 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).

E. 1.5

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 1.6

Von Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) erstellte Administrativgutachten sind voll beweiswertig, sofern nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise

sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/ bb ; vgl. BGE 137 V 210 E. 2.3). Solche Indizien können sich aus dem Gutachten selber ergeben (z.B. innere Widersprüche, mangelnde Nachvollziehbarkeit) oder auch aus Unvereinbarkeiten mit anderen ärztlichen Stellungnahmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_872/2014 vom 3. März 2015 E. 4.2.1). 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass auf die Beurteilung

von Kreisarzt Dr. C.____, wonach dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit in einem 100%-Pensum zumutbar sei, abgestellt werden könne. Dr. C.____s Beurteilung sei gestützt auf eine eigene Untersuchung und in Kenntnis der gesamten medizinischen Akten ergangen. Im von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen

Gutachten des

D.____

werde dem Beschwerdeführer eine bloss 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit attestiert. Sowohl das festgestellte neuropathisch anmutende Schmerzsyndrom im Bereich des linken Fusses, das nicht objektiviert werden könne, als auch die Folgen des im April 2017 erlittenen ischämischen Infarktes könnten für das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdegegnerin bzw. die Invalidenrente nach UVG jedoch nicht berücksichtigt werden. Beim Vergleich zwischen dem Valideneinkommen von Fr. 68'640.-- und dem gestützt auf die Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) ermittelten Invalideneinkommen von Fr. 64'227.-- resultiere eine Erwerbseinbusse von gerundet 6 % . Die Beschwerdegegnerin habe einen Anspruch auf Rentenleistungen daher zu Recht verneint (Urk. 2 S. 9 ff.). 2.2

Der Beschwerdeführer mache demgegenüber geltend, dass

die Gutachter des D.____ die chronifizierten belastungsabhängigen Fussgelenkbeschwerden links auf die OSG-Arthrose und so mit auf eine unfallbedingte strukturelle Schädigung zurückgeführt hätten . Eine Symptomausweitung im Sinne eines somatoformen Schmerzgeschehens habe in der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung keinen Niederschlag gefunden. Aufgrund des D.____-Gutachtens bestünden nicht nur geringe, sondern erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen von Kreisarzt Dr. C.____ . Dem Abstellen auf die D.____-Begutachtung stehe demgegenüber nichts entgegen. Es handle sich hierbei um ein überzeugendes, formell korrekt erstelltes externes Gutachten, welches sämtliche medizinischen Unterlagen berücksichtige und auf einer umfassenden Untersuchung des Beschwerdeführers beruhe (Urk. 1 S. 5). 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Rente. Die von der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 28. September 2017 (Urk. 8/210) gestützt auf eine Integritätseinbusse von 15 % festgesetzte Integritätsentschädigung hat der Beschwerdeführer im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens nicht mehr beanstandet (Urk. 1) . Sie gibt nicht Anlass zu Weiterungen (BGE 125 V 413 E. 1b und E. 2c).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. C.____ stellte im Bericht zur kreis ärztlichen Untersuchung vom 25. Oktober 2016 folgende Diagnosen (Urk. 8/150/5):

Distorsionstrauma des OSG links am 17. August 2014 - Status nach offener AMIC-Plastik laterale Talus Schulter bei osteochondraler Läsion links am 8. Mai 2015 - Status nach anteriorer OSG -Arthroskopie mit Narbe und Débridement am 12. Februar 2016 - Status nach operativ versorgter Bandruptur linker Fuss 1989 - Arthrose OSG Dr. C.____ erklärte, dass der Beschwerdeführer das Untersuchungszimmer mit zwei Gehstöcken und einem deutlichen linkshinkenden Gangbild betrete, unter Vermeidung des Abrollens. Am linken OSG zeige sich keine Schwellung, keine Verfärbung, eine reizlose Narbe lateral am Malleolus und reizlose Arthroskopie portalarben. Es bestünden ausgeprägte Schmerzen über dem vorderen Gelenkspalt des OSG mit Ausstrahlung nach distal in die Zehen, insbesondere bei Belastung. Die Dorsalextension und Plantarflexion im Seitenvergleich seien vermindert, der Beckengeradstand, die Beinachsen und der Reflexstatus unauffällig. Der Zehen- und Fersenstand sei möglich, der Einbeinstand unsicher. Monopedaless Hüpfen sei nicht möglich. Von weiteren Therapien sei aufgrund des klinischen Verlaufs und der klinischen Befunde keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustands zu erwarten. Bei Fortschreiten der Arthrose im OSG sei im Verlauf mit einer Arthrodeese zu rechnen. Die berufliche Tätigkeit als Deckenmonteur sei dem Beschwerdeführer aufgrund der Einschränkungen nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei möglich (Urk. 8/150/4-6).

E. 3.2

In der ärztlichen Beurteilung vom 25. August 2017 führte Kreisarzt Dr. C.____ aus, dass am 19. August 2014 ein als alt einzustufender ehemals knöcherner Ausriss des jetzt narbig verdickt zur Darstellung kommenden Ligamentum deltoideum sowie eine alte Aussenbandläsion und eine ältere osteochondrale Läsion im Bereich der lateralen Talus Schulter mit geringen sekundär arthrotischen Veränderungen im OSG befundet worden seien. Durch die Übernahme der Operationen vom 8. Mai 2015 und vom 12. Februar 2016 sei eine richtunggebende Verschlimmerung eingetreten. Das angegebene neuropathische Schmerzsyndrom am linken OSG sei aufgrund der neurophysiologischen Untersuchung vom 7. Juni 2016 im A.____ organisch nicht zu erklären. Der Stockgebrauch sei

angesichts der organisch nachweisbaren Unfallfolgen nicht notwendig und wirke sich auch nicht auf das Zumutbarkeitsprofil aus (Urk. 8/205).

E. 3.3

Die Ärzte des D.____ hielten im polydisziplinären Gutachten vom 28. August 2018 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 8/236/12): (1) symptomatische OSG-Arthrose links (2) ischämischer Infarkt Pons links am 7. April 2017

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie an (Urk. 8/236/13): (1) Schulter- Impingement links (2) arterielle Hypertonie, Erstdiagnose April 2014 (3) Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose April 2017 (4) Status nach PFO-Verschluss mittels Amplatz -Device 25 mm eines offenen Foramen ovale am 14. Juli 2017 (5) chronisches

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

Die Gutachter des D.____ erklärten, dass aus rheumatologischer Sicht bei Zeichen einer aktivierten Arthrose im OSG nach mehrfacher Distorsion (erstmalig bereits vor ca. zehn Jahren, erneut am 17. August 2014) eine Einschränkung der Belastbarkeit insbesondere des linken Sprunggelenks nachvollziehbar sei. Trotz durchgeführter operativer Sanierung bestünden weiterhin belastungsverstärkte Beschwerden von Seiten der Arthrose (Arthro-CT vom 2. Juli 2015). In der rheumatologischen Untersuchung zeige sich ein stark hinkendes Gangbild. Die Gehstrecke sei dadurch eingeschränkt. Die Standeinphase sei deutlich verkürzt. Die Abrollvorgänge seien reduziert, wobei ein starkes Mitschwingen der Arme und eine Rotation

des Oberkörpers zu beobachten sei. Der linke Fuß sei im Vergleich zur Gegenseite etwas geschwollen. Die Narbenverhältnisse seien reizlos. Die Beweglichkeit hinsichtlich der Dorsalexension sei deutlich eingeschränkt. Auch wenn die Beschwerden im Kern nachvollziehbar seien, zeige sich eine erhebliche funktionelle Überlagerung und Ausgestaltung sowie ein Vermeidungsverhalten mit persistierendem Stockgebrauch (Urk. 8/236/10).

In der bisherigen Tätigkeit (als Deckenmonteur) sei der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig. In einer optimal angepassten Tätigkeit könne seit Januar 2016 grundsätzlich von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ausgegangen werden. Zu diesem Zeitpunkt seien die Behandlungen des OSG von orthopädischer Seite her abgeschlossen und ein Endzustand vorläufig erreicht gewesen (Urk. 8/236/15).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. November 2018 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf die versicherungsinterne Beurteilung von Dr. C.____ vom 25. Oktober 2016 und vom 25. August 2017 (Urk. 8/150 und Urk. 8/205).

E. 4.2

Wie aufgrund der dargelegten Beurteilungen von Kreisarzt Dr. C.____ und der Gutachter des D.____ erhellt, sind sich diese einig, dass der Beschwerdeführer unter einer unfallbedingten Arthrose des OSG links leidet. Im Weiteren gehen Dr. C.____ und die Gutachter des D.____ auch übereinstimmend davon aus, dass ihm die angestammte Tätigkeit als Deckenmonteur aufgrund der Beschwerden am OSG links nicht mehr zumutbar ist. Umstritten ist dagegen, ob dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit in einem 100%- oder lediglich in einem 80%-Pensum möglich ist.

Dr. C.____

kam zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer wechselbelastende, leichte, vorwiegend im Sitzen durchzuführende Tätigkeiten möglich seien. Vermieden werden sollten längere Gehstrecken, Tätigkeiten an sturzexponierten Stellen, wiederholtes Treppensteigen und Arbeiten in länger dauernd vorgebeugter oder verdrehter Rumpfposition. Gewichte bis 10 kg könnten gehoben oder getragen werden (Urk. 8/205). Die Gutachter des D.____ vertraten dagegen die Auffassung, dass dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der chronischen Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Fußes eine überwiegend sitzende, körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit möglich sei.

G grundsätzlich könne in einer solchen Tätigkeit von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die von ihnen – anders als von Dr. C.____ – attestierte verminderte Leistungsfähigkeit begründe sich durch die chronische Schmerzbelastung und einen leicht vermehrten Pausenbedarf (Urk. 8/236/15).

E. 4.3

Wie der Beschwerdeführer zutr effend feststellte (Urk. 1 S. 5), bestehen aufgrund dieser Einschätzung der Gutachter des D.____ zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen von Dr. C.____, denen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem unter Wahrung der Verfahrensrechte nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger zukommt (vgl. E. 1.5). Das von der IV-Stelle unter Wahrung der Verfahrensrechte nach Art. 44 ATSG veranlasste Administrativgutachten des D.____, das die

rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Beurteilungsgrundlage erfüllt (vgl. E. 1.4), kann demgegenüber als voll beweismässig gelten. Die Gutachter des D.____ haben dabei – wie dargelegt – insbesondere auch zur abweichenden Beurteilung von Dr. C.____

begründet

Stellung genommen. Im Weiteren wiesen sie aus drücklich darauf hin, dass die angegebenen Beschwerden im Grundsatz durch die objektivierten Befunde gut erklärbar seien (Urk. 8/236/14).

E. 4.4

Entgegen den Darlegungen der Beschwerdegegnerin haben die Gutachter des D.____ eine chronische Schmerzsymptomatik im Bereich des linken OSG festgestellt, welche offensichtlich im Zusammenhang mit der unfallbedingten, organisch nachweisbaren Arthrose am linken OSG

steht. Ein chronisches neuropathisches Schmerzsyndrom haben die Gutachter des D.____ lediglich differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen (Urk. 8/236/15). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass

die symptomatische OSG-Arthrose die einzige im rheumatologischen Teilgutachten des D.____

gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit war

und die rheumatologische Gutachterin von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging (Urk. 8/237/25 und Urk. 8/237/28). Die neurologische Gutachterin des D.____, die als einzige Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen ischämischen Infarkt Pons links am 7. April 2017 anführte, ging demgegenüber in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 8/237/38-39 und Urk. 8/238/2). Dass die von den Gutachtern des D.____ in der interdisziplinären Beurteilung attestierte 20%ige Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit (auch) auf den nicht unfallbedingten ischämischen Infarkt vom 7. April 2017 zurückzuführen sein soll, ist vor diesem Hintergrund zu verneinen.

Auf die Beurteilung der Gutachter des D. ___ kann somit abgestellt werden.

E. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte im Rahmen des per 2017 vorzunehmenden Einkommensvergleichs ein Valideneinkommen von Fr. 68'640.-- und mittels DAP-Methode ein Invalideneinkommen von Fr. 64'227.-- (bei einem 100%-Pensum). Die Grundlagen

dieses Einkommensvergleichs wurden vom Beschwerdeführer nicht in Zweifel gezogen (vgl. Urk. 1). Für eine nähere Überprüfung von Amtes wegen besteht kein Anlass (BGE 125 V 413 E. 1b und E. 2c). Beim dem Beschwerdeführer noch zumutbaren 80%-Pensum in einer angepassten Tätigkeit resultiert

demzufolge ein Invalideneinkommen von Fr. 51'381.60 (Fr. 64'227.-- x 0,8).

E. 5.3

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 68'640.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 51'381.60 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'258.40 und damit ein Invaliditätsgrad von 25 % (Fr. 17'258.40 : Fr. 68'640.--).

E. 6

In

Gutheissung der Beschwerde ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 6. November 2018 (Urk. 2) demnach insoweit aufzuheben, als darin ein Anspruch auf eine Rente verneint wurde, und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. September 2017 Anspruch auf eine auf einen Invaliditätsgrad von 25 % gestützte Invalidenrente hat.

E. 7.1

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streit Sache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen ist.

E. 7.2

Das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes erweist sich damit als gegenstandslos. Sein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung ist obsolet, da das vorliegende Verfahren kostenlos ist (Art. 61 lit. a ATSG).

Das Gericht erkennt: 1.

In

Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 6. November 2018 insoweit aufgehoben, als darin ein Anspruch auf eine Rente verneint wurde, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. September 2017

Anspruch auf eine auf einen Invaliditätsgrad von 25 % gestützte Invalidenrente hat. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

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

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