

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00180 vom 17. März 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00180

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00180 du 17 mars 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00180 del 17 marzo 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, war seit dem 1. August 1993 als Head Underwriting Centre

FinPro bei der Y.____ Ltd., Z.____, angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Elips Versicherungen AG (nachfolgend: Elips) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert.

Gemäss am 31. März 2020 bei der Elips eingegangen

Bagatellunfall-Meldung UVG rutschte der Versicherte am 19. Februar 2020 auf einer eisigen Stelle auf dem Trottoir aus und habe aus Reaktion/Reflex seinen rechten Arm hochgerissen, um das Gleichgewicht zu halten. Der rechte Arm sei immer noch lädiert gewesen, der Fast-Sturz habe es aber wieder verschlimmert, so dass er wieder starke Schmerzen bekommen habe. Als Art der Schädigung wurde eine Zerrung am Oberarm angegeben (Urk. 9/1 Ziff. 3-4, Ziff.

E. 1.1

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129

V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.4

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 2.1). 1. 5

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nun mehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.6

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). 1. 7

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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Einspracheentscheid (Urk. 2) gestützt auf die Beurteilungen ihrer Vertrauensärzte Dr. A.____ und Dr. B.____ davon aus, dass der Status quo sine beim Beschwerdeführer am 9. April 2020 erreicht gewesen und die Leistungseinstellung auf dieses Datum zu Recht erfolgt

sei (S.

E. 6

und Ziff.

E. 9

, da unvollständig ergänzt durch Urk. 9/16 S. 1 Ziff.

E. 11

).

Die dagegen vom Versicherten am 3. Juli 2020 vorsorglich und am 10. September 2020 begründet erhobene Einsprache (Urk. 9/17, Urk. 9/24) wies die Elips gestützt auf eine weitere versicherungsmmedizinische Stellungnahme von Dr. A.____ und

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 19. Juni 2020 (Urk. 9/16) mit Einspracheentscheid vom 3. August 2021 ab (Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 14. September 2021 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 3. August 2021 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihm für die Folgen des Unfalls vom 19. Februar 2020 auch nach dem 9. April 2020

weiterhin die Leistungen aus der Unfallversicherung (Heilbehandlungskostenersatz und Taggeld) auszurichten und es seien ihm die Kosten der

Stellungnahmen von Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Betrag von Fr. 450.-- zu erstatten. Mit Beschwerdeantwort vom 17. November 2021 (Urk. 8) beantragte die Elips die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 24. November 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Am 30. November 2021 äusserte sich der Beschwerdeführer erneut (Urk. 12), was der Beschwerdegegnerin am 6. Dezember 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 14

Ziff. 2.1) Die festgestellte Pathologie an der rechten Schulter sei überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt. Das zweite relevante Ereignis vom 19. Februar 2020 habe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt. Die Behandlungen inklusive arthroskopische Operation durch Dr. C.____ habe der Behandlung des Vorzustandes gedient (S. 10 oben). Anzuführen bleibt, dass die von Dr. C.____ erwähnte Literatur wissenschaftlichen Kriterien nicht genüge (S. 14 Ziff. 2.1 unten). Insoweit weitere Abklärungen beantragt worden seien, könne hiervon in antizipierter Beweiswürdigung abgesehen werden (S. 15 Ziff. 2.2). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass für die Annahme des Status quo sine per 9. April 2020 jegliche Begründung der beratenden Ärzte fehle (S. 9 lit. b). Die Beurteilung der beratenden Ärzte beruhe weder auf einer eigenen klinischen Untersuchung noch auf der Kenntnis

der vollständigen Akten. Es sei vielmehr auf die Stellungnahmen von Dr. C.____

vom 1. September 2020 und 8. September 2021 abzustellen, worin die Unfallkausalität der nach dem 9. April 2020 anhaltenden Beschwerden überzeugend begründet werde und insbesondere auch die Fehlerhaftigkeit der medizinischen Aktenbeurteilung der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin,

insbesondere auch der Beurteilung durch Dr. med. D.____, Facharzt für Radiologie, detailliert aufgezeigt worden seien (S. 9 ff. lit. c-d). 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) führte die Beschwerdegegnerin aus, dass die erneute Stellungnahme von Dr. C.____ vom 8. September 2021 die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen der Dres. A.____ und B.____ nicht in Zweifel zu ziehen vermöge (S. 11 Rz. 25).

Die vom Beschwerdeführer genannte Fachliteratur sei keinesfalls unumstritten (S. 11 f. Rz. 27). Die Parteistellungnahmen von Dr. C.____ seien nicht notwendig und für die Beurteilung dieses Falls nicht unerlässlich gewesen, weshalb sie nicht zu übernehmen seien (S. 12 Rz. 30). 2.4

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 19. Februar 2020 einen Unfall erlitt und dabei seine rechte Schulter verletzte, indem er auf einer eisigen Stelle auf dem Trottoir ausrutschte und, um nicht zu fallen, den rechten Arm reflexartig hochriss (Urk. 9/1 und Urk. 9/4 S. 1). Strittig ist die Frage, ob die nach dem 9. April 2020, dem Datum der Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin, verbleibenden Schulterbeschwerden rechts nur noch auf unfallfremden Ursachen beruhen oder der Unfall weiterhin – zumindest

teilweise – kau sal für das Schulterleiden ist. Es ist entsprechend zu prüfen, ob mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass das Unfallereignis vom 19. Februar 2020 keine kausale Bedeutung für die über den 9. April 2020 hinaus bestehenden Schulterbeschwerden hat. 3 .

3 . 1

Dr. med. E.____, Fachärztin für Rheumatologie, stellte in ihrem Bericht vom 5. März respektive 20. März 2020 (Urk. 9/2/ 8-9)

nach rheumatologischer Beurteilung des Beschwerdeführers vom 2. März 2020 folgende Diagnosen (S. 1): - Rotatorenmanschettenläsion

rechts, fragliche kleine Teilruptur des Delta muskels am Ansatz am lateralen Oberarm rechts - Status nach Zerrung Schulter rechts durch plötzliche Bewegung des rechten Armes in Abduktion/Aussenrotation beim Badmintonspiel am 17. Oktober 2019 - Status nach Ausrutschen auf dem Eis mit erneut ruckartiger Bewegung des rechten Armes nach oben am 19. Februar 2020 - Sonographie vom 2. März 2020: Etwa 1 cm messende hypoechoogene Zone in der Subscapularissehne ansatznahe, etwa 70 % der Dicke der Sehne einnehmend, kleine wenige Millimeter grosse hypoechoogene Zone in der Supraspinatussehne knochenahne, zudem etwas inhomogene Sehnenstruktur (hyperechogen) am Ansatz der Delta Muskulatur am lateralen Oberarm rechts - leichte Bursitis subacromialis

links - Status nach Kontusion der Schulter links am 3. Januar 2020 (Sturz beim Skifahren)

Dr. E.____ führte unter anderem nach durchgeführter funktioneller Ultraschalluntersuchung beider Schultergelenke aus, dass sich eine hochgradige, nahezu transmurale Ruptur der Subscapularissehne ansatznahe rechts zeige sowie eine kleinste (funktionell nicht relevante) knochenahne Partialruptur der Supraspinatussehne rechts. Links habe sich eine unauffällige Supraspinatussehne und Subscapularissehne gezeigt. Jedoch finde sich eine Bursitis subacromialis links. Zudem bestehe eine fragliche kleine Teilruptur des Deltamuskels am Ansatz am lateralen Oberarm rechts (S. 2 oben). 3.2

Gemäss undatierter Bagatellunfall-Meldung UVG (Urk. 9/1; eingetroffen bei der

Beschwerdegegnerin am 31. März 2020) war der Beschwerdeführer am 19. Februar 2020 auf dem Trottoir auf einer eisigen Stelle ausgerutscht aber nicht gefallen und habe aus Reaktion/Reflex seinen rechten Arm hochgerissen, um das Gleichgewicht zu halten. Der rechte Arm sei immer noch lädiert gewesen, der Fast-Sturz habe den Arm/die Schulter wieder verschlimmert, sodass er starke Schmerzen bekommen habe. Als Verletzung wurde eine Zerrung am rechten Oberarm genannt (Urk. 9/1 Ziff. 4, Ziff. 6 und Ziff. 9; da unvollständig ergänzt durch Urk. 9/16 S. 5 Mitte).

3 . 3

Dr. C.____

stellte in seinem Bericht vom 9. April 2020 (Urk. 9/2/2- 3)

folgende

Diagnosen: - symptomatische Rotatorenmanschettenruptur (Subscapularis oberes Drittel) mit Pulley-Ruptur und Subluxation der Bicepssehne Schulter rechts - Status nach Zerrung der rechten Schulter beim Badmintonspiel am 17. Oktober 2019 - Status nach Sturz beim

Skifahren mit erneut ruckartiger Bewegung des rechten Armes nach oben am 19. Februar 2020 - leichte Bursitis subacromialis links - Status nach Kontusion Schulter links am 3. Januar 2020 (Sturz)

Dr. C.____ führte

nach Konsultation des Beschwerdeführers am 9. April 2020 aus, dass er am 17. Oktober 2019 beim Badmintonspiel eine Zerrung an der rechten Schulter erlitten habe, welche sich rasch wieder vollständig gebessert habe. Im Februar 2020 sei er dann auf dem Eis ausgerutscht, wobei es zu einer ruckartigen Aussenrotations- und Abduktionsbewegung nach oben mit ein schiessenden und plötzlichen Schmerzen der rechten Schulter im rechten Oberarm gekommen sei. Die Schmerzen seien diesmal jedoch persistierend gewesen. Die Schmerzen seien bei leichten Anstrengungen ventralseits sowie lateralseits der Schulter immer vorhanden (S. 1 Mitte).

Dr. C.____ hielt fest, die Beschwerden des Patienten wie die klinische Untersuchung fänden ein klares patho-anatomisches Korrelat im MRI. Der Patient habe eine Oberrandläsion des Subscapularis mit Subluxation der langen Bicepssehne wie auch eine Ansatzläsion des Bizepses (SLAP II-Läsion). Die SLAP II-Läsion sei nach einer Studie mit hoher Wahrscheinlichkeit traumatisch bedingt. Auch der Unfallmechanismus passe zur entsprechenden Läsion. Nach Ausschöpfen der konservativen Massnahmen und Persistenz der Beschwerden vor allem bei körperlichen Anstrengungen, bestehe als nächste Behandlungsoption die Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanischettenrekonstruktion und Bicipstenodese

(S. 2

oben). 3. 4

Am 28. Mai 2020 erstattete Dr. A.____

seine versicherungsmedizinische Stellungnahme und Aktenbeurteilung (Urk. 9/10).

Zusammengefasst hielt er fest, dass das Ereignis vom 19. Februar 2020

einen Zufalls- oder Gelegenheitsanlass darstelle, welcher biomechanisch völlig ungeeignet gewesen sei, eine Schädigung der Schulter zu bewirken (S. 1 Ziff. 1 lit. a). Am 3. Januar 2020 habe der Beschwerdeführer eine Schulterkontusion bei einem Sturz erlitten. Einzig für dieses Ereignis seien die Kriterien des gesetzlichen Unfallbegriffes erfüllt (S. 1 Ziff. 1 lit. b). Ein Teil des Schädigungsbildes passe vielleicht zum Ereignis vom 3. Januar 2020, obschon gemäss Bericht vom 19. April 2020 [richtig wohl 9. April 2020] gerade die Aussenrotation seitengleich vermindert gewesen sei. Das sei wiederum ein Hinweis darauf, dass

die Subscapularisruptur entweder schon lange bestehe und kompensiert sei, oder dass es auf der Gegenseite gleich ausschaue. Das spreche für eine degenerative Entwicklung, die vorübergehend durch das Ereignis vom 3. Januar 2020 aktiviert worden sei.

Oberrandläsionen am Subscapularis seien in der Regel abnutzungsbedingt (S. 1 Ziff. 1 lit. c).

Dr. A.____

führte aus, dass unfallfremde degenerative Ursachen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an den derzeitigen Störungen mitwirkten (S.

1 Ziff. 2-3). Bezogen auf das alleinige Unfallereignis vom 3. Januar 2020 sei der Status quo sine per 9. April 2020 erreicht (S. 2 Ziff. 4).

Anzumerken sei weiter, dass das Lebensalter des Versicherten und der von ihm ausgeübte schulter belastende Sport mit der Degeneration an der rechten Schulter korrelierten. Es werde empfohlen, die Kostengutsprache für die geplante Operation am 3. Juni 2020 abzulehnen (S. 2 Ziff. 5). 3 . 5

Dr. A.____ und Dr. B.____

führten in ihrer versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung vom 19. Juni 20 20 (Urk. 9/

E. 16

/1-16)

zur Frage, ob die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Ereignis vom 1 9. Februar 2020 (1 7. Oktober 2019, 3. Januar 2020) verursacht worden seien , aus, dass es im vorliegenden Fall um die rechte Schulter gehe. Das Ereignis vom 3. Januar 2020 habe die linke Schulter betroffen und sei somit nicht relevant. Die Beschwerden, welche nach dem Ereignis vom 1 7. Oktober 2019 aufgetreten seien, seien einige Tage danach bemerkt worden und nach Sportkarenz rasch wieder zur ückgegangen. Dieses Ereignis habe mit den Beschwerden, die nach dem 1 9. Februar 2020 geklagt worden seien, folglich nichts mehr zu tun. Das Ereignis vom 1 9. Februar 2020 habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung an der degenerativ veränderten rechten Schulter geführt (S. 15 Ziff. 4.1). Zu mitwir kenden unfallfremden Ursachen führten Dr. A.____ und Dr. B.____

aus, dass beim Beschwerdeführer anlagebedingt ein sehr enger Subakromialraum bei weit ausladendem Akromion bestehe. Ausserdem finde sich eine degenerative bedingte SLAP-Läsion I nach Snyder sowie eine fortgeschrittene Bizepssehnen tendi n opathie bei Pulley -Läsion und eine geringe re

Tendinopathie der Supra spi natussehne rechts. Die Subskapu larissehne sei am Tuberculum minus teilweise abgelöst, wodurch es zu einer U nterbrechung der Rotatoreninter v allschlinge mit Luxation der langen Bizepssehne aus der kranialen Hälfte des Sulcus intertuber cularis nach medial k omme (S. 16 Ziff. 4.3) . Per Erreichen des Status quo sine am 9. April 2020 mit der Untersuchung bei Dr. C.____ wirkten nur noch unfall fr emde Ursachen (S. 16 Ziff. 4.5).

Die sorgfältige und unabhängige radiologische Zweitbeurteilung der Bilder der MR-Arthrografie vom 1 6. März 2020 durch Dr. D.____ habe anatomische Besonderheiten ergeben. Insbesondere bestünden beim Versicherten ein sehr gestrecktes, kaudalseitig flaches Akromion mit ungünstigem Akromionindex und ungünstigem kritischem Schulterwinkel. Ausserdem sei der Subakromialraum bei einem akromiohumeralen Abstand von 6 mm deutlich zu eng. Es zeige sich eine geringere Tendinopathie an der Supraspinatussehne und eine fortgeschrittene Tendino pathie an der langen Bizepssehne . Weiter finde sich eine SLAP-Läsion Typ I nach Snyder, welche gemäss unfallchirurgisch-orthopädischer Lehre stets degenerativer Natur sei. Ebenfalls zeige sich eine Ablösung eines Teils der Subskapularissehne vom Tuberculum minus. Hinweise auf einen Gelenkerguss, ein Knochenkontusionsödem oder sonstige traumatische Marker hätten sich hin gegen nicht gefunden. Weiter bestehe eine Bu rsitis subacromialis und eine Acro

mioclavicular (AC) Gelenks -Arthrose. Dr. A.____ und Dr. B.____ führten aus, dass sämtliche Befunde bei bestehender Atrophie des Musculus

subscapularis rechts eindeutig degenerativer Natur seien und es bildgebend keine objektivierte Hinweise auf eine traumatische Verursachung gebe (S. 13 Mitte). Auch die Pulleyläsion entstehe in der Regel im Zusammenhang mit einer Verletzung der Teile der Subskapularissehne. Durch ein Außenrotations- beziehungsweise Hyperflexionstrauma entstehe eine Überlastung der Bandeneinfassung der Bizepssehne, die im ungünstigsten Fall zu einem Abriss der Subskapularissehne mit vollständiger Zerstörung des Pulleysystems führe. Bei älteren Patienten sei die Ursache für die Pulleyläsion meist eine schleichende Schwächung des im Alter spröde gewordenen Sehnenansatzes. Aus diesem Grund könne es hier auch ohne ursächlichen Unfall zu einem schrittweisen Abriss der Subscapularissehne und einer daraus folgenden Instabilität der langen Bizepssehne kommen (S. 14 Mitte).

Dr. A.____ und Dr. B.____ hielten fest, dass das reflexartige plötzliche Hochreißen der Arme weder zu einem unphysiologischen Sehnenzug noch zu einer exzentrischen Muskelbelastung des Musculus

subscapularis führe. Das Ereignis vom 19. Februar 2020 könne demzufolge nicht Ursache der Pathologie an der Subskapularissehne sein. Gleiches gelte auch für die Pulleyläsion, welche mittelbare Folge der Subskapularispathologie sei. Hätte es sich um eine traumatisch bedingt kombinierte Subskapulariszerreißung und Pulleyläsion gehandelt, wäre eine blutige Imbibierung, mindestens aber ein kräftiges intramuskuläres Ödem im langen Bizepsmuskelkopf sowie im Muskulus

subscapularis in der Kernspintomografie zu sehen gewesen. Dies sei aber nicht der Fall (S. 14 unten). Es handle sich um eine schleichende Zusammenhangstrennung, welche alle typischen Marker einer Abnutzung aufweise. Solche Subskapularisberrandläsionen seien typischerweise degenerativ (S. 14 unten f.). Das Beschwerdebild sei ab Status quo sine per 9. April 2020 überwiegend wahrscheinlich auf die vorbestehende, offensichtlich vor dem ersten Ereignis vom 17. Oktober 2019 noch nicht symptomatische, altersentsprechende Degeneration der Subskapularissehne in der rechten Schulter zurückzuführen (S. 15 Mitte).

3. 6
Dr. C.____ stellte in seiner

Stellungnahme vom 1. September 2020 (Urk. 7/23) folgende Diagnose (S. 1): - Status nach Schulterarthroskopie rechts, Bizepsstenodese, Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Subscapularis) - symptomatische Rotatorenmanschettenruptur (Subscapularis oberes Drittel) mit Pulley-Ruptur und Subluxation der Bizepssehne Schulter rechts - Status nach Zerrung Schulter rechts beim Badmintonspiel am 17. Oktober 2019 - Status nach Ausrutschen auf dem

Eis mit erneut ruckartiger Bewegung des rechten Armes nach oben am 19. Februar 2020

Dr. C.____ führte zu der von Dr. D.____ beschriebenen relativen Enge im subcoracoidalen Raum aus, dass ein Zusammenhang zwischen den Rupturen des Subscapularis und der Enge nie konklusiv nachgewiesen worden sei. Hinsichtlich der vom Radiologen zitierten Fachliteratur, welche Hinweise für ein intraartikuläres Impingement liefere, sei diese nicht repräsentativ. Ein Zusammenhang zum Sport werde nicht beschrieben, was vom Radiologen erwähnt und als Grund für die degenerative Natur der Ruptur verwendet werde (S. 1 unten f.). Hinsichtlich des von Dr. D.____ aufgeführten Akromionindex und der laterale

n Überdachung sei darauf hinzuweisen, dass er – Dr. C.____

– selbst an der Entwicklung des Akromionindex mitgearbeitet und die Studie dazu mit weiteren Ärzten publiziert habe. Der Akromionindex sei auf dem Röntgen validiert worden und nicht auf dem MRI. Zudem habe er einen direkten Zusammenhang mit bursaseitigen Rupturen des Supraspinatus, jedoch nicht des Subscapularis. Dr. C.____ führte zum von Dr. D.____ gemessenen coraco-acromialen Abstand von 6 mm aus, dass eine solche Messung in einem klar definierten Röntgenbild und nicht im MRI gemacht werde, weshalb die Aussage über die subacromiale Enge und Ruptur nicht belegt und somit falsch sei (S. 2 oben). Somit sei der Kausalzusammenhang zwischen subcoracoidaler Enge und Acromionindex wie auch der acromio-humeralen Distanz der Partialruptur des Subscapularis absolut falsch, wie dies der Radiologe zur Festlegung der Unfallkausalität verwende. Auch dessen Aussagen bezüglich der SLAP-II Läsion beruhen auf einer falschen Interpretation einer Studie.

Soweit Dr. D.____ erwähne, dass posttraumatische Zeichen wie Ödeme fehlten, stellten letztere gemäss der Stellungnahme von Swiss Orthopaedics unzuverlässige Kriterien zur Festlegung eines Kausalzusammenhangs dar (S. 2 Mitte). Entgegen der Ansicht der Dres. A.____ und B.____

könnten

eine plötzliche, unbeabsichtigte Abduktion und Aussenrotation sehr wohl eine Ruptur des Oberrandes des Subscapularis auslösen. Zudem sei gestützt auf die Aktenlage unzutreffend, dass der Subscapularis eine Atrophie habe. Man könne höchstens von einer Verfettung in allen Muskeln Grad I nach Goutallier sprechen. Jedoch sei absolut falsch daraus zu folgern, dass es sich um eine degenerative Ruptur handle (S. 2 unten).

Dr. C.____ hielt fest, dass die beurteilenden Ärzte selbst einen Mechanismus beschrieben hätten, wie es zu einer traumatischen Ruptur der Subscapularissehne kommen könne und zwar mit einer Hyperflexion und Aussenrotation. Genau dies

sei die Bewegung gewesen, welche der Patient beim Ausrutschen gehabt habe. Zudem werde in der Expertengruppe für Schulter der Swiss Orthopaedics

(Lädermann et al.) genau diese Bewegung als Unfallmechanismus beschrieben (S.

3 oben). Zusammenfassend handle es sich bei den Beurteilungen um eine falsche Interpretation der Literatur. Es würden für Messungen der Acromionmorphologie, der subacromialen und subcoracoidalen Länge das MRI und nicht das etablierte Röntgen verwendet. Deshalb lasse sich daraus keine Konklusion ziehen. Zudem werde eine Atrophie des Subscapularis erwähnt, die nicht im MRI sichtbar sei. Somit seien mit inkorrekten Interpretationen der Bilder, falscher Anwendung von Messmethoden und inkorrekt interpretierter Literatur Schlüsse gezogen worden, die aus seiner Sicht nicht reproduziert werden könnten. Aus den erwähnten Gründen sei für ihn das zweite Ereignis vom 19. Februar 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Ursache für die erwähnten pathoanatomischen Veränderungen (S. 3 Mitte). 3.7

Dr. A.____ und Dr. B.____ führten in ihrer zweiten versicherungsmedizinischen Stellungnahme/Aktenbeurteilung vom 17. November 2020 (Urk. 9/25) aus, sie seien entgegen Dr. C.____ der Ansicht, dass die vorgebrachte Studie sehr wohl für die degenerative Natur der Subscapularisläsion spreche (S. 2 Ziff. 2.1 Mitte). Bei der von

Dr. C.____ erwähnte n Arbeit von Swiss Orthopaedics zu den revidierten Unterscheidungskriterien, ob es sich um eine degenerative oder traumatische Läsion der Rotatorenmanschette handle, handle es sich zusammengefasst nicht um eine wissenschaftliche Abhandlung, sondern um eine von ökonomischen Interessen gesteuerte Stellungnahme, welche mittelbar die Abrechenbarkeit der Behandlung von Schulterpathologien gegenüber der Unfallversicherung begründen sollte (S. 2 Ziff. 2.1 unten f.). Gemäss dieser Studie wäre als MRI-Kriterium für ein Trauma zumindest ein Muskelödem erforderlich, was beim Versicherten nicht objektiviert worden sei. Dies habe Dr. C.____ übersehen. Was den von Dr. C.____ beschriebenen Ereignishergang angeht, stehe dem entgegen, dass der Versicherte selbst diesen Hergang nicht auf diese Weise beschrieben habe. Es handle sich nicht um eine Hyperflexion. Dr. C.____ gehe von einem Hergang aus, der echtzeitlich so nicht dokumentiert worden sei (S. 3 unten f., S. 4 unten f.).

Was die von Dr. C.____ festgestellte Verfettung der Muskeln der Rotatorenmanschette Grad Goutailler 1 angeht, sei zu konstatieren, dass Muskelverfettungen nach Mindergebrauch entstehen und Zeichen einer beginnenden Degeneration sein könnten. Auf die Muskelverfettung erfolge die Atrophie des Muskels mit einer unbestimmten zeitlichen Verzögerung (S. 4 unten). Der teilweise persönlich angegriffene Ton von Dr. C.____ überschreite eine interfachlich kollegiale Grenze. Es gehe nicht an, die Interpretationen des Radiologen als «absolut falsch» zu bezeichnen, dies, zumal Dr. C.____ nicht über eine formal strukturierte fachärztlich-radiologische Ausbildung verfüge (S. 5 Mitte). Im Weiteren gaben die Dres. A.____ und B.____ verschiedene medizinische Lehrmeinungen zum Sachverhalt wieder (S. 5 ff. Ziff. 2.2).

Darauf Bezug nehmend führten Dr. A.____ und Dr. B.____ aus, dass das Lebensalter des Versicherten prima vista gegen ein Trauma und eher für eine Degeneration spreche. Auch das Badminton-Spielen könne eine erhöhte Abnutzung der Weichteilstrukturen in der Schulter bedingen (S. 8 Ziff. 2.3). 3. 8

Dr. C.____ führte in seiner Stellungnahme vom

8. September 2021 (Urk. 3/3) aus, dass es hinsichtlich der Studie der Swiss Orthopaedics nicht angehe, diese einfach zu identifizieren, indem die Dres. A.____ und B.____ die Arbeit als «ökonomisch interessiert» bezeichneten (S. 2 oben). Er – Dr. C.____

– halte nach erneuter Durchsicht der entsprechenden Passage daran fest, dass ein Ödem in den Muskeln nicht beweisend sei für ein Trauma (S. 2 Mitte). Weiter sei er in Anbetracht seiner Ausbildung und beruflichen Tätigkeit sehr wohl in der Lage, den Bericht von Dr. D.____ zu interpretieren (S. 2 unten f.). Zudem sei in einer Studie wissenschaftlich dargelegt worden, dass das Alter unter 60 Jahren sogar protektiv sei gegen Rotatorenmanschettenrupturen (S. 3 unten f.).

Er habe zudem in seiner Stellungnahme vom Jahr 2020 eine Arbeit zitiert, dass ab SLAP-Läsion Grad III die Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Läsion deutlich erhöht sei. Dies sei unkommentiert geblieben. Es sei zutreffend, dass eine blutige-ödematöse Anschwellung ein eindeutiges Indiz in der sehr initialen Phase sei, was sich aber nach einer gewissen Latenz, wie sie bei seinem Patienten vorliegen habe, nicht mehr nachweisen lasse. Die beiden Ärzte würden den Trauma mechanismus gerne auf ihre Weise interpretieren. Dr. C.____ führte aus, dass er daran festhalte, dass eine plötzliche, schnelle Aussenrotation und Abduktion den Subscapularis und das Pulley auf Spannung brächten,

weshalb eine rekonstruierte Subscapularissehne postoperativ durch Vermeidung genau dieser Bewegungen geschützt werde (S. 4 Mitte).

Zusammenfassend basierten die Argumente von Dr. A.____ und Dr. B.____

auf veralteten Studien, die in der modernen Schulterchirurgie wissenschaftlich überarbeitet worden seien. Insbesondere zur SLAP-Läsion Grad III, die von allen Läsionen mit grosser Wahrscheinlichkeit unfallbedingt sei, hätten die Ärzte keine Argumente bringen können. Ihre Schlussfolgerungen mit Bezug auf

Alter und sportliche Aktivität seien ebenfalls wissenschaftlich überholt. Er –

Dr. C.____

– bleibe daher bei seiner ursprünglichen Beurteilung (S. 5 Ziff. II). 4 . 4 . 1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrem per 9. April 2020 vorgenommenen Fallabschluss auf die Beurteilungen ihrer beratenden Ärzte Dr. A.____

vom 28. Mai 2020 (vorstehend E. 3.4)

und von Dr. A.____ und Dr. B.____ vom 19. Juni und vom 17. November 2020 (vorstehend E. 3 . 5

und E. 3 . 7). Demnach sei es

durch das Ereignis vom 19. Februar 2020 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes gekommen (vorstehend E. 2.1).

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer gestützt auf die Stellungnahmen

seines behandelnden Arztes Dr. C.____ vom 1. September 2020 und vom 8. September 2021 (vorstehend E. 3.6 und E. 3.8) auf den Standpunkt, dass auf die Beurteilung der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin nicht abgestellt werden könne . Die pathoanatomischen Veränderungen am Schultergelenk seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch den Unfall vom 19. Februar 2020 verursacht worden (vorstehend E. 2.2) . 4 . 2

Vorab festzuhalten ist, dass hinsichtlich der hier zu beurteilenden Beschwerden an der rechten Schulter des Beschwerdeführers lediglich das Ereignis vom 17. Oktober 2019 betreffend das Badmintonspiel sowie jenes vom 19. Februar 2020 von Relevanz sind , während der Sturz beim Skifahren am 3. Januar 2020 die linke Schulter betraf und nicht die rechte (vgl. auch Urk. 7/16 S. 7 unten). Dieser Umstand entging Dr. A.____ in seiner ursprünglichen Aktenbeurteilung vom 28. Mai 2020 (vorstehend E. 3.4 , vgl. Urk. 9/16 /1-16 S. 7 unten, S. 8 Mitte).

Abgesehen davon, dass es sich als fraglich erweist, eine komplexe Schulterverletzung einem Internisten zu unterbreiten, schloss Dr. A.____ auch aktenwidrig auf eine seitengleiche Degeneration an der linken Schulter, obwohl dies durch die Ultraschalluntersuchung durch Dr. E.____

(vorstehend E. 3.1) nicht bestätigt wurde (vgl. auch Urk. 9/16/1-16 S. 3 Mitte) . An seiner versicherungsinternen Beurteilung bestehen damit mehr als erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit, weshalb ihr ein Beweiswert ohne weiteres abzusprechen ist (vorstehend E. 1.6-7). 4.3

Was die von Dr. A.____

in der Folge zusammen mit Dr. B.____ am 19. Juni 2020 und am 17. November 2020 verfassten versicherungsmmedizinischen Beurteilungen (vorstehend E. 3.5 und E. 3.7) angeht, vermögen die ausführlichen und detaillierten Stellungnahmen von Dr. C.____ vom 1. September 2020 und vom 8. September 2021 (vorstehend E. 3.6 und E. 3.8) zumindest Zweifel hieran zu wecken.

Als divergierend erwiesen sich die Meinungen vorab dazu, ob das Unfallereignis vom 19. Februar 20

E. 20

, namentlich das reflexartige Hochreißen des rechten Armes bei einem Ausrutschen auf dem Eis, um einen Sturz zu vermeiden (vgl. vorstehend E. 3.2 und Urk. 9/4), an sich als geeignet anzusehen ist, die beim Beschwerdeführer anlässlich der Bildgebung vom 16. März 2020 (Urk. 9/3) objektivierten Läsionen an der rechten Schulter zu verursachen.

Entgegen der Ansicht der Dres. A.____ und B.____

ging Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 1. September 2020 (vorstehend E. 3.6) davon aus, dass eine plötzliche, unbeabsichtigte Abduktion und Aussenrotation sehr wohl eine Ruptur des Oberrandes des Subscapularis auslösen könnten.

Demgegenüber verneinten die Dres. A.____ und B.____ einen solchen Unfallhergang (vorstehend E. 3.7).

Auch in Bezug auf die tatsächlich beim Beschwerdeführer bestehende Schulteranatomie besteht Unklarheit. In seiner Stellungnahme vom 1. September 2020 (vorstehend E. 3.6) legte Dr. C.____

detailliert dar, weshalb er den von Dr. D.____ festgestellten

und von Dr. A.____ und Dr. B.____ in ihrer Argumentation für eine vorbestehende degenerative Problematik übernommenen engen Subakromialraum

für das vorliegende Beschwerdebild als nicht ursächlich betrachtete.

Einerseits stellte Dr. C.____ die Messungsmethode von Dr. D.____ in Frage, indem eine Messung per klar definiertem Röntgenbild und nicht via MRI zu erfolgen habe, andererseits verneinte er generell einen Zusammenhang zwischen Rupturen der Subscapularissehne und einer Enge und hielt fest, dass ein solcher nie nachgewiesen worden sei. Zum von Dr. D.____ respektive Dr. A.____ und Dr. B.____ vorgebrachten Akromionindex führte Dr. C.____ aus, dass er an dieser Studie selbst mitgearbeitet habe und legte sodann dar, dass dieser im Falle des Verletzungsbildes des Beschwerdeführers nichts aussage, zumal der Akromionindex lediglich in einem direkten Zusammenhang mit bursaseitigen Rupturen des Supraspinatus stehe. Diesen klaren Kritikpunkten vermochten die Dres. A.____ und B.____ sodann in ihrer Stellungnahme vom 17. November 2020 (vorstehend E. 3.7) nichts Handfestes mehr entgegen zu halten, sondern sie zweifelten generell die Kompetenz von Dr. C.____ zur Beurteilung der Ausführungen des Radiologen

Dr. D. ___ an.

Auch verwies Dr. C. ___ darauf, dass die von den beratenden Ärzten vorgebrachte Atrophie des Subscapularis in den bildgebenden Akten nicht ersichtlich sei. Dem widersprachen die Dres. A. ___ und B. ___ in ihrer Stellungnahme vom 17. November 2020 (vorstehend E. 3.7) denn auch nicht, sondern führten aus, dass eine Muskelverfettung die Vorstufe zur Atrophie sei, was vorliegend dafür spricht, dass tatsächlich keine Atrophie vorgelegen hat. Auch kann nach den Ausführungen von Dr. C. ___ nicht einfach davon ausgegangen werden, dass das Lebensalter des Beschwerdeführers sowie seine sportliche Aktivität gegen eine traumatische Ursache der Beschwerden sprechen würden.

Aufgrund all dieser weitgehend bis zuletzt umstritten gebliebenen Gesichtspunkte erscheint es nicht ohne weiteres als nachvollziehbar, dass sämtliche bildgebend festgestellte Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Genese seien sollen, und selbst wenn durch das Ereignis vom 19. Februar 2020 lediglich eine vorübergehende Aktivierung eines krankhaften Vorzustandes angenommen würde, lässt sich auch das Erreichen des Status quo sine per 9. April 2020 nicht ohne weiteres nachvollziehen.

Es wird damit nicht schlüssig begründet, weshalb das Unfallereignis vom 19. Februar 2020 ohne kausale Bedeutung für die ab 9. April 2020 weiterhin bestehenden Schulterbeschwerden rechts sein soll. Dies müsste jedoch angesichts der Beweislastverteilung seitens der Beschwerdeführerin nachgewiesen werden.

Das Gericht kann einen medizinischen Expertenstreit

nicht beurteilen. Damit kann der einen oder anderen Einschätzung nicht ohne abschliessende gutachterliche Beurteilung der Vorzug gegeben werden. 4.4

Aufgrund des Gesagten erscheint es zwecks fundierter Beurteilung der Sachlage angezeigt, die Sache zur unabhängigen externen Begutachtung an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die nach dem

9. April 2020 verbleibenden Beschwerden an der rechten Schulter auf den

Unfall vom 19. Februar 2020 zurückzuführen sind. Falls die Schulterbeschwerden als vorbestehend qualifiziert würden, wäre weiter zu klären, ob das genannte

Unfallereignis

zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung geführt hat, die bestehenden Beschwerden allein auf den Vorzustand zurückzuführen sind oder auch noch durch die unfallbedingten Schädigungen unterhalten werden. 5.5.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Dem Beschwerdeführer steht ausgangsgemäss eine Prozessentschädigung zu, welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend ist ihm eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten. 5.2

Der Beschwerdeführer beantragte weiter die Übernahme der von ihm veranlassten ergänzenden Stellungnahmen von Dr. C. ___

im Umfang von Fr. 450.-- (Urk. 1 S. 2 , Urk. 3/4).

Nach ständiger Rechtsprechung werden die notwendigen Expertenkosten als Bestandteil des Parteientschädigungsanspruches betrachtet. Voraussetzung ist stets, dass die Privatbegutachtung notwendig und einen unerlässlichen Bestandteil der materiellen Beurteilung bildete (Urteil des Bundesgerichts 9C_178/2010 vom 14. April 2010 E. 2 mit Hinweis auf BGE 115 V 62).

Vorliegend erweckten die Stellungnahmen von Dr. C.____ doch erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilungen und zeigten detailliert Ungereimtheiten auf, aufgrund derer das Gericht zu seiner Beurteilung der Sachlage kam. Damit handelt es sich bei den Kosten für die Stellungnahmen von Dr. C.____

um notwendige Kosten im Sinne der Rechtsprechung, die von der Beschwerdegegnerin zu tragen sind. Demnach hat die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Stellungnahmen von Dr. C.____

im Umfang von insgesamt Fr. 450.-- (Urk. 3/4) zu übernehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 3. August 2021 aufgehoben und die Sache an die Elips Versicherungen AG zurück gewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3' 0 00 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer für die Stellungnahmen von

Dr. C.____

Fr. 450.-- zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Bundesamt für Gesundheit 6.

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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schucan

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