

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00075**

## **vom 28. März 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2023.00075](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00075)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00075 du 28 mars 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00075 del 28 marzo 2024

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

4. Mai 2021 bis 8. Juni 2021 bei der Z. \_\_\_\_

AG als Chauffeur in einem 10 0%-Pensum beschäftigt (vgl. Urk. 8/2 , Urk. 8/28 ) und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungs anstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich am

#### **E. 1.1**

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

#### **E. 1.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 Vorhanden sein 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 entfiel (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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 nunmehr 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C\_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je 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. 1.4**

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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

### **E. 2**

5. Mai 2021 bei einem Misstritt auf einem Trittbrett eine Verletzung der rechten Schulter zuzog (vgl. Unfallmeldung vom 16. Juni 2021, Urk. 8/1). Die Erstkonsultation erfolgte am 26. Mai 2021 bei

Dr. med. A.\_\_\_\_, der den Verdacht auf eine Rotatoren man schetten - und Pfannendachläsion an der rechten Schulter äusserte

sowie eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 8/36). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen (Urk. 8/10).

Gestützt auf die Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 31. März 2022 stellte die Suva ihre Versicherungsleistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen) per 31. Dezember 2021 ein

(Verfügung vom

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid vom 31. März 2023 (Urk. 2) erwog die Beschwerdegegnerin, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass es beim Unfallereignis vom 25. Mai 2021 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen strukturellen Läsionen an der rechten Schulter gekommen sei. Der Beschwerdeführer habe lediglich eine Prellung an der rechten Schulter und damit eine vorübergehende Verschlimmerung von vorbestehenden degenerativen Pathologien an der rechten Schulter erlitten, welche spätestens sechs Wochen nach dem Unfallereignis als folgenlos abgeheilt zu gelten habe. Damit hätten spätestens ab dem Zeitpunkt der verfügten Einstellung der Versicherungsleistungen vom 31. Dezember 2021 Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Beschwerdebild des Beschwerdeführers keine Rolle mehr gespielt.

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 16. Mai 2023 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, auf die Beurteilung des versicherungsinternen Arztes könne nicht abgestellt werden, da dessen Ausführungen nicht schlüssig seien. Er habe – entgegen den anders lautenden Behauptungen des Versicherungsarztes – nicht an pathologischen Veränderungen der rechten Schulter respektive einem krankhaften Vorzustand gelitten. Zudem seien seitens behandelnder Ärzte sowohl Hinweise für eine SLAP-Läsion festgestellt worden als auch ein direktes schweres Anpralltrauma der Schultergelenksregion dokumentiert worden. Der Umstand, dass die Schmerzen persistierten und die Operationsindikation gestellt wurde, spreche ebenfalls nicht gegen eine traumatische bedingte Ursache. Der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht.

#### **3. 3.1**

Nachdem der Beschwerdeführer am 25. Mai 2021 infolge eines Misstritts beim Einsteigen in den Laderaum sein Gleichgewicht verlor und mit seiner rechten Schultergelenksregion gegen die Tür seines Lieferwagens prallte, wurde er

am Tag darauf bei seinem Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ vorgestellt, der ein kleines Hämatom beschrieb (vgl. Arztbericht vom 3. September 2021, Urk. 8/42). Am 31. Mai 2021 erstellte bildgebende Befunde zeigten eine von anterior nach posterior verlaufende etwas inhomogen berandete und nach lateral ausgerichtete Signalalteration am Labrum, was auf

eine SLAP-Läsion Typ II hinweise. Ersichtlich sei auch eine leichtgradige Tendopathie am Ansatz der Subscapularissehne ; abge sehen davon sei die Rotatorenmanschette intakt. Schliesslich seien auch leicht gradige ödematöse Veränderungen der ossären Strukturen angrenzend an das AC-Gelenk erkennbar, was auf eine Kontusion schliessen lasse (vgl. Urk. 8/32). Die Ärzte der Universitätsklinik C.\_\_\_\_

hielten die Diagnose einer Schulter kontusion rechts fest, differen z ial diagnostisch nannten sie eine SLAP-Läsion, eine kleine SSC Oberrandläsion sowie eine AC-Gelenkskontusion. Der Beschwer deführer habe sich beim Unfall eine ausgeprägte Schulterkontusion zugezogen mit im MRI nachgewiesenen Verletzungen. Sie verordneten eine konservative Therapie mit Analgesie, antientzündliche Therapie sowie Physiotherapie (vgl. A rztbericht vom 9. Juni 2021 , Urk. 8/4) . Im Rahmen der Verlaufskontrolle vom 3 0. Juni 2021 wurde radiologisch ein zentriertes Glenohumeralgelenk ohne sichtbare degenerative Veränderungen dokumentiert (Urk. 8/22, vgl. auch Urk. 8/27). Bei posttraumatisch unverändert bestehenden Restbeschwerden wurde am 2 1. Juli 2021 eine glenohumerale Kortison-Infiltration durchgeführt (vgl. Urk. 8/26). Aufgrund persistierender Beschwerden erachteten die behandelnden Ärzte der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ eine diagnostische Arthroskopie als indiziert (vgl. Arztbericht vom 2 5. August 2021, Urk. 8/34) . Am 3 1. August 2021 erfolgte der operative Eingriff (Schulter arthros kopie rechts, Débridement intra- und extra artikulär, subacromiale Burssek tomie , Weichteilakromioplastik und sub pektorale Bizepsstenodese; vgl. Opera tions bericht vom 3 1. August 2021, Urk. 8/46). Post operati v zeige sich – so die behandelnden Fachärzte – ein komplikations lose r Verlauf mit stets schmerz kompensiertem Patienten. Die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anlei tung habe problem los funktioniert, sodass der Beschwerdeführer in gutem Allge mein Zustand mit intakter Sensomotorik und reiz losen Wundverhältnissen nach Hause habe ent lassen werden können (vgl. Aus trittsbericht vom 3. September 2021, Urk. 8/45). 3.2

Dr. B.\_\_\_\_

konstatierte in seiner Stellungnahme vom 2. November 2021 (Urk. 8/56), bildgebend hätten sechs Tage nach dem Ereignis keine strukturellen Läsionen, welche überwiegend wahrscheinlich unfallkausal waren, dargestellt werden können. Chirurgisch seien keine Pathologien, die in einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis st ü nden, adressiert worden und intraoperativ hätte sich keine SLAP-Läsion II, sondern eine chronisch entzündlich veränderte lange Bizepssehne gezeigt. Es handle sich mit überwie gen der Wahrscheinlichkeit um bereits vor dem Ereignis vorhandene patho lo gische Veränderungen, welche sich durch das Unfallereignis vorübergehend verschlimmert hätten. Jener Gesund heits zustand, wie er auch ohne dem Ereignis vorliegen würde, sei nach vier bis spätestens sechs Wochen erreicht, hernach seien Folgen von Prellungen – mit rechter Schulterregion gegen halboffene Transportertür e

ge stossen – im Rahmen des natürlichen Reparationsvorgangs folgenlos verheilt. 3.3

Im Rahmen einer Verlaufskontrolle an der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ drei Monate postoperativ habe der Beschwerdeführer über weiterhin starke Schmerzen und Bewegungseinschränkungen berichtet. Der behandelnde Arzt dokumentierte eine beginnende postoperative Schultersteife, die sich seit der letzten Konsultation verbessert habe. Trotzdem sei eine glenohumerale Infiltration indiziert (vgl. Arzt bericht vom 2. Dezember 2021, Urk. 8/62) . Eine solche wurde am 14.

De zember 2021 durchgeführt. Die Ärzte beurteilten die postoperativen persistierenden Schmerzen in Zusammenhang mit einer postoperativen adhäsiven Kapsulitis (vgl. Arztbericht vom 26. Januar 2022, Urk. 8/67). 3.4

In ihrem Arztbericht vom 22. April 2022 äusserten die Ärzte der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ bei persistierenden Schmerzen und Einschränkungen den Verdacht auf ein

low-grade Infekt der rechten Schulter, der als Operationsfolge gewertet werden müsse. Die Operation selber sei damals als Folge des Unfalls durchgeführt worden (Urk. 8/79).

MR-tomografisch zeige sich eine ausgeprägte ödematöse Veränderung der distalen Clavicula. Ansonsten sei der Befund unauffällig. Eine glenohumerale Punktion sowie eine Punktion des AC-Gelenkes habe kein Keimwachstum gezeigt. Dementsprechend müsse von einer posttraumatischen/beginnenden Osteolyse der lateralen Clavicula ausgegangen werden. Bereits bei der Erstkonsultation und in der ersten Bildgebung im Mai 2021 sei eine beginnende ödematöse Veränderung des AC-Gelenkes und Schmerzen ebendort dokumentiert worden. Dies sei vereinbar mit einer stattgehabten AC-Gelenkskontusion beim Unfall vom 25. Mai 2021. Es wurde eine Infiltration des AC-Gelenkes sowie Physiotherapie empfohlen (vgl. Arztbericht vom 3. Juni 2022, Urk. 8/90). 3.

#### **E. 4**

. Mai 2022, Urk. 8/81). Dagegen erhob

der Versicherte am 3. Juni 2022

(Urk. 8/88) sowie ergänzend am 24. Oktober 2022 (Urk. 8/96) und 24. November 2022 (Urk. 8/101) eine Sprache und reichte die Arztberichte der Universitätsklinik C.\_\_\_\_

vom 22. April und 3. Juni 2022 (Urk. 8/89-90) zu den Akten. Unter Berücksichtigung der Beurteilung des beratenden Arztes vom 1

#### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob die über den 31. Dezember 2021 hinaus andauernden Schulterbeschwerden unfallkausal sind.

#### **E. 4.2**

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf die aktenbasierte Einschätzung des Versicherungsmediziners Dr. B.\_\_\_\_ vom 31. März 2022 und 15. März 2023 (vgl. E. 3.5). Ein medizinischer Aktenbericht als Entscheidungsgrundlage ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1 mit Hinweisen). Alleine der Umstand, dass der versicherungsinterne Arzt keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, vermag den Beweiswert seiner Beurteilung nicht zu schmälern, zumal es mit der Frage nach der Unfallkausalität einen feststehenden medizinischen Sachverhalt zu erörtern galt, ohne dass zusätzliche Untersuchungen notwendig gewesen wären. Praxisgemäss können unter diesen Voraussetzungen auch reine Aktengutachten vollbeweiswertig sein (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_325/2009 vom 23. September 2009 E. 3.4.1 mit Hinweisen). 4. 3

Dr. B.\_\_\_\_ gelangte in seiner Beurteilung unter Würdigung der medizinischen Berichte sowie des Bildmaterials zum Schluss, dass es im Rahmen des Schadenfalles zu einer Prellung /Kontusion der rechten Schulter im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich der langen Bizepssehne gekommen sei (vgl. E. 3.2 und 3.5 vorstehend). Er begründete dies im Wesentlichen damit, dass die im Rahmen der ersten MR-Arthrographie sechs Tage nach dem Ereignis gezeigten Hinweise auf eine SLAP-Läsion Typ II (vgl. E. 3.1 hiervor) intraoperativ nicht hätten bestätigt werden können. Vielmehr sei eine chronisch entzündlich veränderte lange Bizepssehne dokumentiert worden (vgl. E. 3.2). Die Ärzte der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ erkannten bildgebend zwar auch eine Tendopathie am Ansatz der Subscapularissehne (E. 3.1), führten darüber hinaus jedoch aus, dass die im MRI nachgewiesenen Verletzungen auf eine ausgeprägte Schulterkontusion zurückzuführen seien (vgl. Urk. 8/4). Daran hielten sie insbesondere nach erfolgter operativer Schulterarthroskopie vom 31. August 2022 fest. Anders als

Dr. B.\_\_\_\_, der seinen Standpunkt massgeblich auf den entsprechenden Operationsbericht stützt, postulieren die Operateure selber also eine traumatische Genese und erachteten die durchgeführte Schulterarthroskopie infolge der stattgehabten AC-Gelenkskontusion als indiziert (vgl. auch Urk. 8/79). Soweit Dr. B.\_\_\_\_ ein schweres Anpralltrauma mangels Anzeichen für ein Bone

Bruise, Hämatome oder Frakturen verneinte, ist dem zu entgegnen, dass ein Hämatom sowohl vom erstbehandelnden Arzt als auch den Ärzten der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ dokumentiert wurde (Urk. 8/4, Urk. 8/42). Überdies notierte Dr. A.\_\_\_\_ im Rahmen der Erstuntersuchung einen positiven Jobe-Test sowie einen positive n

Lift-off-Test (vgl. Urk. 8/32).

Gegenüber der Aussendienstmitarbeiterin hat der Beschwerdeführer ausserdem angegeben, unmittelbar starke Schmerzen im rechten Arm verspürt zu haben, sodass er die Pakete nur noch einzeln und mit dem linken Arm anheben und tragen konnte. Gegen Abend seien die ziehenden Schmerzen intensiver geworden und er hätte kaum noch Kraft im rechten Arm gehabt. Während der Nacht habe er trotz Einnahme von Schmerzmitteln nicht schlafen können (vgl. Urk. 8/55). Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer unmittelbar bzw. zumindest gleichentags erhebliche Schmerzen verspürte und einen relevanten Funktionsverlust reklamiert hat sowie mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer auch fünf Wochen posttraumatisch über unveränderte Beschwerden geklagt hat (vgl. Urk. 8/22), ist die von Dr. B.\_\_\_\_ angefügte Begründung, wonach der geschilderte, zunehmende Schmerzverlauf kennzeichnend für eine degenerative Läsion sei (vgl. E. 3.5) nicht nachvollziehbar.

#### **E. 4.4**

Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/ee). Solche geringen Zweifel sind vorliegend gegeben. Während Dr. B.\_\_\_\_ von einer vorwiegend degenerativen Schulterschädigung ausgeht und den Standpunkt vertritt, dass die vorbestehenden Befunde durch das Unfallereignis lediglich vorübergehend verschlimmert worden seien (E. 3.2 und E. 3.5), vertreten die Ärzte der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ die Auffassung, dass die beginnende ödematöse Veränderung des AC-Gelenkes

unfallkausal sei (E. 3.4). Ihre Ansichten gehen somit in Bezug auf die Einordnung der Schulterschädigung als traumatisch oder degenerativ/krankhaft klar auseinander, ohne dass aufgrund der ärztlicherseits genannten Aspekte, die für oder gegen eine traumatische Genese sprechen, sich ein Sachverhalt erstellen lässt, der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6). Es ist nicht rechts genügend dargetan, dass die anhaltenden Schulterbeschwerden nicht zumindest im Sinne einer Teilkausalität durch das Unfallereignis vom 25. Mai 2021 mitverursacht wurden.

#### **E. 4.5**

Die bei den Akten befindlichen medizinischen Unterlagen lassen keine zuverlässige Beantwortung der Frage zu, weshalb das vorliegende Beschwerdebild besteht. Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen, damit sie den Kausalzusammenhang in einem externen medizinischen Gutachten beurteilen lässt und anschliessend neu verfügt. Insofern ist die Beschwerde gut zu heissen.

#### **E. 5**

Gegen diese Entscheidung 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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  
Hurst Stadler

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