

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00078

vom 8. November 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00078

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00078 du 8 novembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00078 del 8 novembre 2023

Erwägungen

E. 1

Ziff. 4 und Ziff.

6, Urk. 16/18 Ziff. 2).

Die bildgebenden Abklärungen des rechten Ellbogens (Urk. 16/ 17) ergaben unter anderem eine Ruptur der Sehne des Musculus biceps brachii inklusive Lacertus fibrosus mit Retraktion des proximalen Stumpfes . Am 28. August 2019 nahm Dr.

med. B.____ , Oberärztin, Klinik für Allgemein-, Hand-, und Unfall chirurgie, Stadtspital C.____ , eine Reinsertion der Bicepssehne vor (Urk. 16/12 , Urk. 16/14). Im weiteren Verlauf trat sowohl auf der rechten Seite als auch auf der linken Seite eine Frozen

Shoulder auf (Urk. 16/37 , Urk. 16/44, Urk. 16/59 , Urk. 16/17

E. 1.1

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krank heiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung 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 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 allei nige oder un mittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädi gende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geis tige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene ge sundheitliche Störung entfielen (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 blosser 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

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4.1.2 und 8C_299/2022 vom 5. September 2022 E. 2.3, je 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 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

E. 2

Der Versicherte erhob am 17. Mai 2023 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 18. April 2023 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben, und es seien die gesetzlichen Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) zu erbringen. Die Beschwerdegegnerin sei verpflichtet, ein Obergutachten durchzuführen und anschliessend sei neu zu entscheiden. Eventuell sei der Streitgegenstand - im Sinne der Erwägungen - an die Vorinstanz zur Neubeurteilung zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Am 19. Mai 2023 machte der Beschwerdeführer eine weitere Eingabe (Urk. 5).

Mit Beschwerdeantwort vom 16. August 2023 beantragte die Zürich, die Beschwerde sei vollumfänglich abzuweisen (Urk. 15), was dem Beschwerdeführer am 18. August 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass sich gemäss dem beweiskräftigen Gutachten vom 11. Februar 2022 die Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers im Bereich des rechten Ellbogens durch weitere medizinische Behandlungen nicht mehr namhaft verbessern liessen und aus versicherungsmedizinischer Sicht ein stabiler Zustand vorliege.

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich beider Schultergelenke seien nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Auch für die geklagten Gefühlsstörungen im Bereich des rechten Zeige- und Mittelfingers würden sich keine strukturellen Läsionen finden, welche die Beschwerden erklären könnten. Die Leistungen seien damit zu Recht eingestellt worden (S. 5 f. Ziff. 2 lit. c). Soweit der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geltend mache, es sei noch kein Status quo sine erreicht, gehe dies ins Leere, zumal ein medizinischer Endzustand auch bei noch andauernder Unfallkausalität erreicht sein könne. Auch die Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Chirurgie, vermöge die gutachterliche Feststellung nicht in Zweifel zu ziehen (S.

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass er am 30. Juli und am 7. August 2019 zwei Unfalltraumata

erlitten habe, welche zu erheblichen Verletzungen an Oberkörper und Extremitäten geführt hätten (S.

2 II Ziff. 1). Obwohl Dr. F.____ in allen Einzelheiten die Folgen der Schädigungen bei der medizinischen Heilbehandlung und die fehlende Qualität des Gutachtens benannt habe, sei der Antrag auf ein Obergutachten abgelehnt worden. Am 16.

Juni 2023 müsse die nächste Nachbehandlung durchgeführt werden

(S. 3 Ziff. 3, S. 6 Ziff. 13-14). Gemäss Dr. F.____ seien die seit dem 28. Februar 2022 anhaltenden Beschwerden und weiteren Heilbehandlungen zu 100% auf die Schädigungen, die ihm - dem Beschwerdeführer - während der Heilbehandlungen zugefügt worden seien, zurückzuführen (S. 6 f. Ziff. 15-16).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 15) hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Standpunkt fest (S. 3 f. Ziff. 8-11, S. 7 f. Ziff. 23-25)

und führte weiter aus, dass sich aus den vorliegenden medizinischen Akten nicht ergebe, dass dem Beschwerdeführer in irgendeiner Art und Weise Schädigungen bei Heilbehandlungen zugefügt worden seien, welche eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 6 Abs. 3 UVG in Verbindung mit Art. 10 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) begründen würden (S. 4 Ziff. 12, S. 5 f. Ziff. 17-18, S. 6 f. Ziff. 22). Dr. F.____ habe in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 2022 an mehreren Stellen ausgeführt, dass er nicht beurteilen könne, ob ein Ereignis stattgefunden habe, welches geeignet gewesen sei, ein entsprechendes Schultertrauma herbei zu führen, da ihm die Angaben zum Unfallhergang nicht vorliegen würden (S. 5 Ziff. 13). Bei seiner Stellungnahme handle es sich um ein Parteigutachten (S. 5 Ziff. 15-16). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers würden keine konkreten Indizien gegen die Beurteilung der MEDAS sprechen, und sie - die Beschwerdegegnerin - habe zu Recht auf diese Expertise abgestellt. Im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung könne daher auch auf weitere Abklärungsmassnahmen, wie namentlich das beantragte Obergutachten, verzichtet werden (S. 6 Ziff. 21). 2. 4

Strittig und zu prüfen ist nachfolgend, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf das Gutachten von Dr. D.____ vom 11. Februar 2022 davon ausgegangen ist, dass hinsichtlich des rechten Ellbogens des Beschwerdeführers der Endzustand per Ende Februar 2022 erreicht wurde, und im weiteren einen Kausalzusammenhang zwischen den Unfallereignissen vom 30. Juli respektive 7.

August 2019 und den im Verlauf beidseitig aufgetretenen Schulterbeschwerden verneinte. Anschliessend ist gegebenenfalls zu prüfen, wie es sich mit einem Rentenanspruch respektive einer Integritätsentschädigung verhält. 3.

3.1

Die relevante Aktenlage präsentiert sich wie folgt: 3. 2

Gemäss Schadenmeldung UVG vom 23. August 2019 (Urk. 16/1)

sei der Beschwerdeführer am 7. August 2019 im Treppenhaus gestürzt (Ziff. 4 und Ziff. 6). Zu der Art der Verletzung oder dem betroffenen Körperteil wurden keine Angaben gemacht (Ziff. 9). Seit dem 7. August 2019 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 10). 3. 3

Dr. B.____, Prof. Dr. med. G.____, Chefarzt, und H.____, Assistenzärztin, Klinik für Allgemein-, Hand-, und Unfallchirurgie, Stadtspital C.____, stellten in ihrem Austrittsbericht vom 30. August 2019 (Urk. 16/12) nach Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 28. bis 30. August 2019 folgende Diagnosen (S. 1): - chronische Partialruptur der distalen Bicepssehne rechts vom 30. Juli 2019 - arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus - unter oralen Antidiabetika (OAD)

Die Ärzte führten aus, es sei ein elektiver Eintritt zur Reinsertion bei Verdacht auf Bizepssehnenruptur rechts erfolgt. Der Patient habe berichtet, am 30. Juli 2019 in Sri Lanka auf den rechten Arm gestürzt und ärztlich vorstellig geworden zu sein, wobei ossäre Verletzungen des rechten Armes anamnestisch ausgeschlossen worden seien. Bei Beschwerdepersistenz sei beim Hausarzt am 19.

August 2019 eine Weichteilsonographie mit Feststellung der genannten Diagnose durchgeführt worden. Auf ihrer Notfallstation sei am 20. August 2019 eine symptomatische Initialtherapie etabliert worden. In der folgenden MR-Untersuchung habe sich die Ruptur der distalen Bizepssehne bestätigt, worauf die Indikation zur Operation gestellt worden sei. Am 28. August 2019 sei durch Dr. B.____ eine Reinsertion mittels 2 x Mitek-Anker erfolgt

mit anschliessender Ruhigstellung im Oberarmgips für zwei Wochen mit Umstellung auf Donjoy-Brace

(S. 1 Mitte). Der intraoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Postoperativ habe sich der Patient unter suffizienter Analgesie rasch beschwerdefrei gezeigt. Er habe am 30. August 2019 in gutem Allgemeinzustand und mit trockenen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können (S. 1 unten). 3. 4

Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nannte in ihrem Arztzeugnis UV G vom 18. September 2019 (Urk. 16/13) als Diagnose eine Bizepssehnenruptur rechts (Ziff. 5). Der Unfall sei am 30. Juli 2019 erfolgt (S. 1 oben). Der Beschwerdeführer sei laut seinen Angaben vor einer Woche am 30. Juli 2019 in Sri Lanka gestürzt und habe sich mit dem rechten Arm aufgefangen. Er habe sich nach seiner Rückkehr am 6. August 2019 bei ihr gemeldet. Er leide nun vermehrt unter Schmerzen am rechten Oberarm im Bizepsbereich, und es zeige sich immer noch ein Hämatom. Bei anhaltenden Schmerzen sei schliesslich ein MRI, welches eine Bizepsruptur (ossärer Ausriss) gezeigt habe, und die stationäre Zuweisung ans C.____ zur Fixation (28. August 2019) erfolgt (Ziff. 2). Zum Befund führte Dr. I.____ aus, dass sich eine Druckdolenz, eine Schwellung und ein Hämatom am rechten Oberarm im Bereich des Bizepses distal gezeigt hätten. Die Kraft sei erhalten gewesen (Ziff. 4). Es lägen ausschliesslich Unfallfolgen vor (Ziff. 6). Seit dem 7. August 2019 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 8). 3. 5

Im am 3. Oktober 2019 unterzeichneten Fragebogen Unfallhergang (Urk. 16/18) führte der Beschwerdeführer aus, dass der erste Unfall am 30. Juli 2019 in Sri Lanka gewesen sei. Er habe eine schwere Tasche getragen und sei gestürzt. Er habe dort Schmerzen gehabt und Medikamente bekommen. Am 7. August 2019 sei er hier die Treppe heruntergefallen, und es sei alles schlimmer geworden (Ziff. 2.1). Die Treppe sei nass und rutschig gewesen. Er sei ausgerutscht und auf den Arm gefallen (Ziff. 2.3). Vor dem Ereignis seien keine Beschwerden vorhanden gewesen, und es habe auch keine ärztliche Behandlung stattgefunden (Ziff. 5.1 2). Die Beschwerden seien sofort nach dem Ereignis aufgetreten (Ziff. 6.1). Die Erstbehandlung habe bei Dr. I.____ stattgefunden (Ziff. 6.2). Er sei seit dem 7. August 2019 arbeitsunfähig (Ziff. 6.3). 3. 6

Nach am 23. Januar 2020 erfolgter Konsultation des Beschwerdeführers nannte Dr. B.____, Klinik für Allgemein-, Hand-, und Unfallchirurgie, Stadtspital C.____, in ihrem Bericht vom 29. Januar 2020 (Urk. 16/37) als Diagnosen eine chronische Partialruptur der distalen Bizepssehne rechts vom 30. Juli 2019 mit einem Status nach Reinsertion mittels zweier Mitek-Anker am 28. August 2019 und eine Frozen

Shoulder rechts. Dr. B.____ führte aus, dass der Patient bezüglich des postoperativen Verlaufs im Bereich der distalen Bizepssehne nahezu beschwerdefrei und uneingeschränkt sei. Jedoch habe sich zwischenzeitlich eine Frozen

Shoulder auf der gleichen Seite entwickelt

(S. 1 Mitte). Dr. B.____ hielt fest, dass sie sich bezüglich der distalen Bizepssehne bei zufriedenstellendem Ergebnis erlaube, den Fall abzuschliessen. Sie werde jedoch den Patienten bezüglich der Frozen

Shoulder nochmals in sechs Wochen zu einer klinischen Verlaufskontrolle in ihrer Sprechstunde sehen (S. 1 unten). 3. 7

Dr. B.____ und J.____ , Assistenzarzt , Klinik für Allgemein-, Hand-, und Unfallchirurgie, Stadtspital C.____ , nannten in ihrem Bericht vom 4. März 2021 (Urk. 16/173) nach gleichentags erfolgter Konsultation des Beschwerdeführers als Diagnosen einen Kraftverlust nach Reinsertion der distalen Bizepssehne bei chronischer Ruptur der distalen Bizepssehne im August 2019 sowie eine Epicon dylitis

humeri

radialis (Januar 2021). Die Ärzte führten aus, dass der Patient bei unauffälliger klinischer Untersuchung mit nachweislicher Beweglichkeit in nahezu vollständiger Range of Motion (ROM) und objektiv seitengleicher Kraft, nochmals darüber aufgeklärt worden sei, dass er jegliche Therapieoptionen ausgeschöpft habe und ein gewisser Grad an Kraftverlust bei chronischer Ruptur der Sehne bereits vorhersehbar gewesen sei . Der Fall werde hier abgeschlossen und der Patient in die hausärztliche Weiterbetreuung verwiesen. 3. 8

Dr. F.____ stellte in seinem Bericht vom

23 . April 2021 (Urk. 16/172) nach Konsultation des Beschwerdeführers vom 21. April 2021 folgende Diagnosen (S.

1): - subtotale Ruptur der Supraspinatussehne links Patte I ° - apikale Ruptur Subskapularissehne links Lafosse I ° - lateral Down Slope

Akromion mit Impingement - symptomatische

Akromioklavikular (AC)- Gelenksarthrose links - Arthrofibrose Schulter links (Frozen Shoulder) - bekannte bursale Partialruptur der Supraspinatussehne rechts - asymptomatische AC-Gelenksarthrose rechts - persistierende Schmerzen Ellbogen rechts nach - insuffizienter Reinsertion einer distalen Bizepssehnen Partialruptur am 28. August 2019 (Dr. B.____ , Stadtspital C.____) - deutliche Proximalisierung Bizeps brachii rechts

- nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus - arterielle Hypertonie - anamnestic neu aufgetretenes Blockbild

Nach durchgeführtem

Arthro MRI der linken Schulter vom 21. April 2021

(S. 2 oben) hielt Dr. F.____ in seiner Beurteilung fest , dass der Beschwerdeführer nun doch eine Ruptur der Supraspinatussehne erlitten habe .

Diese sei fast vollständig, aber noch nicht retrahiert. Zustande gekommen sei diese wahrscheinlich durch den Druck des Akromions , welches im MRI deutlich sichtbar lateral einengte und auf die Sehne drückte. Chronisch degenerative Rupturen könnten zwar konservativ behandelt werden, im vorliegenden Fall habe er aber wenig Hoffnung auf Erfolg. An der rechten Schulter wolle er - Dr. F.____ - aktuell nichts unternehmen, und der Ellbogen rechts soll ebenfalls so belassen werden, solange der Patient dies toleriere (S. 2 Mitte). 3.

E. 6

f. Ziff. 2

lit . d).

Bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang zwischen einem Unfallereignis und einer List en Verletzung erübrige sich die Prüfung einer Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG. Demnach sei infolge bewiesener fehlender Unfallkausalität der Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers auch keine Leistungspflicht nach Art. 6 Abs. 2 UVG mehr zu prüfen (S. 7 f. Ziff. 2 lit . e).

Gemäss dem Gutachten könne der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Hilfskoch/Küchenhilfe/Koch nicht mehr vollständig ausüben. In einer ange passten Tätigkeit sei er jedoch voll arbeitsfähig

(S. 8 Ziff. 4 lit . b). Beim durchgeführten Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 0 % und damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S.

E. 9

Am 11. Februar 2021 [richtig wohl 11. Februar 2022] erstattete Dr. D.____ ,

MEDAS E.____ , sein orthopädisches Gutachten

zu Handen der Beschwerde gegnerin (Urk. 16/242) . Dr. D.____ stellte nach Untersuchung des Beschwerde führers am

E. 10

Januar 2021 [richtig wohl 10. Januar 2022] (S. 2 Ziff. 1.1) folgende unfallkausale orthopädische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 46 Ziff. 6.3.1): - chronische distale Bizepssehnenruptur rechts, Erstmanifestation (EM) 30.

Juli 2019 mit - Status nach Reinsertion der distalen Bizepssehne am 28. August 2019 - Epicondylitis

humeri

radialis et ulnaris

und - schmerzreflektorischer und struktureller Funktionseinschränkung des rechten Ellbogengelenkes

Als orthopädische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr.

D.____ als unfallfremde Diagnosen einen Status nach Frozen

Shoulder rechts, EM November 2019 , mit mittelschwerer residueller Funktionsein schränk ung

und einen Status nach Frozen

Shoulder links, EM April 2021 , mit leichter residueller Funktionseinschränkung (S. 46 Ziff. 6.3.2).

Dr. D.____ führte aus, dass die bisherigen Behandlungen das rechte Ellbo gelenk betreffend lege artis durchgeführt worden seien . Es habe eine regel rechte Ellbogengelenksfunktion wiederhergestellt werden können, wenn gleich eine eingeschränkte Funktion, der Läsion entsprechend, weiterhin bestehe. Die geklagten Beschwerden entsprächen den läsional üblichen Beschwerden nach Refixation einer chronisch rupturierten Sehne und seien nach derzeitigem medizi nischem Wissen auf unspezifische Narbenschmerzen zurückzuführen, welche durch Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika hinreichend behandelt werden könnten.

Beschwerdefreiheit dürfe aufgrund des Schweregrades des Vorzustandes und der Verletzung nur im Ausnahmefall erwartet werden, eine Heilung im Sinne einer Wiederherstellung des unversehrten Zustands ebenso wenig. Es handle sich um eine Defektheilung mit dem Ziel, die Ellbogen gelenksfunktion im angepassten Bereich primär wiederherzustellen und sekundär durch die Refixation eine Komplettruptur zu verhindern. Diese Ziele hätten erreicht werden können, entsprächen jedoch nicht den Erwartungen des Versicherten. Mehr als zweieinhalb Jahre nach der Operation sei das bestmögliche Ergebnis erreicht worden. Es liege ein stabiler Zustand vor (S. 48 Ziff. 7.1).

Dr. D. ___

hielt fest, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung im Bereich des rechten Ellbogengelenkes überwiegend wahrscheinlich unfallkausal im Sinne einer akuten Verschlimmerung eines chronischen vorbestehenden Krankheitszustands sei. Es sei mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit zu einer weiteren Teilruptur der distalen Bizepssehne rechts sowohl durch den ersten wie durch den zweiten angegebenen Sturz im Sinne einer richtungsgebenden Verschlimmerung gekommen. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich beider Schultergelenke seien nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit unfallkausal. Der alleinige zeitliche Zusammenhang, so das klinische Manifestwerden einer Frozen

Shoulder rechts zwei Monate nach der Operation, sei nur möglich auf das Ereignis Sturz zurückzuführen, da das zeitliche Intervall zwischen dem Ereignis Sturz und der Frozen

Shoulder zu lange auseinanderliege. Zudem seien der Risikofaktor Diabetes mellitus Typ II und vorbestehende degenerative Veränderungen im Bereich beider Schultergelenke, welche in der Bildgebung praktisch identisch dargestellt seien, zu berücksichtigen (S. 50 Ziff. 5).

Sodann hielt Dr. D. ___ fest, dass die zurzeit vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Bereich des rechten Ellbogengelenkes teilsächlich auf den Unfall zurückzuführen seien und sich durch heute zur Verfügung stehende medizinische Behandlungen nicht mehr namhaft bessern liessen. Insbesondere sei eine Besserung im Sinne einer Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht mehr möglich, dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (S. 50 Ziff. 5.1, S. 52 oben).

Die geklagten Gefühlsstörungen im Bereich der rechten Hand könnten keiner somatischen Erkrankung zugeordnet werden und bedürften keiner Beurteilung, da keine strukturelle Läsion, welche überwiegend unfallkausal sei, im Bereich des Handgelenks oder der Hand objektivierbar sei (S. 51 oben).

Im Bereich des rechten Ellbogengelenkes hätten initial unfallfremde gesundheitliche Störungen vorgelegen. Es habe eine chronische Partialruptur der distalen Bizepssehne bestanden, welche durch den zweimaligen Sturz richtungsgebend verschlimmert worden sei. Da es zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung durch den Sturz gekommen sei, liessen sich die gegenwärtigen Einschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit teilkausal auf die Sturzfolgen zurückführen. Es könne jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass ein besseres Ergebnis der Behandlung eingetreten wäre, falls es zu einer Ruptur einer primär gesunden Sehne bei dem Ereignis gekommen wäre. Auch bei dieser Ausgangslage sei die Wiederherstellung des unversehrten Zustandes nicht möglich (S. 51 Ziff. 5.2).

Dr. D.____ führte aus, dass für den Beschwerdeführer Tätigkeiten als Hilfskoch/Küchenhilfe/Koch, welche mit dem Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg verbunden seien, nicht ausführbar seien, da hierdurch nichtzumutbare Schmerzen zu erwarten seien und das Risiko der Ruptur der refixierten Sehne deutlich erhöht werde (S. 52 Ziff. 7.1). Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit während der Heilphase habe ebenfalls 100 % betragen (S. 52 Ziff. 7.2).

Unfallkausal seien dem Beschwerdeführer leichte Tätigkeiten in jeglichen Körperhaltungen ohne zeitliche und leistungsmässige Einschränkungen, ohne Gefahr für Leib und Leben und ohne dass nichtzumutbare Schmerzen zu erwarten seien, zumutbar (S. 53 lit. c). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit März 2020 eine vollzeitlich zumutbare Arbeitsfähigkeit. Sicher bestehe eine vollzeitige Arbeitsfähigkeit in der angepassten Tätigkeit seit der heute durchgeführten Untersuchung (S. 51 Ziff. 5.3).

Zum Integritätsschaden führte Dr. D.____ aus, dass dem Beschwerdeführer aufgrund des Ereignisses ein erheblicher und dauernder körperlicher Integritätsschaden entstanden sei. Es habe sich ein ungünstiger Verlauf entwickelt, aus welchem eine dauernde Schädigung und damit verbunden eine erhebliche Beeinträchtigung einhergehe (S. 53 Ziff. 9

lit. a).

Gemäss Tabelle 1, Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten, sei bei einer Funktionsstörung am Ellbogen mit einer Bewegungseinschränkung von mindestens 60° ein Integritätsschaden von 10 % ausgewiesen. Beim Versicherten bestehe ein unfallkausales Streckdefizit von etwa 10° und ein Beugedefizit von ebenfalls 10°.

Unter Berücksichtigung einer vorhersehbaren Verschlimmerung erscheine die Schätzung des Integritätsschadens mit 10 % dem aktuellen und zukünftig zu erwartenden Schadensbild angemessen geschätzt (S.

53 f. Ziff. 9 lit. b). 3.10

Dr. med. K.____, Facharzt für Radiologie, führte nach am 22. Juli 2022 durchgeführtem MRI des rechten Ellbogens in seinem gleichentags erstellten Bericht (Urk. 16/286) aus, dass ein Status nach Reinsertion der langen Bizepssehne mit zwei Ankern im Bereich der Tuberositas radii bestehe. Im MRI zeige sich eine regelrechte Darstellung der Sehne. Es sei keine Ruptur nachweisbar. Sodann zeigten sich eine regelrechte Darstellung des Bizepsmuskels und keine Atrophie. Es bestehe ein Verdacht auf einen Status nach Ruptur des Lacertus fibrosus mit narbigen Veränderungen und Fetteinlagerung in diesem Bereich. Diese Lokalisation passe zum Schmerzpunkt lateral am Übergang vom Muskel zur Sehne. Weiter bestehe eine ausgeprägte aktivierte Tendinopathie der Trizepssehne am Olekranon mit partiellen Einrissen am Ansatz. 3.11

In seinem Bericht vom 3. November 2022 (Urk. 16/283) stellte Dr. F.____ folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Ruptur des Lacertus fibrosus mit narbigen Veränderungen und Fetteinlagerung - Differenzialdiagnose (DD): Fremdkörper am muskulo-tendinösen Übergang der distalen Bizepssehne (Sonografie vom 20. September 2022) - insuffiziente Reinsertion einer distalen Bizepssehnen Partialruptur 28.

August 2019 (Dr. B.____ , Stadtspital C.____) - deutliche Proximalisierung des Musculus biceps brachii rechts - subtotale Ruptur der Supraspinatussehne links Patte I° - apikale Ruptur Subskapularissehne links Lafosse I° - lateral Down Slope

Akromion mit Impingement

- symptomatische AC-Gelenksarthrose links - bekannte bursale Partialruptur der Supraspinatussehne rechts - asymptomatische AC-Gelenksarthrose rechts - nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus - arterielle Hypertonie - anamnestisch neu aufgetretenes Blockbild

Dr. F.____ führte aus, dass am 20. September 2022 eine sonographische Infiltration der distalen Bizepssehne erfolgt sei sowie eine glenohumerale und AC-Gelenks-Infiltration links am 7. März 2022 (S. 1 Mitte) . Die Infiltration habe für zwei Wochen sehr gut gewirkt , und der Patient sei fast vollständig schmerzfrei am rechten Ellbogen gewesen. Dann seien die Schmerzen langsam wieder zurückgekommen. Er habe immer noch die deutliche Druckdolenz auf der Innenseite der proximalen Anteile der distalen Bizepssehne. Ebendort sei im MRT die Verfettung festgestellt worden. Er habe aber deutlich weniger Schmerzen bei Bewegung, bei Belastung und im Training. Deswegen wolle er jetzt wieder eine leichte Arbeit finden (S. 1 unten) . Er wolle jetzt keine weitere

Intervention . Die linke Schulter des Beschwerdeführers sei immer noch sehr gut, die Schmerzen kämen zwar teilweise zurück, störten ihn aber nicht. Die rechte Schulter sei ebenfalls gut kompensiert und bewege sich auch gut. Der Beschwerdeführer sei auch davon nur sehr wenig eingeschränkt (S. 2 oben). Die Schultern seien also beidseits altersentsprechend recht gut. Alles in allem könne der Zustand toleriert werden (S. 2 unten).

3. 1 2

Dr. F.____

hielt in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 2022 (Urk. 16/284) , zur rechten Schulter unter anderem fest, dass, da ihm keine Angaben zum Unfallhergang vorlägen, er nicht beurteilen könne, ob ein Ereignis stattgefunden habe, welches geeignet gewesen sei, eine Verletzung der Rotatorenmanschette herbeizuführen. Diese Verletzungen könnten sowohl durch Abnutzung (degenerativ) als auch durch Unfall (traumatisch) entstehen (S. 1). Die Tatsache, dass beide Seiten betroffen seien, spreche eher für ein Abnutzungsgeschehen. Degenerative Rupturen fänden in der Regel nicht in der Nähe der langen Bizepssehne statt, sondern posterior davor (weiter hinten), was im MRT vom 2.

Dezember 2019 nicht so beschrieben werde. Eine traumatische Verletzung scheine also ebenso gut möglich (S. 2 oben).

Zur Frozen

Shoulder

führte Dr. F.____ aus, dass diese tatsächlich gehäuft im Zusammenhang mit Diabetes mellitus auftrete, aber ebenso im Zusammenhang mit Traumata und insbesondere nach Ruhigstellung.

Der oft zitierte «zu lange» zeitliche Abstand zwischen der Krankheitsmanifestation und dem Trauma sei im vorliegenden Fall krankheitstypisch und spreche deshalb überwiegend wahr scheinlich für eine unfallbedingte Erkrankung .

Der Gedanke, dass bei Vorliegen eines adäquaten Traumas mit anschliessender Ruhigstellung in zeitlich korrekter Übereinstimmung diese nicht für die Entstehung der Krankheit verantwortlich sein sollte, die zuvor aber seit vielen Jahren manifeste Zuckerkrankheit nun genau zu diesem Zeitpunkt zur Schultersteife führe, sei medizinisch nicht zu halten (S. 2 Mitte).

Hinsichtlich der linken Schulter führte Dr. F.____ aus, dass er die Frage, ob ein adäquates Trauma zu einer Unfallverletzung dieser Schulter geführt habe, mangels Informationen nicht beantworten könne. Sicherlich liege eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG vor

(S. 2 unten).

Bildgebend zeige sich

insgesamt eine recht erhebliche Schädigung der Rotatorenmanschette, ohne dass weitere degenerative Veränderungen beschrieben worden seien, abgesehen von der AC-Gelenkarthrose, welche aber nicht zu den geklagten Beschwerden führe und auch nicht aktiviert sei. Die Tatsache, dass die entsprechende Diagnostik erst zwei Jahre nach dem Trauma erfolgt sei und der Patient vorher aktenkundig keine Beschwerden geltend gemacht habe, erschwere es natürlich, einen Kausalzusammenhang zu den Ereignissen vom Sommer 2019 herzustellen (S. 3 oben).

Es müsse aber festgehalten werden, dass es oft so sei, dass zunächst die hauptsächlichsten Beschwerden angegeben und behandelt würden, hier der Ellbogen rechts. Weitere Symptome würden oft nicht wahrgenommen, weshalb sie verzögert diagnostiziert würden (S. 3 Mitte).

Dr. F.____ führte aus, dass hier eine Listendiagnose UVG Art. 6 Abs. 2 lit. f im Sinne eines Sehnenrisses vorliege, welche durch die Ereignisse im Sommer 2019 wenigstens eine richtungsweisende Verschlechterung erfahren habe, wenn nicht ausgelöst worden sei. Wie der klinische Verlauf zeige, sei der Endzustand bei Weitem nicht erreicht (S. 3 Mitte).

Hinsichtlich des rechten Ellbogens

hielt Dr. F.____

fest, dass hier selbstredend der Unfall alleinig, direkt kausal und ohne Zweifel vollständig für die Ruptur der distalen Bizepssehne verantwortlich sei. Dieser Riss sei vollständig und nicht teilweise gewesen, wie das im MRT vom 23. August 2019 und im Ultraschall vom 19. August 2019 eindeutig festgehalten worden sei. Der Grund, warum Dr. D.____ von einer richtungsweisenden Verschlechterung einer vorbestehenden chronischen Verletzung spreche, liege im sehr uneinheitlichen Gebrauch des Wortes chronisch. Tatsache sei, dass die operative Re-Insertion ungenügend durchgeführt worden sei, weil die offensichtlich unerfahrenen Chirurgen von einer falschen Tatsache ausgegangen seien und damit die Sehne so refixiert hätten, dass eine Proximalisierung des Muskelbauches entstanden sei (S. 3 unten). Von « lokal üblichen Beschwerden nach Refixation » dürfe nicht gesprochen werden (S. 4 oben).

Es sei korrekt, dass er anfänglich der Ansicht gewesen sei, dass am rechten Ellbogen keine weiteren Eingriffe mehr stattfinden sollten, zumal die Funktion recht gut gewesen sei. Die Schmerzsituation sei aber nicht tolerierbar gewesen, und nach weiteren MRI-Abklärungen und einer sonographischen Infiltration habe eine eindeutige Schmerzlokalisation

ausgemacht werden können. Damit könnte eine Revisionsoperation also erfolgreich sein. Aus seiner Sicht sei also weder medizinisch noch versicherungsmedizinisch ein Endzustand erreicht worden, und weitere Therapien könnten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit wirksam die Schmerzen des Patienten behandeln. Ob in der Folge eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf wiedererlangt werde, könne er zum jetzigen Zeitpunkt aber nicht abschätzen. Da die Funktion am rechten Ellbogen recht gut sei, dürfe zumindest von einer teilweisen Wiederherstellung ausgegangen werden. Diese Aussage betrachte nur den rechten Ellbogen. Die vollständige Arbeitsfähigkeit müsse natürlich in der Gesamtschau aller Verletzungen erfolgen (S. 4 Mitte).

Dr. F.____ hielt fest, dass ihm die Integritätsentschädigung für den rechten Ellbogen angesichts der gemachten Prämissen von Seiten der Versicherungsmediziner für angemessen erscheine. Aus seiner Sicht müssten natürlich die Verletzungen der beiden Schultern miteinbezogen werden. Insgesamt sei er der Ansicht, dass der Endzustand noch nicht erreicht sei, weswegen er keine abschliessende Angabe machen könne (S. 4 unten).

Es sei sodann klar unzutreffend, dass die bisherigen Behandlungen des rechten Ellbogengelenkes lege artis durchgeführt worden seien. Unverständlich sei auch die Aussage, dass die Schmerzen durch Nicht-Steroidale-Anti-Rheumatika hinreichend behandelt werden könnten (S. 10 Ziff. 7.1). Es sei eine reine Behauptung von Dr. D.____, wonach Beschwerdefreiheit aufgrund des Schweregrades des Vorzustandes und der Verletzung nur im Ausnahmefall erwartet werden könne (S. 11 oben). Er, Dr. F.____, sei der Ansicht, dass sich die Beschwerden am Ellbogen rechts durch medizinische Massnahmen weiter und auch nachhaltig verbessern liessen

(S. 11 Ziff. 5.1). 3. 13

Dr. F.____ und L.____, Assistenzärztin in Spital M.____, stellten in ihrem Austrittsbericht vom 16. Juni 2023 (Urk. 11/11) nach Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 16. bis 18. Juni 2023 folgende Diagnosen (S. 1): - Ruptur Lacertus fibrosus und Narbenschmerzen Ellbogen rechts - Status nach Ruptur des Lacertus fibrosus mit narbigen Veränderungen und Fetteinlagerung - DD: Fremdkörper am muskulotendinösen Übergang der distalen Bizepssehnen (Sonographie vom 20. September 2022) - insuffiziente Re-Insertion einer distalen Bizepssehnen-Partialruptur am 28. August 2019 (Dr. B.____, Stadtspital C.____) - deutliche Proximalisierung Musculus biceps brachii rechts - subtotale Ruptur der Supraspinatussehne links Patte I° - apikale Ruptur Subscapularissehne links Lafosse I° - lateral Down Slope

Akromion mit Impingement - symptomatische AC-Gelenksarthrose links - periscapuläre Myogelosen und Triggerpunkte - bekannte bursale Partialruptur der Supraspinatussehne rechts - asymptomatische AC-Gelenksarthrose rechts - nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus - arterielle Hypertonie - anamnestisch neu aufgetretenes Blockbild - koronare 1-Gefässerkrankung, ED 25. Februar 2021 - Diabetes mellitus Typ 2 - arterielle Hypertonie - rezidivierende Gichtanfälle

Die Ärzte führten aus, dass eine offene Revision des Ellbogens rechts mit Narbenlösung am Lacertus fibrosus und eine Neurolyse des Nervus

cutaneus

antebrachii

lateralis

(fecit Dr. F.____) erfolgt sei.

Wie in der Sprechstunde bei Dr. F.____ ausführlich besprochen worden sei, sei bei persistierenden Beschwerden und oben genannter Diagnose die Indikation zur operativen Revision gegeben. Der Patient sei ausführlich darüber aufgeklärt worden und habe sich mit dem Vorgehen einverstanden gezeigt.

Der intraoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Postoperativ sei der Patient unter der verordneten Analgesie gut schmerzkomponiert gewesen, sodass der Ellbogen gut mobilisiert werden können. Am 18. Juni 2023 sei der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand wieder nach Hause entlassen worden (S. 2). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das von Dr. D.____ erstellte Gutachten vom 11. Februar 2022 (vorstehend E. 3. 9) davon aus, dass hinsichtlich der Beeinträchtigungen des rechten Ellbogens des Beschwerdeführers der Endzustand erreicht sei und diese sich durch weitere medizinische Behandlungen nicht mehr namhaft verbessern liessen. Sodann verneinte sie eine Unfallkausalität der geltend gemachten beidseitigen Schulterbeschwerden. Seine angestammte Tätigkeit als Hilfskoch/Küchenhilfe/Koch könne er nicht mehr vollständig ausüben, hingegen sei der Beschwerdeführer in einer leichten angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig (vorstehend E. 2.1 und E. 2.3). Dagegen stellte sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf seinen behandelnden Arzt Dr. F.____ auf den Standpunkt, dass das Gutachten von Dr. D.____ nicht beweiswertig und ein Obergutachten einzuholen sei

(vorstehend E. 2.2). 4.2

Dr. D.____ verneinte in seinem Gutachten vom

E. 11

Februar 2022 (vorstehend E.

3. 9) eine Unfallkausalität der im Verlauf nach den Ereignissen vom 30. Juli respektive 7. August 2019 aufgetretenen beidseitigen Schulterbeschwerden , wobei er unter anderem das zeitliche Intervall zwischen dem Sturz und der Frozen

Shoulder als zu lang erachtete, den eine solche als Risikofaktor begünstigenden Diabetes aufführte und auf die bildgebend seitengleich praktisch identischen vorbestehenden degenerativen Veränderungen hinwies .

Diese Einschätzung ist mit Blick darauf, dass weder in den Berichten der erst behandelnden Ärzte (vorstehend E. 3. 3-4 , Urk. 16/217/2) noch in der Schaden meldung UVG vom 23. August 2019 (vorstehend E. 3.2) oder den Schilderungen des Beschwerdeführers zu den Unfallhergängen vom 3. Oktober 2019 (vorstehend E. 3.5) eine Schulterbeteiligung erwähnt worden ist, zu bestätigen.

Soweit der Beschwerdeführer erstmals in seiner Beschwerdeschrift, ohne dies weiter zu präzisieren, pauschal von Verletzungen an Oberkörper und Extremitäten spricht (vorstehend E. 2.2), ist darauf hinzuweisen, dass die Gerichte praxisgemäss im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die sogenannten spontanen «Aussagen der ersten Stunde» abstellen, denen in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen

versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2, 121 V 45 E. 2a, je m.w.H.).

Abgesehen davon hielt auch der behandelnde Arzt Dr. F.____

betreffend die linke Schulter in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 2022 (vorstehend E. 3.

E. 12

) als erfolgsversprechend in Aussicht gestellte Revisionsoperation, welche Mitte Juni 2023 durchgeführt worden ist (vorstehend E. 3.

E. 13

).

Zusammenfassend erweist sich das Gutachten von Dr. D.____ vom 11. Februar 2022 als nicht beweiswertig zur Beurteilung der Frage, wann betreffend den rechten Ellbogen ein Endzustand erreicht wurde. Da auch die Berichte von Dr.

F.____ in Anbetracht seiner auftragsrechtlichen Vertrauensstellung mit einer gewissen Zurückhaltung zu würdigen sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc), ist die Frage nach dem Erreichen des Endzustandes am Ellbogen rechts im Rahmen eines unabhängigen externen Gutachtens zu prüfen. 4. 4

Damit ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom

E. 18

April 2023 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic.

iur. Y.____ - Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11/11 - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Schucan

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