

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00156 vom 27. Oktober 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00156](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00156)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00156 du 27 octobre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00156 del 27 ottobre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1960 geborene X.\_\_\_\_ war seit August 2006

in der Administration bei Y.\_\_\_\_

angestellt und damit bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 22. Oktober 2013 stürzte sie von einer Festbank und verletzte sich am linken Knie (Schadenmeldung vom 24. Oktober 2013, Urk. 7/2 M1 ). Die Mobiliar erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung). Mit Schreiben vom 19. Januar 2016 kündigte die Mobiliar gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes die Abweisung einer über den

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 22. Oktober 2013 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Gemäss Art. 6 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

#### **E. 1.3**

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 alleinige oder un mittelbare 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 blosse 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. 1.4**

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/2013 vom 11.

März 2014 E.

2.3.1 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art.

### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungseinstellung gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom 9. Mai 2016 (Urk. 7/3/24-33), welcher

festgehalten habe, dass die Beschwerdeführerin am 22.

Oktober 2013 von einer Festbank gestürzt sei und sich hierbei am linken Knie eine Totalruptur des vorderen Kreuzbands zugezogen habe, ohne dass anhand der MRI-Untersuchung jedoch ein Knochenmarködem nachgewiesen werden können.

Erstmals sei anlässlich der MRI-Untersuchung vom 5. Januar 2016 zwei Jahre nach dem Ereignis ein Bone

bruise festgestellt worden. Dieses Bone

bruise sei Folge des schon vor dem Ereignis bestehenden Knorpelschadens. Die

Knorpeldecke sei unfallvorbestehend schon beschädigt gewesen. Dadurch habe sich im Laufe der Zeit als Ausdruck des degenerativen Knorpelschadens ein Knochenmarködem entwickelt. Dieser unfallunabhängige Prozess stehe im Vordergrund. Ein Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 22. Oktober 2013 und dem festgestellten Knorpelschaden dritten Grades sei damit zu verneinen und die Leistungseinstellung zu Recht erfolgt (Urk. 2 S. 10). 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen (Urk. 1), Dr. med. A.\_\_\_\_, FMH für Chirurgie, spez. Unfallchirurgie, sei der Meinung, dass der in traoperativ festgestellte Knorpelschaden unfallbedingt aufgetreten sei. Durch den Unfall sei eine Knorpelschädigung vorprogrammiert.

Seit der Operation habe sie im Knie immer Schmerzen und ein Spannungsgefühl, welches bis heute anhalte. Da sie nie schmerzfrei gewesen sei, sei sie überzeugt, dass der Knorpelschaden seit der Operation bestehe, weshalb die Kosten für die Nachbehandlung weiterhin zu übernehmen seien (Urk. 7/1/12). 3. 3.1

Im Verlaufsbericht vom 24. Oktober 2013 des B.\_\_\_\_ diagnostizierten die zuständigen Ärzte eine Verletzung des linken Kniegelenkes mit Instabilität des Gelenkes und akuter Ruptur des vorderen Kreuzbandes. Die Verletzung habe sich die Beschwerdeführerin am 22. Oktober 2013 bei einem Sturz von einer Bank am C.\_\_\_\_ zugezogen. Seither bestünden eine Schwellung und Schmerzen im linken Kniegelenk (Urk. 7/ 3/1). 3.2

Im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_

vom 25. Oktober 2013 (Urk. 7/3/2)

über die Magnetresonanztomographie (MRI) des linken Knies vom 24. Oktober 2013 hielt der zuständige Spezialarzt für Röntgendiagnostik Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ eine subtotale Ruptur des vorderen Kreuzbandes und eine unauffällige Abgrenzbarkeit des hinteren Kreuzbandes sowie der Kollateralbänder beidseits fest. Er bemerkte, es ergäbe sich kein Nachweis für eine

Meniskopathie und keine

höhergradige

Chondropathie bei oberflächlichen erosiven Veränderungen am medialen Patella- und Femurkondyle. Es bestünden kein Knochenödem und keine Fissur oder Fraktur, aber eine deutliche Weichteilschwellung mit Ödembildung.

Es wurde eine subtotale Ruptur des vorderen Kreuzbandes mit einzelnen noch abgrenzbaren Fasern ohne Nachweis eines weiteren Kniebinenschadens und eine deutliche Weichteilschwellung festgehalten. 3.3

Anlässlich einer weiteren Untersuchung des linken Knies mittels MRI vom 28. Januar 2014 (Urk. 7/3/3) in der Klinik D.\_\_\_\_ hielt der zuständige Spezialarzt für Röntgendiagnostik

Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, es bestünden intakte dünne Kreuzbänder und Kollateralbänder. Die Menisken wiesen ein homogenes Signal ohne Einrisse auf und die Knorpelstrukturen retropatellär seien leicht ausgedünnt und der femorale Knorpel gleichmässig. Der Corpus Hoffa und die Patellaarsehne seien intakt und es bestünden keine

Bakerzyste oder ein grösserer Gelenkerguss und die suprapatelläre

Plica

sei leicht ödematös.

Gegenüber dem MRI vom 24. Oktober 2013 zeige sich eine Abnahme des Gelenkergusses mit leichtem Knorpelschaden retropatellär medial. Es bestehe ein mögliches Plicasyndrom. Ein abgrenzbarer Meniskusrisse oder ein Kontusionsödem ergäbe sich nicht und das vordere Kreuzband (VKB) weise durchgängige Fasern ohne Einrisse auf. 3.4

Dr. med. A.\_\_\_\_

stellte im Operationsbericht vom 15. März 2014 (Urk. 7/3/ 4- 5) über die am 10. März 2014 durchgeführte Kniegelenksarthroskopie mit Teilmeniskektomie lateral, Ersatz des vorderen Kreuzbandes,

Mikrofrakturierung des medialen Knorpelschadens sowie

Teilsynovektomie die folgenden Diagnosen: Kniegelenksverletzung vom 22. Oktober 2013 mit: - Akuter Instabilität - Meniskusriss lateral - Varusgonarthrose. Er legte dar, die Untersuchung des linken Kniegelenks mittels Kniegelenk arthrooskopie zeige medial einen intakten Meniskus. Es bestehe ein Knorpel schaden des medialen Femurkondylus (Stadium III). Der Knorpelschaden werde debridiert und mit zwei Mikrofrakturierungen versehen. Lateral sehe das Knie gelenk gut aus, mit intaktem Knorpel. Es bestünden mehrere kurze radiäre Risse des lateralen Meniskus im Bereich der Mittelzone und dem Hinterhorn. Es erfolge daher die Teilresektion des freien Randes des lateralen Meniskus. Der Hiatus popliteus sei verschlossen und die Popliteusesehne sei intakt. Es ergebe sich eine deutliche Synovitis und Hoffa-Hypertrophie. 3.5

Am 14. Mai 2014 (Urk. 7/3/10) berichtete Dr. A.\_\_\_\_ über einen bis anhin komplikationslosen und erfreulichen Verlauf. Es bestehe aber immer noch eine Schwellungstendenz des gesamten linken Beines und des linken Kniegelenks nach längerem Stehen und Gehen.

Im Eintrag in die Krankengeschichte vom 17. Oktober 2014 (Urk. 7/3/13) wies Dr. A.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Beschwerdeführerin ca. ein halbes Jahr nach Kreuzbandersatz immer noch über ein Schweregefühl und Druck im linken Kniegelenk klagt. Bei der Untersuchung sehe das Kniegelenk gut aus ohne Erguss, bei freier Beweglichkeit und noch etwas verminderter „Mobilität-Patella“, vor allem nach lateral.

Im Verlaufseintrag vom 1. Dezember 2015 (Urk. 7/3/14) berichtete Dr. A.\_\_\_\_, ungefähr ein dreiviertel Jahre nach dem Kreuzbandersatz habe die Beschwerdeführerin immer noch etwas Probleme mit dem linken Kniegelenk,

mithin Schmerzen beim Bergaufgehen, beim Bergabgehen und Schmerzen bei Belastung unter forcierter Flexion. Das linke Knie sehe gut aus, könne vollständig gestreckt und flektiert werden. Es bestünde kein Überstreckungsschmerz, kein Kniegelenkserguss, ein seitengleicher Lachmann von ca. 4 mm und klinisch ergebe sich keine femoropatellare Symptomatik. 3.6

Im MRI vom 5. Januar 2016 (Urk. 7/3/23) in der Klinik D.\_\_\_\_

ersah der zuständige Radiologe Dr. med. G.\_\_\_\_ eine durchgehend dargestellte vordere Kreuzbandplastik. Es zeige sich ein 3,5 mm messender Knorpeldefekt am medialen Femurkondylus

und angrenzend eine kleine subkortikale Zystenbildung sowie wenig Bone

bruise. Der mediale und laterale Meniskus sei keilförmig konfiguriert und ohne Gelenkerguss. Die Seitenbänder seien durchgehend abgrenzbar und die Fossa

poplitea ohne Befund. Am Knorpel an der medialen Patella facette bestehe eine Fissur. In der Beurteilung hielt der Arzt ein intaktes vorderes Kreuzband, einen Knorpelschaden am medialen Femurkondylus und eine kleine Knorpelfissur an der Patella ohne Gelenkerguss fest (vgl. dazu auch Dr. A.\_\_\_\_, Urk. 7/3/17). 3.7

Der beratende Arzt der Beschwerdeführerin Dr. Z.\_\_\_\_ hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 9. Mai 2016 (Urk. 7/3/24-33) fest, bereits in der MRI -Untersuchung des linken Knies, die zwei Tage nach dem Ereignis am 24. Oktober 2013 durchgeführt worden sei, habe sich

kein Knochenmarksödem gezeigt. Die MRI-Bilder hätten nur die weitgehende Ruptur des vorderen Kreuzbandes bestätigen können. Ein Knochenmarksödem, das mit dem intraoperativ festgestellten medialen Knorpelschaden am Femurkondylus korreliere, sei aber nicht festgestellt worden. Bei einem Trauma, wie es die Beschwerdeführerin mit der Ruptur des vorderen Kreuzbandes erlitten habe und bei dem es zu einer axialen und auch zu einer Scherbewegung komme (S. 8), entstehe, da der Knorpel elastischer sei als der subchondrale Knochen, bei der axialen Krafteinwirkung auf den Knorpel zunächst ein subchondrales

Bone

bruise (Knochenprellung, Knochenödem). Bei höherer Krafteinwirkung komme es zusätzlich zur Knorpelfraktur. Bei der Knorpelverletzung durch axiale Einwirkung sei deshalb ein unterhalb des Knorpel schadens liegendes Bone

bruise obligat, wobei der Nachweis allein mittels Kernspintomogramm gelinge. Bei einer tangentialen Einwirkung auf den Knorpel sei eine Knorpelabscherung ohne begleitendes Bone

bruise möglich, wenn auch selten, da meist auch eine axiale Kraftkomponente vorliege. Derartige Knorpelabscherung durch tangentialen Einwirkungen setzt ein jedoch begleitende Verletzungen von Weichteilen, Bändern oder Kapseln voraus, da sonst eine adäquate Beweglichkeit der Gelenkanteile gegeneinander nicht erklärt werden könne. Diese Begleitverletzungen könnten ebenfalls im Kernspintomogramm nachgewiesen werden (S. 9 oben).

Die Beschwerdeführerin sei von einer Festbank

gestürzt,

wobei es zur Ruptur des vorderen Kreuzbandes gekommen sei, ohne dass im MRI ein Bone bruise nachgewiesen worden sei. Daraus ergebe sich, dass der intraoperativ festgestellte mediale Knorpelschaden im Femurkondylus nicht unfallbedingt entstanden sei. Dr. A.\_\_\_\_\_

habe zudem auf die konstitutionell vorgegebene Varusgonarthrose hin gewiesen. Da auch ein Knochenmarksödem fehle, könne der Knorpelschaden nicht unfallbedingt entstanden sein. Ein frischer unfallbedingter Knorpelschaden hätte zwangsläufig zu einem unter der Knorpeldecke liegenden Knochenmarksödem geführt. Dies sei nicht der Fall gewesen. Insofern sei die intraoperativ durchgeführte Mikrofrakturierung an sich nicht dem Ereignis zu zuordnen. Dieser Teileingriff sei aber in toto übernommen worden, da im Vordergrund die Ruptur des vorderen Kreuzbandes gestanden sei. Auch ergebe sich aus dem Folge-MRI vom 28. Januar 2014 weiterhin kein Knochenmarksödem, was wiederum gegen einen unfallbedingten Knorpelschaden spreche. Erstmalig sei nun zwei Jahre nach dem Unfall im MRI vom 5. Januar 2016 ein Bone

bruise festgestellt worden. Dies es

sei Folge der unfallunabhängigen Zunahme des schon unfall vorbestehenden Knorpelschadens. Die Knorpeldecke sei schon unfallvorbestehend beschädigt gewesen. Wahrscheinlich sei es aufgrund der vermehrten Belastung durch die vom Operateur bereits diagnostizierte Varusgonarthrose

medial zu einer Verschlimmerung des Knorpelschadens mit einer Reizung der subchondralen

Schicht gekommen, so dass sich im Laufe der Zeit, als Ausdruck des degenerativ bedingten Knorpelschadens, das Knochenmark ödem entwickelt habe. Dieser unfallunabhängig bestehende Prozess stehe aktuell im Vordergrund. Der Operateur Dr. A.\_\_\_\_ habe dementsprechend auch darauf hin gewiesen, dass die Beschwerdeführerin zur Vermeidung einer weiteren Überbelastung der medial geschädigten Knorpeldecke keine „stop

and

go“ Sportarten durchführen und auch vom Skisport Abstand nehmen sollte. Das Kniegelenk selbst sei stabil geführt. Insofern bestünden keine Hinweise für postoperative Komplikationen, die sich in der Zwischenzeit vorrangig negativ auf die Entwicklung des medialen Knorpelschadens des Femurkondylus hätten auswirken können. 4. 4.1

In der Sache selbst ist zu prüfen, ob nach dem 5. Januar 2016 noch Unfallfolgen vorgelegen haben, welche einen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung begründen. Streitig ist dabei, ob die verbliebenen Restbeschwerden am linken Knie mit dem Ereignis vom 22. Oktober 2013 in einem natürlichen Kausalzusammenhang stehen. 4.2

Nach Lage der Akten steht fest, dass die bildgebenden Befunde des linken Kniegelenks zwei Tage nach dem Ereignis vom 22. Oktober 2013 neben der subtotalen Ruptur des vorderen Kreuzbandes eine erosive Veränderung am medialen Patellapol sowie an der medialen Femurkondyle

zeigten.

Ein Konchenödem, eine Fissur oder eine Fraktur konnte

hingegen nicht gesehen werden

(E. 3.2). Intraoperativ

stellte Dr. A.\_\_\_\_

einen Knorpelschaden des medialen Femurkondylus (Stadium III)

fest, wobei dieser zusätzlich der Kreuzbandplastik mit versorgt respektive debridiert und mit Mikrofrakturen versehen wurde (E. 3.4). Der postoperative Verlauf wurde im Folgenden als komplikationslos, erfreulich, ohne Erguss im Kniegelenk und mit freier Beweglichkeit

des Kniegelenks beschrieben (E. 3.5). Im MRI vom 5. Januar 2016 zeigte sich

ein intaktes vorderes Kreuzband, ein 3,5 mm messender Knorpeldefekt am medialen Femurkondylus und angrenzend eine kleine subkortikale Zystenbildung und wenig Bone bruise. 4.3

Die Feststellung von Dr. Z.\_\_\_\_

in seiner Aktenbeurteilung (vgl. E. 3.7 hievore),

wonach die zeitnah zum Unfallereignis erstellten MRI kein Knochenödem (Knochenprellung oder Bone

bruise ) ausgewiesen hätten, ist aufgrund der medizinischen Aktenlage ausgewiesen .  
Nachvollziehbar legte Dr. Z.\_\_\_\_ auch dar, dass eine unfallbedingte Knorpelschädigung  
zwangsläufig eine Verletzung des darunter liegenden Knochens

voraussetzt , da der Knorpel elastischer ist als der Knochen. Die im Zeitpunkt des  
Unfallereignisses aktuellen bildgebenden Befunde weisen

jedoch keine solche Schädigung am Knochen aus.

Mit Blick auf die medizinische Aktenlage ist

damit auch nachvollziehbar , dass der im intraoperativen Verlauf festgestellte  
Knorpelschaden des medialen Femurkondylus dritten Grades bei konstitutionell  
vorgegebener Varusgonarthrose einem unfallvorbestehenden degenerativen Leiden  
zuzuordnen ist. Damit überzeugt aber auch die Schlussfolgerung von Dr. Z.\_\_\_\_ , dass der  
erstmalig in der MRI-Untersuchung vom 5. Januar 2016 gesehene Knochenschaden  
(Knochenmarködem) , beschrieben als „wenig bone

Bruise “ und

angrenzend an einen 3.5 mm messenden Knorpeldefekt am medialen Femurkondylus  
(vgl. E. 3.6 hiervor), einer Verschlimmerung des vorbestehenden degenerativen  
Knorpelschadens zuzuschreiben ist und sich daraus das Knochenmarködem entwickelt hat .  
Dabei wurde mit Bezug auf die Kreuzbandplastik auch begründet, dass

das Kniegelenk selbst stabil geführt werde und diesbezüglich keine Hinweise für  
postoperative Komplikationen bestehen , die sich in der Zwischenzeit vorrangig negativ  
auf die Entwicklung des medialen Knorpelschadens des Femurkondylus hätten auswirken  
können (E. 3.7). 4.4

Nach dem Gesagten stellt die medizinische Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ eine tragfähige  
Grundlage für die Beantwortung der strittigen Kausalitätsfrage dar (vgl. E. 1.5 hiervor) .  
Ausschlaggebend ist dabei in erster Linie die Erkenntnis, dass eine durch das Geschehen  
vom 22 . Oktober 2013 verursachte Knorpelschädigung am linken Knie nicht mit dem  
massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b  
mit Hinweisen) erstellt ist. Aufgrund der unwidersprochenen medizinischen Aktenlage ist  
vielmehr davon auszugehen, dass das mehr als zwei Jahre nach dem Unfallereignis  
gesehene Knochenmarködem auf einen unfallvorbestehenden Knorpelschaden mit dege-  
nerativer Weiterentwicklung zurückzuführen ist. Die weiterhin bestehende Symptomatik  
am linken Knie ist damit nicht eine Folge des Ereignisses vom 22. Oktober 2013 ,  
sondern dem Vorzustand zuzuschreiben. 4.5

Fehlt es nach dem Ausgeführten an der Unfallkausalität der über den 5. Januar 2016 hinaus  
geklagten Beschwerden, ist die Leistungseinstellung nicht zu beanstanden. Demzufolge  
erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 3 . Juni 2016 (Urk. 2) als rechtmäßig,  
was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Schweizerische Mobiliar  
Versicherungsgesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
GräubNef

### **E. 5**

Januar 2016 hinausgehenden Leistungspflicht an (Urk. 7/1/10). Hieran hielt sie nach Einwand der Versicherten (Urk. 7/1/12) und erneuter Vorlage an den beratenden Arzt mit Verfügung vom 22. Februar 2016 fest (Urk. 7/1/14). Gegen diesen Entscheid erhob die Versicherte am

28. März 2016 Einsprache (Urk. 7/1/16), welche die Mobiliar mit Einspracheentscheid vom 3. Juni 2016 abwies (Urk. 2). 2.

Die dagegen bei der Mobiliar eingegangene

„Einsprache“ vom 27. Juni 2016 (Urk. 7/1/40 = Urk. 1) wurde als direkt eingegangene Beschwerde dem hiesigen Sozialversicherungsgericht überwiesen (Urk. 3). Die Beschwerdeführer beantragte darin sinngemäss die Aufhebung des Entscheides und die weitere Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Die Mobiliar schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Juli 2016 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, wo von der Beschwerdeführerin am 13. Juli 2016 (Urk. 8) Kenntnis gegeben wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 10**

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_637/20

### **E. 13**

vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

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