

200 20 592 UV
SCP/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Januar 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
Richtplatz 1, 8304 Wallisellen, Zustelladresse: Postfach, 8010 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 25. Juni 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der C. _____ AG als ... angestellt und dadurch bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (Allianz bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie sich gemäss Unfallmeldung am 17. September 2004 durch eine "falsche" Bewegung beim ... das linke Knie verrenkte (Akten der Allianz [act. IIA] 2). Die Allianz gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. IIA 006). Nachdem sie offenbar die Kosten für eine bildgebende Abklärung nicht hatte übernehmen wollen, ersuchte die Versicherte die Allianz mit Schreiben vom 25. Januar 2006 um nochmalige Überprüfung der Leistungspflicht und informierte dabei über ein Ereignis, wonach sie sich am 3. August 2004 beim Aussteigen aus einem Taxi erstmals das Knie so stark angeschlagen habe, dass sie nicht mehr gehen können, und ein weiteres vom 6. September 2004, bei dem ihr eine Holzkiste von mindestens 50 kg mit der scharfen Eckkante direkt auf das Knie gefallen sei (act. IIA 018). Mit Verfügung vom 21. April 2015 (Akten der Allianz [act. IIB] 218) bzw. Einspracheentscheid vom 26. Februar 2016 (act. IIB 243) verneinte die Allianz bezüglich des Ereignisses vom 17. September 2004 ihre Leistungspflicht, da weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege. Auf Beschwerde hin (act. IIB 246) hob sie am 7. Juni 2016 – aufgrund einer Stellungnahme ihres beratenden Arztes (act. IIB 254) – den angefochtenen Einspracheentscheid lite pendente wiedererwägungsweise auf und stellte in Aussicht, ihre Leistungspflicht unter Annahme des Unfallereignisses vom 6. September 2004 zu prüfen (act. IIB 255), worauf das betreffende Beschwerdeverfahren mit Prozessurteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern (Verwaltungsgericht) vom 14. Juni 2016, UV/2016/357 (act. IIB 259), vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben wurde. Zwischenzeitlich liess die Versicherte der Allianz ein neues Ereignis melden, bei dem sie sich am 21. September 2015 am rechten Schultergelenk verletzt habe, indem sie nach einer abrupt-

ten Bewegung mit einer Holzsäge den Halt verloren habe und zu Boden gestürzt sei (Akten der Allianz [act. II] {Faszikel grün} 000).

B.

In der Folge veranlasste die Allianz eine medizinische Begutachtung durch die Klinik D._____ die Kniebeschwerden links und Schulterbeschwerden rechts umfassend (act. IIB 267). Noch vor der Begutachtung vom 23. November 2016 (act. IIB 283) kam es am 7. November 2016 zu einem weiteren Ereignis, bei dem die Versicherte stürzte, als sie vor dem Haus auf einen mit Rollen ausgestatteten (Topf-)Untersetzer trat; sie machte wiederum einen Knieschaden geltend (Akten der Allianz [act. II] 1 und 15). Auch dieses Ereignis fand Eingang in das am 9. Dezember 2016 erstattete Gutachten der Klinik D._____ (act. IIB 283 S. 74 Ziff. 3.1.1). Mit Schreiben vom 6. Januar 2017 (act. IIB 286) bezeichnete die Allianz das Gutachten als mangelhaft, da das Ereignis vom 7. November 2016 nicht hätte beurteilt werden sollen und zudem psychische Beschwerden mitspielen würden. Am 21. Februar 2017 (Akten der Allianz [act. IIC] 292) unterbreitete sie der Versicherten vorgesehene Zusatzfragen betreffend den Erläuterungsbedarf für die Gutachter, an denen sie trotz Ablehnung der Versicherten festhielt (act. IIC 293 f.). Obschon dies von der Versicherten gefordert wurde (act. IIC 295), erliess die Allianz in diesem Zusammenhang keine anfechtbare Verfügung und entrichtete (vorerst) keine Versicherungsleistungen (act. IIC 296). Eine am 6. Juni 2017 erhobene Rechtsverzögerungsbeschwerde mit dem Rechtsbegehren, die Allianz sei gerichtlich anzuweisen, unverzüglich eine Verfügung über den Renten- und Taggeldanspruch zu erlassen (act. IIC 305), wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 24. November 2017, UV/2017/543 (act. IIC 319), ab. Das Urteil blieb unangefochten.

C.

Bereits am 9. Juni 2017 beantwortete die Klinik D._____ die gestellten Zusatzfragen (act. IIC 307). Daraufhin holte die Allianz bei ihrem beraten-

den Arzt eine Stellungnahme zum Gutachten vom 9. August 2017 (act. IIC 312) ein, wozu die Klinik D. _____ mit Bericht vom 15. September 2017 (act. IIC 317) Stellung nahm. Am 7. Februar 2018 (act. IIC 323) gewährte die Allianz das rechtliche Gehör betreffend eine geplante bidisziplinäre orthopädisch-psychiatrische Begutachtung. Mit Schreiben vom 9. Februar 2018 (act. IIC 324) zeigte sich die Versicherte mit der vorgesehenen orthopädischen Begutachtung nicht einverstanden, bekundete jedoch Bereitschaft, sich einer psychiatrischen "Zusatzbegutachtung" zu unterziehen. Mit Zwischenverfügung vom 9. März 2018 (act. IIC 327) ordnete die Allianz die bidisziplinäre Begutachtung durch die E. _____ (MEDAS) an. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. IIC 338) wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 2. August 2018, UV/18/247 (Akten der Allianz [act. IID] 347), ab, soweit es darauf eintrat. Dieses Urteil blieb ebenfalls unangefochten.

D.

Gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 26. September 2018 (act. IID 348), samt beantworteter Rückfragen vom 25. Oktober 2018 (act. IID 350), stellte die Allianz mit Verfügung vom 7. November 2018 (act. IID 352) die Versicherungsleistungen betreffend die Unfälle vom 6. bzw. 17. September 2004 per 16. November 2005, betreffend den Unfall vom 21. September 2015 per 17. Dezember 2015 und betreffend den Unfall vom 7. November 2016 per 19. Dezember 2016 ein. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. IID 356) mit Entscheid vom 25. Juni 2020 (act. IID 364) fest und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung.

E.

Mit Eingabe vom 17. August 2020 erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, Beschwerde und beantragte:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 25. Juni 2020 sei aufzuheben.

2. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, umgehend die gesetzlichen UV-Leistungen zugunsten der Beschwerdeführerin rückwirkend ab Leistungseinstellung auszurichten.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit prozessleitender Verfügung vom 19. August 2020 wies der Instruktionsrichter den als Gesuch um Erlass einer superprovisorischen Massnahme (Wiederausrichtung der Versicherungsleistungen rückwirkend per Leistungseinstellung) entgegengenommenen Antrag gemäss Ziff. 2 des Rechtsbegehrens ab.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. September 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der die Verfügung vom 7. November 2018 (act. IID 352) bestätigende Einspracheentscheid vom 25. Juni 2020 (act. IID 364). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hinsichtlich des Ereignisses vom 6. bzw. 17. September 2004 über den 16. November 2005, hinsichtlich desjenigen vom 21. September 2015 über den 17. Dezember 2015 und hinsichtlich desjenigen vom 7. November 2016 über den 19. Dezember 2016 hinaus.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist 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 (Art. 4 ATSG).

Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die 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 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 (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 55). 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 Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.3 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 28. Februar 2019, 8C_167/2018, E. 4.2).

3.

3.1 Es ist zwischen den Parteien unbestritten, dass das Ereignis vom 6. September 2004, bei dem gemäss Schreiben der Beschwerdeführerin vom 25. Januar 2006 (act. IIA 18) ihr eine Holzkiste von mindestens 50 kg mit der scharfen Ecken direkt auf das linke Knie gefallen sei, einen Unfall im Rechtssinne darstellt (vgl. E. 2.1 hiervor), was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist (vgl. E. 3.5.2 in fine hiernach). Das Gleiche gilt in Bezug auf das Ereignis vom 21. September 2015, bei dem gemäss Unfallmeldung die Beschwerdeführerin überrascht vom Gewicht einer ihr übergebenen Holzsäge eine abrupte Bewegung gemacht, den Halt verloren habe und zu Boden gestürzt sei (act. II [Faszikel grün] 000), und dasjenige vom 7. November 2016, bei dem sie gemäss Unfallmeldung versehentlich auf einen mit Rollen versehenen (Topf-)Untersetzer getreten und zu Boden gestürzt sei (act. II 1). In Bezug auf das geltend gemachte Ereignis vom 17. Sep-

tember 2004 hat die Beschwerdegegnerin zutreffend erwogen, dass der Unfallbegriff nicht erfüllt ist (act. IID 364 S. 5). In der Unfallmeldung vom 23. September 2004 (act. IIA 2) wurde angegeben, dass die Beschwerdeführerin beim ... eine falsche Bewegung gemacht und das linke Knie verrenkt habe. Im daraufhin von der Beschwerdegegnerin eingeholten "Frageblatt zur Verletzung" führte die Beschwerdeführerin am 21. Oktober 2004 aus, im Geschäft während der ... in der Drehung einen Misstritt gemacht zu haben. Bei der Frage, ob sich dabei etwas Besonderes, Unvorhergesehenes ereignet habe, vermerkte sie einen starken stechenden Schmerz im Knie (act. IIA 3). Ein ungewöhnlicher äusserer Faktor lässt sich diesen zeitnahen zum Ereignis gemachten Angaben bzw. Ausführungen nicht entnehmen. Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit bezieht sich nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber (BGE 134 V 72 E. 4.3.1 S. 79; SVR 2018 UV Nr. 8 S. 27 E. 3.1.1; Entscheid des BGer vom 6. Mai 2019, 8C_842/2018, E. 3.3.1). Ein Unfall im Rechtssinne ist damit zu verneinen (vgl. dazu u.a. auch SVR 2011 UV Nr. 6 S. 21 E. 5).

3.2 Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht betreffend den Unfall vom 6. September 2004 bis zum 16. November 2005, betreffend denjenigen vom 21. September 2015 bis zum 17. Dezember 2015 und betreffend denjenigen vom 7. November 2016 bis zum 19. Dezember 2016 (act. IID 352, 364). Sie erbrachte für diese Ereignisse auch vorübergehende Leistungen. Damit hat die Beschwerdegegnerin das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität – anerkannt (vgl. Entscheid des BGer vom 1. Februar 2011, 8C_895/2010, E. 5.1), womit die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei ihr liegt (vgl. E. 2.2 hiavor). Soweit die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang vorbringt, der angefochtene Einspracheentscheid verletze den Grundsatz der *res iudicata*, weil er sich auf das Ergebnis einer neuerlichen Überprüfung der natürlichen Kausalität im Zusammenhang mit den Unfällen des Jahres 2004 durch die Gutachter der MEDAS stütze, obwohl das Verwaltungsgericht eben diese Kausalitätsfrage mit Urteil vom 14. Juni 2016 bereits rechtskräftig entschieden habe (Beschwerde S. 7 f.), kann ihr nicht gefolgt werden. Dies gründet darin, dass das Verwaltungsgericht über den *lite pendente* erlassenen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Juni 2016 (act. IIB 255) – mit wel-

chem diese den Einspracheentscheid vom 26. Februar 2016 (act. IIB 243) aufgehoben hat – wie auch über die Frage der natürlichen Kausalität in materieller Hinsicht eben gerade nicht entschieden hat. Zwar hat das Verwaltungsgericht am 14. Juni 2016 im Verfahren UV/2016/357 aufgrund des Wiedererwägungsentscheides der Beschwerdegegnerin (act. IIB 255) einen Abschreibungsbeschluss gefällt (act. IIB 259). Dieser stellt aufgrund des Wegfalls des Anfechtungsobjekts im Beschwerdeverfahren jedoch einen prozessrechtlichen Entscheid dar, worin keine materielle Prüfung des Wiedererwägungsentscheides vorgenommen worden war. Ein Abschreibungsbeschluss kann damit, anders als bei der Zustimmung zu einem gemeinsamen Antrag, keine *res iudicata* bilden, mangelt es doch hierbei, wie gesagt, an einer materiellen gerichtlichen Überprüfung, ob die Sachverhalts- und Rechtslage dem (gemeinsamen) Antrag entspricht. Sodann konnte bzw. hatte sich das Verwaltungsgericht in seinem Abschreibungsentscheid zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht zu äussern, da diese Frage im damaligen Verfahren nicht Streitgegenstand bildete und daher nicht zu klären war. Stattdessen bildete Gegenstand des damaligen Beschwerdeverfahrens einzig, ob das geltend gemachte Ereignis vom 17. September 2004 die Voraussetzungen des rechtlichen Unfallbegriffs oder der unfallähnlichen Körperschädigung erfülle (vgl. act. IIB 243 S. 9 Rn. 38). Der Beschwerdegegnerin stand es damit offen, den natürlichen Kausalzusammenhang (später) zu prüfen.

3.3 Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie zur Frage der Kausalität zwischen den Ereignissen vom 6. September 2004, 21. September 2015 sowie 7. November 2016 und den geklagten Kniebeschwerden links bzw. Schulterbeschwerden rechts äussern sich die medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Im Bericht vom 4. Januar 2005 diagnostizierte PD Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, einen Status nach distorsionellem Knie Trauma links vom 17. September 2004 mit/bei Partialruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB), diskreter lateraler Tibiakopfspongiosafraktur und diskreter Partialruptur Quadrizepssehne. Die Erstkonsultation sei am 18. September 2004 gewesen. Es zeige sich ein Gangbild mit Schonhinken links. Der Oberschenkel links habe am Übergang vom middle-

ren zum distalen Drittel etwas lateral hämatombedingt verfärbte Haut und sei daselbst druckdolent. In der MRI-Untersuchung vom 21. September 2004 zeige sich eine Partialruptur des VKB proximal (30 %), stark ödematös aufgequollen eine diskrete Partialruptur der Quadrizepssehne (max. 10 %) und eine sehr diskrete laterale Tibiakopfspongiosafraktur (act. IIA 005).

Am 26. November 2004 habe er der Patientin bei Knick-Senkfuss beidseits Schuheinlagen beidseits verordnet. Es handle sich nicht um eine Unfallfolge (act. IIA 7).

3.3.2 Die MRI des linken Knies vom 7. Juni 2005 zeigte gegenüber der Voruntersuchung vom 21. September 2004 im Wesentlichen ein stationäres Ausmass sowohl der mukoiden Degeneration des VKB am proximalen Ansatz als auch der leichtgradigen Chondropathie am lateralen Tibiaplateau. Es zeige sich eine leichtgradige Progredienz der proximalen Ansatz-tendinopathie des Ligamentum patellae und im Wesentlichen ein stationäres Ausmass der diskreten Ansatz-tendinopathie der Quadrizepssehne am distalen Ansatz sowie angedeutete Zeichen der Chondropathia. Gegenüber der Voruntersuchung lasse sich nun eine scharf umschriebene diskrete lineare Signalstörung im Hinterhorn des medialen Meniskus nachweisen als möglichen Hinweis auf einen feinen Einriss an der Basis ohne Ausstrahlung in die Unter- oder Oberfläche (act. IIA 10).

Am 11. November 2005 ergab eine weitere MRI des linken Knies den Verdacht auf einen Status nach Partialruptur des VKB proximal, aktuell signalreiche Darstellung des Kreuzbandes, und den Nachweis einer 1 cm grossen Zyste im Bereich des Ursprungs sowie degenerative Veränderungen des medialen Meniskushinterhorns. Ein sicherer Riss sei nicht nachweisbar. Ansonsten bestünde ein unauffälliges Kniegelenk. Frische traumatische ossäre Läsionen seien nicht abgrenzbar (act. IIA 11 S. 4).

3.3.3 Im Operationsbericht vom 23. November 2005 (act. IIA 11 S. 2 f.) über die am 16. November 2005 durchgeführte Operation diagnostizierte Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädie, einen Zustand nach VKB-Ruptur mit proximalen intrasynovialen Abriss, VKB-Zyste mit Sanduhrmechanismus, Synovitis, Plica infrapatellaris, Zustand nach medialer Seiten-

bandruptur mit leichter Instabilität des Hinterhorns im Bereich des dorsalen Kapseleck.

Anlässlich des operativen Eingriffs vom 20. März 2006 hielt Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen eine VKB-Ruptur Knie links, eine mediale Meniskushinterhornruptur, eine Plica mediopatellaris und eine leichte Synovialitis fest (act. IIA 24).

Am 16. Juli 2007 erfolgte ein weiterer Eingriff am linken Knie. Dabei diagnostizierte Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, eine anterolaterale Knieinstabilität links bei Hyperlaxität und leichtem Varusmorphotyp bei Status nach VKB-Rekonstruktion am 20. März 2006.

3.3.4 Im Gutachten vom 7. Januar 2009 (act. IIA 112) zu Handen der Invalidenversicherung führte Dr. med. J._____, Facharzt für Rheumatologie, als Diagnosen u.a. chronische Knieschmerzen links auf (S. 11). Zusammenfassend sei das linke Knie nach einem Knie Trauma und drei orthopädischen Eingriffen sowie der arthroskopisch festgestellten Kniechondropathie resp. der radiologisch zur Darstellung kommenden beginnenden Pangenarthrose vermindert belastbar, wobei die Symptome durch eine leichte Instabilität des VKB, eine femoropatellare Symptomatik und eine relative Muskelschwäche noch verstärkt würden (S. 14).

3.3.5 Prof. Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, erwähnte im Operationsbericht vom 23. Oktober 2009 (act. IIA 133) als Diagnose eine komplexe anteriore und laterale Knierestinstabilität links bei Status nach Voroperationen.

Im Operationsbericht vom 14. Mai 2010 (act. IIA 144) vermerkte er eine VKB-Ruptur links und eine inkomplette laterale Meniskuläsion links.

3.3.6 Im Gutachten vom 5. April 2012 zu Handen der Invalidenversicherung diagnostizierte Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, u.a. chronische rezidivierende Knieschmerzen links mit schmerzhafter Minderbelastung, einen Zustand nach Knie Trauma 2004 mit partieller VKB-Ruptur und mehreren Operationen links, eine anterolaterale muskulär kompensierte Restinstabilität linkes Knie, eine beginnende Pan-

gonarthrose links, den Verdacht auf mässige allgemeine Bandlaxität und minimale Spreizfüsse beidseits (S. 13). Die bildgebende Abklärung vom 9. Januar 2009 des linken Knies ergebe degenerative Veränderungen, die über das altersentsprechende Mass hinausgingen (S. 11). Bildgebend zeigten sich sowohl im MRI wie auch auf den Röntgenbildern linksseitig erhebliche degenerative Veränderungen im Sinne einer beginnenden Pangoarthrose und deutlich sichtbarer Femoropatellararthrose (S. 14). Am linken Knie bestünden erhebliche Beschwerden, die durch den erlittenen Unfall, die häufigen Operationen und die bereits erheblichen degenerativen Veränderungen erklärt werden könnten (S. 16).

3.3.7 Nachdem der Allianz das Ereignis vom 21. September 2015 gemeldet (act. II [Faszikel grün] 0) und anlässlich der Erstbehandlung der rechten Schulter vom 7. Oktober 2015 als Diagnose der Verdacht auf eine Partiaalläsion der langen Bizepssehne rechts vermerkt wurde (act. II [Faszikel grün] 4), diagnostizierte Prof. Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, im Konsultationsbericht vom 12. Januar 2016 (act. II [Faszikel grün] 12) bezüglich der rechten Schulter eine Irritation des AC-Gelenks, DD lange Bizepssehne, aktuell oligosymptomatisch, und bezüglich des linken Knies eine chronische VKB-Ruptur und generelle Zeichen der Hyperlaxität.

3.3.8 Am 30. März 2016 hielt Prof. Dr. med. M._____ gegenüber dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zum MRI-Befund vom 21. September 2004 fest, Zeichen einer vorbestehenden, chronischen Kreuzbandinsuffizienz wie Notchstenose, zentrale Meniskuläsionen, Segond-Äquivalent lägen nicht vor. Die Läsion des popliteo-fibularen Faszikels und auch der kapselnahe Wurzelnriss des Hinterhorns seien Zeichen einer frischen Knieverletzung. Beim Ereignis vom 17. September 2004 handle es sich um ein "giving way" d.h. um ein Einknicken, einen Stabilitätsverlust oder einen Halteverlust des Kniegelenks. Dass dieser eingetreten sei, sei nur möglich nach einer signifikanten Vortraumatisierung des linken gleichseitigen Kniegelenks (Ereignis vom 6. September 2004; act. IIB 246 Beleg Nr. 16).

3.3.9 Der beratende Arzt der Allianz Dr. med. N._____, Facharzt für Chirurgie, führte im Bericht vom 11. Mai 2016 (act. IIB 254) aus, es sei

doch eher unwahrscheinlich, dass der Misstritt, wie ihn die Versicherte im Frageblatt geschildert habe, zu den in der MRI-Untersuchung vom 21. September 2004 festgestellten Verletzungen geführt habe. Damit sich ein solches Verletzungsmuster ergebe, sei ein erhebliches Trauma erforderlich. Hingegen spreche das Hämatom am Oberschenkel für ein kürzlich erlittenes Trauma. Die im MRI-Untersuchungsbericht vom 21. September 2004 beschriebenen Veränderungen seien typisch für eine frische Verletzung. Beim Studium der Bilder seien keine Hinweise auf degenerative Veränderungen zu finden. Hingegen sprächen die Veränderungen am VKB und an der Quadrizepssehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für ein frisches Geschehen (S. 2).

3.3.10 Nachdem der Allianz das Ereignis vom 7. November 2016 angezeigt worden war (act. II 001), diagnostizierte Prof. Dr. med. M. _____ bei der Konsultation vom 9. November 2016 u.a. ein Hyperflexionstrauma Knie links vom 7. November 2016 mit/bei Verdacht auf Knieinnenläsion, DD mediale Seitenbandläsion links und chronischer VKB-Ruptur, eine Irritation des AC-Gelenks der rechten Schulter, DD lange Bizepssehne, aktuell oligosymptomatisch (act. II 003).

Im Rahmen der Konsultation vom 16. November 2016 (act. II 13) berichtete Prof. Dr. med. M. _____ über eine Impressionsfraktur dorsolaterales Tibiaplateau links nach Hyperflexionstrauma vom 7. November 2016. Die MRI-Bilder zeigten im Wesentlichen eine Impressionsfraktur am dorsolateralen Tibiaplateau ohne signifikante Knorpelstufe (act. II 013).

3.3.11 Im Gutachten der Klinik D. _____, Orthopädie, vom 9. Dezember 2016 (act. IIB 283) diagnostizierte PD Dr. med. O. _____, Facharzt für Orthopädie, u.a. eine anteroinferiore Labrumläsion Schulter rechts (dominant) mit/bei Status nach Verhebetauma am 21. September 2015, Bizepssehnentendinopathie, Bursitis subacromialis, beginnender Omarthrose, eine chronische posterolaterale und anteriore Instabilität mit beginnender posttraumatischer Gonarthrose links mit/bei Status nach Re-Traumatisierung vom 7. November 2016 mit undislozierter lateraler Tibiaplateauimpressionsfraktur (S. 66). Seitens der rechten Schulter zeige sich MR-tomographisch eine anteroinferiore Labrumläsion, welche gut mit den von der Explorandin beschriebenen Beschwerden vereinbar sei und kli-

nisch mittels Labrumstresstests ausgelöst werden könne. Diese Läsion sei aufgrund ihrer Lokalisation und dem zeitlich engen Zusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 21. September 2015 zurückzuführen. Bezüglich des linken Knies bestehe eine lange Leidensgeschichte mit bereits fünfmaliger Operation und zwischenzeitlich neuem Trauma vom 7. November 2016 mit Zuzug einer undislozierten posterolateralen Tibiaplateauimpressionsfraktur. Klinisch zeige sich eine anteriore und vor allem auch posterolaterale Instabilität bei postoperativer Valgusachse mit Varusthrust im Gehen. Radiologisch zeige sich bereits eine leichte Degeneration aller Kompartimente des Kniegelenks, welche ätiologisch multifaktoriell im Rahmen der multiplen operativen Eingriffe sowie der persistierenden Instabilität nach den initialen Traumata vom 6. und 17. September 2004 zu sehen seien. Die aktuellen Beschwerden liessen sich somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die genannten Traumata zurückführen (S. 68). Das Trauma vom 6. September 2004 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die geltend gemachte Gesundheitsschädigung des linken Kniegelenks verursacht, welche mit dem zweiten Trauma vom 17. September 2004 exazerbiert sei. Das Trauma vom 21. September 2015 habe zu einer Schädigung des rechten Schultergelenks geführt (S. 71). Im Zeitpunkt des Unfalles habe ein komplett beschwerdefreies linkes Knie bestanden (Vorzustand). Seitens des linken Knies sei es am 7. November 2016 zu einem Hyperflexionstrauma mit Zuzug einer undislozierten posterolateralen Tibiakopfimpersionsfraktur gekommen. Diese Retraumatisierung sei jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die chronische Kniegelenksinstabilität zurückzuführen und dementsprechend nicht als unabhängiges neues Trauma anzusehen (S. 72). Bezüglich des linken Knies lägen keine unfallfremden Faktoren vor (S. 73). Der akute Zustand nach erneutem Trauma vom 7. November 2016 könne wahrscheinlich namhaft verbessert werden, der Vorzustand werde hierdurch jedoch kaum namhaft positiv beeinflusst. Der medizinische Endzustand des linken Knies sei noch nicht erreicht (S. 77).

Am 9. Juni 2017 beantwortete PD Dr. med. O. _____ Zusatzfragen der Allianz und hielt fest, dass sich an seiner Beurteilung der rein organischen und objektivierbaren Beschwerden nichts ändere. Als Gutachter könne er anhand der klinischen und objektivierbaren Beschwerden nur den Ist-

Zustand zum Untersuchungszeitpunkt beurteilen. Leider sei es kurz vor der Begutachtung zu einer Retraumatisierung des Kniegelenks gekommen. Diese sei jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die chronische Kniegelenksinstabilität zurückzuführen und dementsprechend nicht als unabhängiges neues Trauma anzusehen (act. IIC 307).

3.3.12 Am 9. August 2017 nahm Dr. med. N. _____ zum Gutachten der Klinik D. _____ Stellung und führte dabei aus, alleine die Folgen des Unfalls vom 17. September 2004 berücksichtigend und in Unkenntnis des weiteren Verlaufs, hätte im Januar 2009 aufgrund der Aufzeichnungen der klinischen Befunde von einem Endzustand ausgegangen werden können. Gemäss Hausarzt habe sich ab April 2009 der Zustand im linken Knie wieder verschlechtert, was zu weiteren Behandlungen (Operation vom 21. Oktober 2009 und 10. Mai 2010) geführt habe. Hier könne von einem Rückfall zum Ereignis von 2004 ausgegangen werden. Nach diesem Rückfall sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit 12 Monate nach der Operation vom 10. Mai 2010 der Endzustand erreicht gewesen (act. IIC 312).

3.3.13 Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 26. September 2018 (act. IID 348) stellten die Dres. med. P. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Chirurgie, und Q. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, keine unfallrelevanten Diagnosen. Als nicht-unfallrelevante Diagnosen nannten sie eine persistierende signifikante anterolaterale Instabilität, Rotationsinstabilität des linken Kniegelenks nach Zusammenhangstrennung des VKB und persistierender Insuffizienz desselben mit/bei signifikanter Valgus-Achsabweichung von im Seitenvergleich 10° nach Tibiakopf-Valgisations-Osteotomie und geringgradiger Bewegungseinschränkung für die Beugung, eine Muskelminderung des Oberschenkels > Unterschenkels mit der Notwendigkeit, überwiegend eine Kniestabilisationsorthese zu tragen, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01) und ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.4; S. 36).

In der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde zu den Ereignissen vom 6. September und 17. September 2004 ausgeführt, der Ereignisverlauf, so wie er anlässlich der vorliegenden Begutachtung geschildert wor-

den sei, sei nicht geeignet, die später festgestellten Veränderungen des linken Kniegelenks zu verursachen. Es handle sich um einen Anprall eines schweren Gegenstandes (Kiste ca. 40-50 kg) gegen den linken distalen Oberschenkel. Eine auf das Kreuzband einwirkende unphysiologische Krafteinleitung durch dieses Ereignis könne biomechanisch nicht begründet werden. Bei der Kausalitätsprüfung eines Kniebandschadens stehe die zentrale Frage im Vordergrund, ob der Bandschaden nachgewiesenermassen frischer Natur gewesen sei oder ob es sich um einen älteren unter Umständen nur durch sportliche Belastungen mehrzeitig entstandenen Schaden gehandelt habe. Der kernspintomographischen und arthroskopischen Diagnostik komme insoweit ein sehr hoher Stellenwert zu, da mit diesen – frühzeitig genug nach Unfallgeschehen eingesetzt – eine Unterscheidung zwischen frisch und alt möglich sei (S. 37). Der MRT-Untersuchung vom 21. September 2004 bzw. derjenigen vom 7. Juni 2005 kämen damit entscheidende Bedeutung zu. Hier bestünden unterschiedliche Meinungen. Zum einen führe Dr. med. N._____ in seiner Stellungnahme vom 11. Mai 2016 aus, er könne keine Hinweise auf degenerative Veränderungen beim Studium der Bilder vom 21. September 2004 erkennen. Zum anderen führe Prof. Dr. med. M._____ am 30. März 2016 aus, es handle sich mit Sicherheit um eine traumatische Zusammenhangstrennung des VKB. Vorliegend sei eine fachradiologische Neubeurteilung (am 5. September 2018) durchgeführt worden. Der entsprechende Befund der MRI-Untersuchung beweise erhebliche degenerative Veränderungen im Sinne einer mukoiden Degeneration des VKB (S. 38). Insgesamt könnten die MRI-Untersuchungen vom 21. September 2004 und 7. Juni 2005 keine Veränderungen sichern, die auf die in Rede stehenden Ereignisse vom 6. oder 17. September 2004 zurückzuführen seien. Hinzu komme die Sportanamnese der Versicherten (... von 1982 – 1999). Bekanntermassen handle es sich hierbei um eine Sportart, die ein hohes Verletzungsrisiko für die Kniebinnenstrukturen bedeute. Vor dem Hintergrund der entscheiderelevanten Parameter (Ereignishergang vom 6. und 17. September 2004, bildgebende Untersuchungen vom 21. September 2004 und 7. Juni 2005, intraoperative Befunde der arthroskopischen Operation vom 16. November 2005, Verhalten der Versicherten nach den Ereignissen) seien die später festgestellten Veränderungen des linken Kniegelenks nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Ereignisse vom 6. und 17. September

2004 zurückzuführen. Beim Ereignis vom 17. September 2004 handle es sich nicht um eine eigenständiges Ereignis, die Versicherte führe wiederkehrend aus, dass es sich um eine Belastung der Kniegelenke/ein Knie gehandelt habe, ohne Hinweise für eine unphysiologische Krafteinwirkung in das rechte oder linke Kniegelenk, die zu einer Kniebinnenschädigung hätte führen können. Es sei hochwahrscheinlich, dass ein vorbestehender Schaden anlässlich des Ereignisses vom 17. September 2004 evident geworden sei (S. 39). Eine unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... einer ... oder als ... in einer ... liege nicht vor (S. 45).

Hinsichtlich des Ereignisses vom 21. September 2015 wurden degenerative Veränderungen des rechten Schultergelenks, unfallunabhängig, SLAP-Läsion, Knorpelaffektion des Glenoids diagnostiziert (S. 48). Beim Ereignis handle es sich zusammenfassend im Wesentlichen um eine aktive, willentliche und geführte Bewegung des rechten Armes bzw. des rechten Schultergelenks. Die Einwirkung einer Kraft, welche den Bauplan der Muskeln, Sehnen und Knochen des rechten Armes und des Schultergelenkes überfordern könnten, könne nicht erkannt werden. Auch die später festgestellten Veränderungen des rechten Schultergelenks könnten eine hier geartete unphysiologische Krafteinwirkung nicht begründen. Die später festgestellten Veränderungen seien degenerativer Verursachung und nicht auf das Ereignis vom 21. September 2015 zurückzuführen (S. 40). Es bestehe keine unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (S. 50 f.).

Bezüglich des Ereignisses vom 7. November 2016 sei ein sogenannter Bone Bruise des dorsolateralen Tibiaplateaus gesichert. Weiterhin bestehe ein Verdacht auf eine Hinterhornläsion beider Menisken. Der Ereignisvergang am 7. November 2016 sei geeignet, die später festgestellten Veränderungen, d.h. im Wesentlichen die Bone Bruise des Tibiaplateaus zu verursachen. Diese Verletzung treffe auf unzweifelhaft vorbestehende erhebliche Veränderungen wie sie im Gutachten geschildert worden seien. Folgen des Ereignisses seien anlässlich der vorliegenden Untersuchung nicht mehr festzustellen (S. 40). Der Vorzustand sei nach sechs Wochen wieder erreicht gewesen (S. 55). Das Ereignis habe für sechs Wochen (Bone Brui-

se) zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt. Danach sei der Status quo sine wieder erreicht gewesen (S. 55).

Aus psychiatrischer Sicht lägen in Anlehnung an das Mini-ICF-APP allenfalls diskrete Beeinträchtigungen vor (S. 101). Keines der Ereignisse habe jeweils eine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausgelöst. Es werde eine vorübergehende vermehrte psychische Labilität bei Schmerzen nach der Schienenversorgung des linken Knies im März 2015 genannt, jedoch ebenso ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 102).

Auf Nachfrage der Allianz (act. IID 349) reichte Dr. med. P._____ am 23. Oktober 2018 (act. IID 350) den Bericht vom 5. September 2018 über die Neubeurteilung der bildgebenden Abklärung vom 21. September 2004 nach. Weiter erklärte er, wenn im Gutachten von einer erlittenen Bone Bruise ausgegangen werde, solle klargemacht werden, dass es zu keinerlei Knorpelschädigung oder Dislokation gekommen sei. Die Begrifflichkeit Bone Bruise und undislozierte subkortikale Spongiosafraktur seien fliessend und sollten implizieren, dass es zu keinerlei Verschiebungen oder Abscherungen von Knorpel oder Knochenfragmenten gekommen sei (S. 1). Entgegen der Ausführung im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten (S. 86 Ziff. 1) sei die Kausalität der Ereignisse vom 6. und 17. September 2004 im Gutachten nachvollziehbar und abschliessend bearbeitet (S. 2).

3.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchun-

gen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Werden bei deren Anordnung Beteiligungsrechte der versicherten Person (vgl. insbesondere BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258, 139 V 349 E. 5.4 S. 357) verletzt, so machen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Expertise eine neue Begutachtung erforderlich (BGE 139 V 99 E. 2.3.2 S. 103, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.5 Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 26. September 2018 (act. IID 348; inkl. beantworteter Nachfragen vom 23. Oktober 2018; act. IID 350) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (E. 3.4 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet und sind schlüssig sowie widerspruchsfrei.

3.5.1 Vorab ist festzuhalten, dass sich der an die Beschwerdegegnerin gerichtete Vorwurf, die MEDAS-Gutachter hätten aufgrund des unzulässigen Gutachtensauftrages auch zu Kausalitätsfragen im Zusammenhang mit den Unfällen des Jahres 2004 Stellung genommen, was klar eine unzulässige second opinion darstelle (vgl. Beschwerde S. 10 f. Ziff. 2), als haltlos erweist. Das Verwaltungsgericht erwog in VGE UV/2018/247, E. 3.3 (in fine), explizit, aus rechtlicher Sicht sei zwischen verschiedenen Unfällen und deren allfälligen Folgen zu unterscheiden. In der Folge sei die neu angeordnete Begutachtung (bei der MEDAS) nicht zu beanstanden. Dies insbesondere auch deshalb, weil die Beschwerdegegnerin zunächst versucht habe, die Problematik durch gezieltes Nachfragen bei den Gutachtern (der Klinik D._____) zu lösen. Daher sei das Einholen einer second opinion zu verneinen. Das Verwaltungsgericht kam sodann zum Schluss,

es bestehe sowohl aus psychiatrischer wie auch orthopädischer Sicht Abklärungsbedarf und das Vorhaben der Beschwerdegegnerin, eine bidisziplinäre Expertise einzuholen, sei daher nicht zu beanstanden. Ebenso wenig beanstandete es – verweisend auf die Zwischenverfügung vom 9. März 2018 (act. IIC 327), welche für jedes der vier geltend gemachten Ereignisse einen separaten Fragebogen vorsah, auch für diejenigen im Jahr 2004 – die vorgesehenen Fragen sowie die vorgeschlagenen Experten und wies die Beschwerde gegen die verfügte Gutachtensanordnung ab, soweit es darauf eintrat (act. IID 347). Dieses Urteil bleibt unangefochten. Unter diesen Umständen kann keine Rede von der Einholung einer (unzulässigen) second opinion sein, zumal sich die Experten der MEDAS bei der Gutachtenserstellung auch an die besagten, der Beschwerdeführerin verfügungsweise eröffneten, Fragebogen hielten (vgl. act. II 348). Vorliegend hat somit eine freie Beweiswürdigung zu erfolgen, wurde rechtskräftig entschieden, dass die für die Beschwerdegegnerin noch offenen Fragen im Rahmen eines bidisziplinären Gutachtens durch die MEDAS zu klären seien.

3.5.2 Was das Ereignis vom 6. September 2004 und die geltend gemachte Knieschädigung links anbelangt, kommt der orthopädisch-traumatologischen Beurteilung entscheidende Bedeutung zu. So weist der Gutachter Dr. med. P. _____ darauf hin, dass bei der Kausalitätsprüfung eines Kniebandschadens die zentrale Frage im Vordergrund stehe, ob dieser nachgewiesenermassen frischer Natur war oder ob es sich um einen älteren, unter Umständen nur durch sportliche Belastungen mehrzeitig entstandenen Schaden gehandelt habe. Der bildgebenden und der arthroskopischen Diagnostik kämen insoweit ein sehr hoher Stellenwert zu, da mit diesen – frühzeitig genug nach dem Unfallgeschehen eingesetzt – eine Unterscheidung zwischen frisch und alt möglich sei. Werde ein frischer Kniebandschaden belegt, sei dem auch eine – wie auch immer geartete – Einwirkung mit Kniegelenksbeteiligung vorausgegangen (act. IID 348 S. 37, 71).

Wie der orthopädisch-traumatologische Gutachter überzeugend feststellt, setzten sich die vor ihm befassten Ärzte und Gutachter, einschliesslich der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, nicht hinreichend mit dem Ereignishergang, dem Verlauf nach dem angeschuldigten Ereignis und den bild-

gebenden Befunden auseinander (act. IID 348 S. 39, 72). Diese gingen vielmehr im Sinne einer Prämisse davon aus, die Schädigungen am linken Knie müssten auf eines der geltend gemachten Ereignisse zurückzuführen sein, was jedoch auf einen unzulässigen "post hoc ergo propter hoc"-Schluss hinausläuft (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Insbesondere haben sie sich mit den bereits initial festgestellten degenerativen Befunden – namentlich der gegenüber der Voruntersuchung vom 21. September 2004 im Wesentlichen stationären mukoiden Degeneration des VKB sowie der Chondropathie (vgl. MRI vom 7. Juni 2005; act. IIA 10) und der degenerativen Veränderung des medialen Meniskushinterhorns (vgl. MRI vom 11. November 2005; act. IIA 13) – nicht (hinreichend) auseinandergesetzt oder zogen auch diese Sachverhaltselemente nicht in ihre Beurteilungen mit ein. Die initialen degenerativen Befunde werden denn auch von den durch die Invalidenversicherung beigezogenen Experten bestätigt. Dr. med. J. _____ hielt in Würdigung der MRI vom 17. September 2004 eine Chondropathie des lateralen Tibiaplateaus bzw. eine beginnende Pangoarthrose und Patelladysplasie fest (act. IIA 112 S. 8, 11 f.) und Dr. med. L. _____ sprach in Bezug auf die MRI vom 9. Januar 2009 von degenerativen Veränderungen, welche über das altersentsprechende Mass hinausgehen (act. IIA181 S.11). Ebenso wenig berücksichtigten bzw. setzten sich die bisherigen ärztlichen bzw. gutachterlichen Ausführungen und Stellungnahmen in diesem Zusammenhang mit der langjährigen Überbeanspruchung der Gelenke im Rahmen der ...karriere der Beschwerdeführerin auseinander, obschon der anfangs behandelnde Dr. med. F. _____ der Beschwerdeführerin zufolge ihrer Knick-Senkfüsse Schuheinlagen beidseits verschrieb (act. IIA 7). Knick-Senkfüsse bei Erwachsenen können Folge einer Überbeanspruchung sein (vgl. dazu PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1394 [Pes valgus]). In diesem Lichte überzeugt der Gutachter der MEDAS voll und ganz, wenn er erhebliche Zweifel äussert, ob die später festgestellten Veränderungen des linken Kniegelenks auf die geltend gemachten Ereignisse, bei welchen er hinsichtlich des Ereignishergangs offensichtliche Inkonsistenzen ortet (act. IID 348 S. 39, 72; vgl. nachfolgend), zurückzuführen sind und bei dieser Ausgangslage sich an die initialen, bildgebenden Dokumente und Fakten hält. Entgegen der beschwerdeführerischen Darstellung (Beschwerde S. 12 f.) setzte er sich in diesem Zusammenhang

auch fachlich fundiert mit den bisherigen Gutachten und Stellungnahmen in Bezug auf die Kausalitätsfrage der Ereignisse von 2004 auseinander, so insbesondere auch mit den unterschiedlichen Einschätzungen von Prof. Dr. med. M. _____ und Dr. med. N. _____. Aufgrund deren divergierenden Einschätzungen der MRI-Untersuchung vom 21. September 2004 und 7. Juni 2005 veranlasste er denn auch eine fachärztlich radiologische Neubeurteilung (act. IID 348 S. 38 f., 71). Gemäss dieser (Neu-)Beurteilung handelt es sich mit grösster Wahrscheinlichkeit um eine mukoide Degeneration des VKB, welche im Verlauf vom 21. September 2004 bis 7. Mai (recte wohl Juni) 2005 diskret war (act. IID 348 S. 127 [MR-Bericht vom 5. September 2018]), was wiederum die degenerative Veränderung am linken Knie belegt. Dass Dr. med. P. _____ hierbei, wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, den Auftrag an den auswärtigen Facharzt hoch suggestiv formuliert habe (Beschwerde S. 13), trifft nicht zu. Vielmehr erläuterte der Gutachter zulässigerweise die Ausgangslage bzw. Problematik und nahm keine beeinflussende Fragestellung vor (act. IID 348 S. 125 f.). Im Übrigen zog der Gutachter dasselbe Röntgeninstitut bei, welches bereits im 2004 und 2005 die besagten Bilder (inkl. Berichte) erstellte, womit davon auszugehen ist, dass dieses nur bei bildgebender ausgewiesener Begründetheit von der ursprünglichen Einschätzung abweicht. Des Weiteren führte Dr. med. P. _____ den Operationsbericht von Dr. med. G. _____ vom 23. November 2005 nicht bloss im Aktenverzeichnis des Gutachtens auf, sondern zog den arthroskopischen Befund als eines von mehreren gutachterlich zu prüfenden Kriterien im Rahmen seiner Kausalitätsbeurteilung ausdrücklich mit ein (act. IID 348 S. 38, 71). Der Vorwurf der Unterschlagung entscheidrelevanter Fakten (Beschwerde S. 14) trifft damit ins Leere. Weil sich vorliegend die degenerativen Befunde auch mit der ...karriere der Beschwerdeführerin in Übereinstimmung bringen lassen, ist der gutachterliche Schluss, dass die geltend gemachten Ereignisse einen vorbestehenden Schaden bloss haben evident werden lassen und nicht zu einer richtunggebenden Verschlimmerung beigetragen haben, überzeugend und absolut nachvollziehbar (act. IID 348 S. 39, 74 f.). Unter diesen Umständen ist die Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 16. November 2005 im Zusammenhang mit dem geltend gemachten Ereignis vom 6. September 2004 nicht zu beanstanden.

Schliesslich ist hinsichtlich des per 6. September 2004 nachgeschobenen Ereignisses (vgl. Schreiben der Beschwerdeführerin vom 25. Januar 2006; act. IIA 018) festzustellen, dass es sich nach der Darstellung des Geschehensablaufs durch die Beschwerdeführerin um ein viel Heftigeres hätte handeln müssen als dasjenige vom 17. September 2004, welches sie veranlasst hatte, Dr. med. F. _____ als erstbehandelnder Arzt am 18. September 2004 aufzusuchen (act. IIA 005). So ist davon auszugehen, dass sie in Anbetracht des Umstandes, dass sich dieses angeblich nur einige Tage vor dem Misstritt/Einknicken während der ..., welches zu einem Hämatom und starken Schmerzen am Knie geführt haben soll, gegenüber Dr. med. F. _____ erwähnt hätte bzw. Dr. med. F. _____ dieses Ereignis in seine Diskussion der Befunde – ähnlich wie es Prof. Dr. med. M. _____ und Dr. med. N. _____ getan haben (vgl. act. IIB 246 Beleg Nr. 16, act. IIB 254), miteinbezogen hätte, wenn ihm die Beschwerdeführerin tatsächlich darüber berichtet hätte. In diesem Zusammenhang ist denn auch festzustellen, dass sich entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin im Wiedererwägungsentscheid die von der Beschwerdeführerin beigebrachten Zeugenaussagen (act. IIB 246 Belege Nr. 3-15) keineswegs als glaubwürdig erweisen, widersprechen sie doch dem von der Beschwerdeführerin geschilderten Geschehensablauf (act. IIA 018; widersprüchlich dazu auch die spätere Darstellung der Beschwerdeführerin in act. IIB 215, wonach wiederum die ... auf das Knie gefallen sein soll), wonach es sich um drei aufeinandergestapelte Holzkisten mit schweren ... gehandelt haben soll, wovon die oberste Kiste mit der scharfen Eckkante direkt auf ihr um 90° angewinkeltes Knie gefallen sei, in folgenden Punkten: Zufolge der Angaben der ...-Inhaber R. _____, S. _____ und T. _____ soll von insgesamt zwei (und nicht drei) ... nur *eine* ... an das Geschäft in der ... geliefert worden sein (widerspricht auch der Darstellung der Beschwerdeführerin in act. IIB 215, wonach die ... an eine falsche Adresse geliefert sein sollen) und zudem soll die ... und nicht die Holzkiste mit ihrer scharfen Kante der Beschwerdeführerin auf den *Oberschenkel* gefallen sein (act. IIB 246 Beleg Nr. 3-5). Gemäss den Bestätigungen der ehemaligen Geschäftsführerin der ... bzw. einer Arbeitskollegin soll sich die Beschwerdeführerin *beim Anheben der schweren ... bzw. beim Wegtragen* der schweren ... am Knie verletzt haben (act. IIB 246 Beleg Nr. 6 und 7). Nach den Angaben des Ehemannes und einer weiteren Arbeitskollegin ist ihr die ... aus der

Hand gerutscht und direkt *auf's Knie* gefallen (act. IIB 246 Beleg 12+14). Gemäss den Bestätigungen von Verwandten sowie der angeblichen Direktzeugin soll sich die Beschwerdeführerin die Verletzung mit einer *stehenden* ... zugezogen haben (act. II 246 S. 10+15). Wenn die Beschwerdeführerin zusätzlich in ihrer Stellungnahme vom 24. Februar 2015 zu Handen der Beschwerdegegnerin ausführt, am 18. September 2004 sei ihr verletztes Bein doppelt so breit angeschwollen gewesen wie das gesunde Bein (act. IIB 215 S. 4), steht dies zudem in klarem Widerspruch zu den echtzeitlichen Befunden des erstbehandelnden Dr. med. F. _____, der lediglich hämatombedingt verfärbte Haut am Oberschenkel und einen kleinen Erguss am Knie feststellte (act. IIA 005).

Mit Blick auf diese zahlreichen Inkonsistenzen ist das von der Beschwerdeführerin nachgeschobene Ereignis vom 6. September 2004 infrage zu stellen. Letztlich kann jedoch offenbleiben, ob überhaupt das Vorliegen eines Unfallereignisses wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt ist (vgl. SVR 2016 UV Nr. 44 S. 146 E. 3.4), da die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen einzig für die Zukunft eingestellt hat und keine Rückforderung geltend macht (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

3.5.3 In Bezug auf das Ereignis vom 21. September 2015 und die geklagten rechtsseitigen Schulterbeschwerden legten die Gutachter der MEDAS nachvollziehbar dar, dass die festgestellten Veränderungen degenerativer Verursachung und nicht auf das besagte Ereignis zurückzuführen sind. Sie begründeten dies mit dem im Wesentlichen aktiven und willentlichen Bewegungsablauf des rechten Armes bzw. des rechten Schultergelenks, dem Fehlen einer überfordernden Krafteinwirkung auf die entsprechenden Strukturen und der Diagnosen degenerative Veränderungen des rechten Schultergelenks, unfallunabhängige SLAP-Läsion und Knorpelaffektion des Glenoids (act. II 348 S. 40, S. 80 f.), was überzeugt. Konkrete Indizien die gegen diese Einschätzung sprechen, ergeben sich nicht aus den Akten und werden beschwerdeweise auch nicht geltend gemacht. Da es an der natürlichen Kausalität zwischen dem Ereignis vom 21. September 2015 und der SLAP-Läsion bzw. der Knorpelaffektion des Glenoids fehlt, ist die diesbezügliche Leistungseinstellung per 17. Dezember 2015 ebenfalls nicht zu beanstanden.

3.5.4 Hinsichtlich des Ereignisses vom 7. November 2016 und den von der Beschwerdeführerin geklagten Kniebeschwerden links haben die Gutachter der MEDAS einleuchtend und schlüssig ausgeführt, dass dabei eine sogenannte Bone Bruise des dorsolateralen Tibiaplateaus verursacht wurde und diese Verletzung auf die vorbestehenden erheblichen Veränderungen getroffen sind, wobei die unfallkausalen Beschwerden (Bone Bruise) für sechs Wochen zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustands geführt haben und danach der Status quo sine wieder erreicht wurde (act. IID 348 S. 54, 56). Auf diese überzeugende Beurteilung kann abgestellt werden. Dies zumal auch keinerlei Anhaltspunkte für eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustands bestehen. Die MRI-Untersuchung vom 16. November 2016 (act. II 12) erbrachte die bereits bekannten (vorbestehenden) Knorpelschäden sowie eine dorso-laterale Spongiosafraktur des dorsolateralen Tibiaplateaus (act. IID 348 S. 86). Letztere wurde im Übrigen bereits im (MR-)Befundbericht vom 21. September 2004 (act. IIA 001) erwähnt. Zusätzliche Knorpelschädigungen oder Dislokationen (Verschiebungen, Abscherungen von Knorpel- oder Knochenfragmenten) konnten die Gutachter ausschliessen (act. IID 349). Mithin ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Status quo sine (vgl. E. 2.2 hiervor) am 19. Dezember 2016 erreicht wurde. Damit ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 7. November 2016 und den über den 19. Dezember 2016 geklagten Kniebeschwerden zu verneinen. Die Beschwerdegegnerin verneinte damit zu Recht einen über diesen Zeitpunkt hinausgehenden Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen.

3.5.5 Psychische Beschwerden, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als kausale Folge der genannten Ereignisse zu werten sind, liegen im Übrigen nicht vor (act. IID 348 S. 36, 101). Gegenteiliges wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Ausserdem haben die gutachterlich gestellten psychiatrischen Diagnosen auch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IID 348 S. 101 f.).

3.6 Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 25. Juni 2020 (act. IID 364) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG); auch die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als mit der Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung betraute Versicherung praxisgemäss keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 4 VRPG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch Parteientschädigungen zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (mit Eingabe der Beschwerdeführerin vom 16. November 2020 [Kostennote])
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.