

## **SO\_GERICHTE VSBES.2020.229 vom 6. November 2020**

SO Obergericht, 2020-11-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.229](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.229)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.229 du 6 novembre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.229 del 6 novembre 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 13**

November 2017 (SA 61, S. 7) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Bei der biomechanischen Abklärung (vgl. SA 214) finde sich in der Abduktion ein Defizit von -26 % links, -76 % links in der Adduktion. In der Extension -52 % links, Flexion -53 % links. Deutliche Adductorenschwäche links zu rechts. Quotient Rumpf / Adductoren links 0.7, rechts 0.16. In der Zusammenfassung betrachtet ergebe sich kein zwingender lumbogener Verdacht auf eine Pathologie in diesem Bereich, der die Schmerzsymptomatik auslöse. Auch von der Schmerzbeschreibung her sei sicherlich bei der positiven Piriformistestung ein hochgradiger Verdacht auf ein Piriformissyndrom/Narbenstrangbildung im Bereich des Revisionsbereiches der Hamstrings mit Tangierung des Ischiadicus nicht auszuschliessen.

5.4 Mit Aktenbeurteilung vom 1. Dezember 2017 (SA 58) hielt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Vertrauensarzt, fest, die Versicherte sei am 25. Juni 2016 gestürzt und habe sich dabei einen Teilabriss der Hamstring-Muskulatur am linken Sitzbein und eine Prellung des linken Kniegelenks zugezogen. Am 4. August 2016 sei die Refixation der Hamstrings erfolgt. Ausserdem bestünden bei der Beschwerdeführerin degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Es bestünden weiterhin Beschwerden im Bereich des Gesässes sowie unklar am linken Kniegelenk. Die Beschwerden seien wandernd, ab und zu sei das Becken und auch das ganze Bein betroffen. Die subjektiv beklagten Beschwerden seien hinreichend durch die Untersuchungsbefunde und das MRI objektiviert. Der Behandlungsverlauf sei durch die degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und der nicht nachvollziehbaren Kniegelenksbeschwerden links prolongiert. Unfallbedingt könne nicht mehr mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Die jetzt noch vorhandenen Beschwerden seien längst nicht mehr unfallbedingt. Mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit seien sie Folge der degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule. Der Unfall vom 25. Juni 2016 sei für ein halbes Jahr nach Refixation der Hamstring-Muskulatur die wesentliche Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störung gewesen. Die Hamstring-Verletzung könne dann als abgeheilt angesehen werden. Ein Status quo sine sei ebenfalls ein halbes Jahr nach der Refixation der Hamstring-Muskulatur wieder erreicht gewesen, da mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die jetzt noch bestehenden Beschwerden früher oder später auch ohne die Hamstring-Verletzung aufgetreten wären. Unfallbedingt habe ein halbes Jahr nach der Refixation keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Serviceangestellte mehr bestanden. Bis zu drei Monaten nach der Refixation habe keine Arbeitsfähigkeit und danach eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für ein weiteres Vierteljahr bestanden.

5.5 Im Operationsbericht vom 1. Oktober 2018 (SA 82) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Operativ seien eine Ischiadicus Neurolyse sowie Nervenverlagerung des Ischiadicus mit Revision der Narbenplatte der proximalen Hamstrings linksseitig vorgenommen worden.

5.6 Mit Aktenbeurteilung vom 3. November 2018 (SA 85) hielt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Vertrauensarzt, fest, in seiner letzten Beurteilung sei er davon ausgegangen, dass die Beschwerden nach der Hamstring-Refixation überwiegend von den degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule ausgingen. Die anamnestischen Daten hätten auch dafür gesprochen. Jetzt zeige sich jedoch bei der operativen Revision eine deutliche Narbenplatte und diese müsse zumindest als teilursächlich angesehen werden. Ob sich durch diesen Eingriff die Beschwerden besserten und im günstigsten Fall zum Verschwinden gebracht werden könnten, werde die Zeit zeigen. Dies habe dann letztendlich auch Einfluss auf die Beurteilung der Kausalität.

5.7 Im Bericht der Orthopädischen Klinik [...], I.\_\_\_\_-Spital, vom 17. Januar 2019 (SA 117) führte Dr. med. J.\_\_\_\_ aus, er habe bei der Beschwerdeführerin eine Revision des Ischiadicus sowie der Narbenplatte durchgeführt. Intraoperativ hätten keine Abnormalitäten der Sehnenansätze sowie des Ischiadicus Nerves gesehen werden können. Sämtliche Vernarbungen seien gelöst und der Nerv etwas verlagert worden, so dass keine Benachbarung stattfinde. Von der Operation habe sich die Beschwerdeführerin eigentlich gut erholt, Schmerzen würden im Zugangsbereich noch angegeben, jedoch seien die Schmerzen nach wie vor stichartig mit Ausstrahlung nach unten vorhanden. Er, Dr. med. J.\_\_\_\_, sehe deswegen lokal keine Ursache der Beschwerden und habe weiterhin den Verdacht auf ein Reizsyndrom L5/S1.

5.8 Im Bericht betreffend das Arthro-MRI der Hüfte links vom 4. April 2019 (SA 133) wurde zur Beurteilung festgehalten: «In Zusammenschau mit der konventionellen Voraufnahme vom 22. März 2019 femoroacetabuläre Impingement-Konfiguration vom gemischten Typ. Labrumdegeneration mit ausgedehntem anterosuperiorem Labrumriss. Leichter peritrochanterer Reizzustand. Keine Bursitis trochanterica. Keine Reruptur der Hamstrings-Sehnen.

5.9 Im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. September 2019 (SA 203; Fachrichtungen: Orthopädie, Psychiatrie) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Funktionsstörungen auf dem orthopädischen Fachgebiet seien nach objektiven Kriterien gering. Sie bestünden in einer prinzipiell nachvollziehbaren persistierenden Schmerzhaftigkeit der Sehnenansätze am Tuber ischii und am Trochanter links. Es seien jedoch keine objektivierbaren Folgen im Sinne einer muskulären Schwäche, einer reflektorischen muskulären Hemmung oder einer Umfangsdifferenz der Muskulatur der unteren Extremitäten erkennbar. Psychiatrischerseits bestünden zwar Einschränkungen des subjektiven Wohlbefindens, jedoch keine Funktionsbeeinträchtigungen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den beobachtbaren objektivierbaren Befunden. Die seitengleiche Muskelausprägung und der zu erhebende Muskelstatus bezüglich der Kraftausübung im Becken- / Beinbereich ergäben keine Hinweise auf eine schmerzbedingte Störung der

Funktion des linken Beines. Die Schmerzintensität könne somit nach objektiven Kriterien in der genannten Weise nicht nachvollzogen werden. Die bisherige Tätigkeit als Wirtin in einem Restaurant könne entsprechend der objektivierbaren Befunde geleistet werden. Bezüglich der unfallversicherungsrechtlichen Fragen der Beschwerdegegnerin hielten die Gutachter im Wesentlichen fest, das Unfallereignis vom 25. Juni 2016 sei als auslösender Faktor für die angegebene Schmerzhaftigkeit zu betrachten. Die psychiatrischen Störungen seien teilweise auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die abgelaufene, inzwischen remittierte depressive Symptomatik sei auf den Unfall als mögliche Ursache zurückzuführen. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die chronische Schmerzstörung sei nicht ausgeheilt. Es liege in der Natur dieser «chronischen» Störung, dass eine vollständige Remission unwahrscheinlich sei. Es bestehe psychiatrisch ein leichter Integritätsschaden gemäss Suva-Tabelle als Korrelat einer leichten psychischen Störung (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren). Dieser Schaden entspreche 20 % gemäss Suva-Tabelle 19.

5.10 Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine und Innere Medizin FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 17. Oktober 2019 (SA 214, S. 18) fest, die zuvor aktive Beschwerdeführerin sei seit dem Unfall am 25. Juni 2016 in vielerlei Hinsicht deutlich beeinträchtigt. Normale Bewegungsabläufe seien nicht möglich ■ schon das normale Gehen bereite ihr grosse Schmerzen, geschweige denn andere belastende Tätigkeiten wie z.B. die Arbeit im Haushalt. Diese könne sie nur etappenweise verrichten und sie sei auf Hilfe vom Ehemann angewiesen. Positionswechsel von Sitzen zum Stehen und längeres Gehen ab 600 m insbesondere Bergauflaufen, lösten einen starken stechenden Schmerz im linken Bein aus. Das Bein fühle sich kraftlos an. Häufig nehme sie ziehende Schmerzen im Bein wahr. In der Hocke spüre sie deutlichen Druck und beim Aufstehen eher krampfartige Schmerzen. Nach Hausarbeiten wie z.B. Staubsaugen komme es anschliessend zur Aggravierung von Schmerz und Schwellung um die Narbe im Bereich des linken Trochanter major. Schweres Heben oder Schuhe binden seien schmerzbedingt kaum möglich. Autofahren sei maximal 30 Minuten möglich, dann müsse sie eine Pause machen. Das Liegen auf der linken Seite sei ebenfalls schmerzhaft, so dass sie regelmässig Brufen und Novalgin einnehmen müsse, um schlafen zu können. Der Beschwerdeführerin sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Wirtin und Service-Angestellte sowie in einer angepassten Tätigkeit durch das Gutachten des B.\_\_\_\_ bescheinigt worden. Aus hausärztlicher Sicht sei dies bei solch einer schmerzgeplagten Patientin nicht nachzuvollziehen. Alle bisherigen fachärztlichen Abklärungen wiesen auf ein Problem im Zusammenhang mit dem Unfall hin ■ insbesondere sei die Wirbelsäule als Genese der Schmerzen ausgeschlossen worden.

5.11 Mit Schreiben vom 7. Februar 2020 nahm der B.\_\_\_\_-Gutachter, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, im Auftrag der Beschwerdegegnerin zum Schreiben des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 23. Oktober 2019 Stellung (SA 238) und führte aus, wie aus der Diagnoseliste Seite 5 des Gutachtens zu entnehmen sei, dominierten bei der Versicherten Diagnosen, welche sich radiologisch nicht verifizieren liessen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stünden die Folgen der Verletzung der ischiocruralen Muskulatur links im Vordergrund, welche sich radiologisch nicht darstellen liessen. Die Befunde an der LWS/am Sakrum vom 20. Februar 2019 und das MRI der Hüfte vom 4. April 2019 stellten lediglich leichtgradige Befunde dar. Die Entscheidung zur

Neuanfertigung von Röntgenaufnahmen basiere jeweils auf dem klinischen Befund. Bei fehlender Indikation könne keinerlei Neuanfertigung von Röntgenaufnahmen gefordert werden, sie sei sogar als unangebracht und unethisch zu bezeichnen. Auch die Heranziehung vorangehender Bildgebungen sei nicht immer vollumfänglich erforderlich, sondern nur soweit es für die Entscheidungsfindung von zielführendem Interesse sei. Bei der gutachterlichen Untersuchung seien die zweckdienlichen Bildgebungen herangezogen worden. Weiter führte der Gutachter zum Vorhalt des Vertreters der Beschwerdeführerin, wonach die Gutachter verschiedene Berichte nicht eingeholt und nicht in die Beurteilung miteinbezogen hätten, aus, der Bericht der F.\_\_\_\_klinik betreffend die biomechanische Untersuchung vom 25. Oktober 2017 habe bei der Begutachtung vorgelegen. Da dieser Bericht zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits annähernd zwei Jahre alt gewesen sei und somit nicht der aktuell möglichen Kraftausübung entsprochen habe, seien die damals erzielten Ergebnisse nicht mit einbezogen worden. Zudem sei aus gutachterlicher Sicht festzustellen, dass die von einem Probanden ausgeübte Kraft willentlich beeinflusst werden könne und somit nicht als genügend objektiver Wert mit Beweiskraft betrachtet werden könne. Sodann werde im Bericht der G.\_\_\_\_-Klinik vom 16. April 2019 eine Misch-Impingementsituation an der linken Hüfte bei antero-superiorer langstreckiger Labrumläsion festgestellt. Die Hamstring-Sehnen erschienen nach Refixation weiterhin intakt. Als schmerzzeugend werde ein im MRI tomographisch festgestellter peritrochanterer Reizzustand festgestellt. Hierbei handle es sich um eine unspezifische Reizung am Sehnenansatz der Hüfte lateral, welcher als transient betrachtet werden könne und auch im Kontext der offensichtlich wechselnden Muskelirritation zu sehen sei (zum Beispiel Piriformis-Syndrom). Dieser Reizzustand sei bei der gutachterlichen Untersuchung nicht mehr vorhanden und als «ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» zu betrachten. Diese Diagnose stelle sich wiederum als Ausdruck der wechselnden Symptomatik dar. Bemerkenswert sei, dass in diesem MR-Tomogramm vom 4. April 2019 keine Symptomatik seitens der Hamstring-Sehnen festgestellt worden sei. Zum Sprechstundenbericht der G.\_\_\_\_-Klinik vom 23. August 2019 sei schliesslich Folgendes festzuhalten: In diesem Bericht werde der Verdacht auf eine frischere Totalruptur der Gluteus medius-Sehne sowie etwas Flüssigkeit im Läsionsareal benannt. Hierzu sei festzustellen, dass die gutachterlichen Untersuchungen im B.\_\_\_\_ in der Woche vom 27. Mai 2019 stattgefunden hätten. Der Sonographie-Bericht stamme vom 5. Juli 2019, sei insofern zwei Monate nach der gutachterlichen Untersuchung erhoben worden. Insofern habe dieser Befund der G.\_\_\_\_-Klinik naturgemäss nicht berücksichtigt werden können. Kritisch zu ergänzen sei, dass es sich hierbei um einen anhand einer Sonographie geäusserten Verdacht einer frischeren (also wohl nach der Begutachtung erfolgten) Ruptur handle. Dieser müsste mittels eines MRI bestätigt werden. Eine Totalruptur der Gluteus medius-Sehne sei sehr ungewöhnlich. Sie setze eine zwischenzeitliche erhebliche Verletzung voraus. Im zitierten MR-Befund lasse sich lediglich ein peritrochantärer Reizzustand, jedoch keinerlei Hinweis auf eine Gluteus medius Ruptur feststellen. Sicherlich habe bei der gutachterlichen Untersuchung kein Hinweis auf eine Gluteus medius Ruptur bestanden, welche sich klinisch eindeutig durch eine entsprechende Glutealinsuffizienz mit Trendelenburg- und Duchenne Zeichen erkennen liesse. Des Weiteren äusserte sich der Gutachter zu den Vorhalten des Rechtsvertreters, wonach er als orthopädischer Chirurg nicht befähigt sei, neurologische Sachverhalte und LWS-Beschwerden zu beurteilen: Bei all diesen vielfachen Untersuchungen und Diagnosen ergäben sich keine Hinweise auf neurologische Irritationen oder Ausfälle. Dies treffe auch für die aktuelle gutachterliche Untersuchung zu. Es seien

weder radikuläre Irritationen noch radikuläre Defizite zu erkennen gewesen. Nach jahrzehntlanger Erfahrung in operativer und konservativer Wirbelsäulenbehandlung in leitender Position fühle sich der orthopädische Gutachter durchaus qualifiziert, radikuläre Komponenten zu erkennen. Wie im B. \_\_\_ üblich, würden bei geringsten Anzeichen auf eine neurologische Problematik auch neurologische Gutachter hinzugezogen. Es habe jedoch im konkreten Fall nicht der geringste Anhalt für ein Symptom auf neurologischem Fachgebiet bestanden.

5.12 Im Bericht von Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 20. Februar 2020 (SA 256, S. 12) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Vor dem Unfall sei die Beschwerdeführerin vollkommen gesund und ohne Beeinträchtigungen in ihrem alltäglichen Leben gewesen. Die Verletzungen der Hamstrings mit anschliessender Operation hätten durch Einblutungen zu Vernarbungen des N. ischias geführt, welche operativ hätten beseitigt werden sollen. Diese Operation sei ohne Erfolg gewesen und habe zur Verschlimmerung der Gesamtsituation geführt. Aktuell bestünden anhaltende Schmerzen des N. ischias und eine Schwäche der Abduktion. Ausserdem ein schmerzhaftes Impingement der linken Hüfte. Als Unfallfolgen bestünden Schmerzen des Ischias und an der Reinsertionsstelle der Hamstrings. Die Labrumruptur könnte auch eine Unfallfolge darstellen. Hierzu müssten die ersten MRI's eingesehen werden. Gleiches gelte für den möglichen Riss der Sehne des Gluteus medius. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

5.13 Mit Bericht vom 5. März 2020 (SA 256, S. 14) hielt Dr. med. C. \_\_\_ fest, im MRI vom 28. Februar 2010 (recte: 2020) seien folgende Befunde erhoben worden: «Status nach posttraumatischen Vernarbungen des N. ischias ohne Piriformis Syndrom; Atrophie maximus. Metallartefakte bei Refixation der Hamstring-Muskulatur. Signalstörung auf Höhe des Musculus piriformis. Keine vermehrte Flüssigkeit entlang des Trochanter major. Unauffällige Glutealsehnen.» Diese Befunde schlossen einen Abriss der Sehne des M. gluteus medius aus, zeigten aber deutliche Folgen der Neuroyse des N. ischias und eine Atrophie des Gluteus maximus. Dies erkläre die Schwäche der Abduktion und die dorsalen Beschwerden.

5.14 Mit Bericht vom 12. März 2020 (SA 256, S. 17) führte Dr. med. C. \_\_\_ aus, das MRI der linken Hüfte vom 11. März 2020 ergebe folgende Befunde: «Zum Vergleich die Voruntersuchung vom 28. Februar 2020. Vergleichend hierzu stationäre hyperintense Signalstörung im Musculus gluteus maximus linksseitig im kaudalen Anteil. Nach Kontrastmittelgabe nimmt weder der Nervus ischiadicus links, noch der Musculus gluteus maximus links vermehrt Kontrastmittel auf. Keine fassbare Kompression des Nervus ischiadicus nach anamnestisch Verlagerung desselben. Beginnende fettige Atrophie (Grad I) des Gluteus maximus.»

5.15 Im Bericht von Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt Neurochirurgie FMH, vom 29. April 2020 (SA 274) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Posttraumatisch stärkste Schmerzen im Beckenbodenbereich, Os coccygis, Tuber ischiadicum sowie petrochantär links mit/bei:

Die Beschwerdeführerin berichte über einen Sturz in der Küche im Jahre 2016, wobei das linke Bein nach vorne gestreckt gewesen sei, anschliessend das Knie angeschlagen worden und ein Aufprall im Gesässbereich erfolgt sei. Die Beschwerdeführerin sei seit dem Trauma

im Jahr 2016 deutlich eingeschränkt und schmerzgeplagt. Sodann erhob Dr. med. D.\_\_\_\_ folgende Befunde: Deutlich schmerzgeplagte Patientin mit Schonhinken im linken Beinbereich. Beim Sitzen Entlastung des linken glutealen Bereiches. In der klinischen Untersuchung deutliche Schmerzen petrochantär mit Zunahme bei Hüftausserrotation und bei Hüftflexion. Über dem Tuber ischiadicum stärkste Schmerzen, leichtgradige Hypästhesie Dermatome C2 und C3 links. Massive Os coccygis Schmerzen bei der rektalen Untersuchung. Lasegue pseudopositiv linksseitig. Deutliche Narbenplatte über dem Zugangsbereich gluteal und petrochantär. Atrophie Quadrizepsbereich und M. tibialis anterior links. Hüftabduktionsschwäche links. Mögliche Atrophie des M. gluteus medius oder inferior.» Weiter führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, die ausgeprägte Schmerzsymptomatik sei seines Erachtens sowohl auf die ausgeprägte Os coccygis Schmerzsymptomatik, eine Tuber ischiadicum Schmerzsymptomatik links, wie auch die petrochantäre Schmerzsymptomatik zurückzuführen. Seines Erachtens bestehe zudem eine Dysfunktion des Beckenbodens. Auch bestehe eine deutlich reduzierte Hüftmobilität linksseitig. In der MRT LWS-Untersuchung vom 20. Februar 2019 zeige sich eine leichtgradige recessale Stenose L4/5 linksseitig, wobei die Nervenwurzel L5 links irritiert werden könnte. Aus neurochirurgischer Sicht qualifiziere sich die Beschwerdeführerin aktuell für eine stationäre rehabilitative Massnahme mit dem Ziel, den Beckenbodenbereich zu lösen, die schmerzhaften Ansatzstellen der Hamstrings wie auch die schmerzhafte Narbe petrochantär zu verbessern, sei es durch Ultraschall, Stosswellentherapie, Beckenbodentraining, osteopathische Os coccygis Mobilisation etc. Auch dürfte eine Lyrica-Einnahme mit Erhöhung der Dosierung bis maximal 600 mg pro Tag diskutiert werden. Als Ultima Ratio wäre die gezielte neuroforaminale Infiltration L5/S1 links bzw. jene über epidural L4/5 links zu diskutieren. Aus neurochirurgischer Sicht hätten die aktuellen Beschwerden ihren Ursprung im Unfallereignis vom Jahre 2016.

5.16 In seiner Stellungnahme vom 24. Juni 2020 (SA 289) führte Dr. med. E.\_\_\_\_ vom B.\_\_\_\_ aus, im MRI vom 4. April 2019 zeige sich ■ wie auch im Gutachten aufgeführt ■ eine femoroazetabuläre Impingementkonfiguration vom gemischten Typ mit Labrumdegeneration, ausgedehntem anterosuperiorem Labrumriss und leichtem peritrochantärem Reizzustand. Es sei eindeutig keine Ruptur der Hamstringsehnen zu erkennen. Dies entspreche auch den Bildgebungen vom 11. März 2020 und 28. Februar 2020. Beide MRIs seien vom Referenten beurteilt worden. Es habe sich keine relevante Signalveränderung in der Glutealmuskulatur oder der ischiocruralen Muskulatur erkennen lassen. Allenfalls seien dies Folgen älterer kleiner Läsionen, jedoch keine relevante Unterbrechung der Muskelfaserkontinuität. Bei der gutachterlichen Funktionsprüfung der Hüftgelenke habe sich keine Bewegungseinschränkung ergeben. Im Gutachten werde unter 7.1 das Schmerzmuster bei der Versicherten beschrieben. Es werde auch die Pathogenese der Schmerzhaftigkeit ausgeführt. Beschrieben werde die multilokuläre Schmerzhaftigkeit in der Beckenregion. Diese werde auch als nachvollziehbar bezeichnet. Die Kausalität werde jedoch als komplex dargestellt, wobei einer Ruptur der ischiokruralen Muskulatur und deren Folgen allenfalls eine untergeordnete Rolle zugeschrieben werde. Insofern liessen sich objektivierbare Befunde feststellen, welche als geringgradig zu betrachten seien. Im MRI vom 28. Februar 2020 stelle sich eine Atrophie des Musculus gluteus maximus dar, in Zusammenschau mit dem Schmerzmuster bei der gutachterlichen Untersuchung, bei den Untersuchungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_, liege eine komplexe, chronifizierte Funktionsstörung der gesamten Beckenmuskulatur vor mit Myosen, Insertionstendinosen, partiellen Muskelatrophien und charakteristischen

Schmerzangaben an den charakteristischen Prädilektionsstellen. Morphologisch sei jedoch bei diesem multifaktoriellen Geschehen (zunehmende Adipositas, muskuläre Dekonditionierung, Beckenbodenschwäche etc.) keine strukturelle hauptverantwortliche Schädigung im MRI festzustellen, weder seitens der Gelenke, noch diskogen / radikulär. Signalauffälligkeiten muskelansatznah seien auch als Folge chronischer Überlastungen bei einem Missverhältnis von Belastung und Belastbarkeit zu sehen. Eine Differenzierung zwischen Überlastungsschäden und kleinen muskulären Einrissen sei im MRI oft nicht sicher möglich. Des Weiteren beschreibe Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 29. April 2020, dass bis anhin multiple Therapien wie Infiltrationen, Physiotherapien, Osteopathien etc., ohne Erfolg durchgeführt worden seien. In seinem Befund würden peritrochantäre Schmerzen und Os coccygis Schmerzen beschrieben. Völlig unverständlich sei seine Angabe bezüglich einer Hypästhesie Dermatome C2 und C3 links. Das Lasègue-■sche Zeichen sei linksseitig positiv. Hierzu sei festzustellen, dass diese Schmerzangabe der Beschreibung im Gutachten Seite 36, vorletzter und letzter Absatz, entspreche. Diese Schmerzhaftigkeit sei im Rahmen der bereits erwähnten Dysfunktion der gesamten Beckenmuskulatur zu sehen. Die Prüfung des Lasègue-■schen Zeichens gehe bekanntlich zwangsläufig mit der Dehnung der Muskelansätze am Os ischii einher und könne einen Nervendehnungsschmerz vortäuschen. Die muskuläre Insuffizienz der Glutealmuskulatur sei auf Seite 35 des Gutachtens im Sinne eines Entlastungshinkens und einem unsicheren Einbeinstand beschrieben worden. Bezüglich der von Dr. med. D.\_\_\_\_ postulierten Atrophie der Unterschenkelmuskulatur sei zu sagen, dass seitens des Referenten eine konkrete Messung der Beinmuskulatur durchgeführt worden sei, welche jedoch keinerlei Seitendifferenz der Muskelausprägung ergeben habe. Somit sei die Aussage von Dr. med. D.\_\_\_\_ durch Messung widerlegt worden. In der MRI-LWS-Untersuchung vom 20. Februar 2019 zeige sich eine leichtgradige rezessale Stenose L4/5 linksseitig, wobei die Nervenwurzel L5 links entsprechend der Bildgebung irritiert werden könnte. Es sei eine Banalität festzustellen, dass die Bildgebung mit einer «leichtgradigen rezessalen Stenose und der Möglichkeit einer Nervenwurzelirritation» keineswegs mit der klinischen Bedeutung im Sinne einer Nervenwurzelschädigung korreliere (dies sei ein Grundwissen in der Beurteilung von Wirbelsäulensyndromen). Entscheidend für die Relevanz sei der klinische Befund, welcher entsprechend der Begutachtung keinen ausreichenden Anhalt für eine radikuläre Irritation, geschweige denn für eine aktuelle radikuläre Schädigung erbracht habe. In Anbetracht der von Dr. med. D.\_\_\_\_ erwähnten Erfolglosigkeit zahlreicher bisheriger Therapien und der komplexen Schmerzsymptomatik in der gesamten Beckenregion, bei wahrscheinlicher Chronifizierung, erheblicher Gewichtszunahme und fehlenden neurologischen Reizsymptomen, erschienen die Vorschläge, durch gezielte neuroforaminale Infiltrationen L5/S1 links eine nachhaltige Besserung zu erreichen, wenig Erfolg versprechend.

5.17 Mit Stellungnahme vom 8. Juli 2020 (SA 297, S. 5) führte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Neurochirurgie FMH, aus, der Lasègue sei nicht, wie von Dr. med. E.\_\_\_\_ beschrieben, positiv, sondern nur pseudopositiv und zwar auf der linken Seite. Somit sei die Bemerkung von Dr. med. E.\_\_\_\_ betreffend Lasègue-■sches Zeichen nicht zu verwerten. Betreffend die Erläuterungen der MRT LWS Untersuchung vom 20. Februar 2019 sei folgendes anzumerken: Die Beschwerdeführerin leide unter einer Dis-kopathie LWK4/5, welche beidseitige paramediane bis foraminale Protrusionen aufweise und dadurch könne es zu einer Irritation der Nervenwurzel L5 linksseitig im Bereich des oberen Rezessus-Bereiches kommen. Der Begriff Irritation sei gewählt worden, da anhand der aktuellen Bildgebung

(MRT LWS 20. Februar 2019), welche im Liegen gemacht worden sei, eine dynamische Komponente nicht ausgeschlossen werden könne. Um abschliessend eine mögliche Kompression der Nervenwurzel L5 linksseitig auszuschliessen, müsse eine funktionelle MRT LWS Untersuchung in Flexions- und Reklinationsbewegung durchgeführt werden. Somit sei die Textstelle: «Es ist eine Banalität festzustellen, dass die Bildgebung mit einer leichtgradigen rezessalen Stenose und der Möglichkeit einer Nervenwurzelirritation keineswegs mit der klinischen Bedeutung im Sinne einer Nervenwurzelschädigung korreliert», nicht korrekt. Zum Beispiel habe er, Dr. med. D.\_\_\_\_, in seinem Schreiben erwähnt, dass längeres Sitzen wie auch längeres Gehen kaum möglich seien und somit könne bei dieser komplexen Patientin aufgrund der liegenden MRT LWS-Untersuchung keine korrekte Aussage betreffend neurogener Kompromittierung der Nervenwurzel L5 links gemacht werden.

5.18 Im Konsultationsbericht vom 11. März 2021 (A.S. 70 f.) sowie im Überweisungsbericht vom 19. April 2021 (A.S. 68 f.) stellte Dr. med. C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen:

Die Verletzung der Hamstrings mit anschliessender Operation habe durch Einblutungen zu Vernarbungen des N. ischias geführt, welche operativ hätten beseitigt werden sollen. Diese Operation sei ohne Erfolg gewesen und habe zur Verschlimmerung der Gesamtsituation geführt. Aktuell anhaltende Schmerzen des N. ischias und Schwäche der Abduktion. Ausserdem schmerzhaftes Impingement der linken Hüfte. Im MRI vom 28. Februar 2010 (recte: 2020) ([...]) Status nach posttraumatischen Vernarbungen des N. ischias ohne Piriformis Syndrom. Atrophie des M. gluteus maximus. Metallartefakte bei Refixation der teilweise rupturierten Hamstring-Muskulatur. Keine Signalstörung auf Höhe des Musculus piriformis. Keine vermehrte Flüssigkeit entlang des Trochanter major. Unauffällige Glutealsehnen. Diese Befunde schlossen einen Abriss der Sehne des M. gluteus medius aus, zeigten aber deutliche Folgen der Neurolyse des N. ischias und eine Atrophie des Gluteus maximus. Im aktuellen MRI des linken Hüftgelenkes vom 24. März 2021 ([...]) Pincer-Impingementsituation bei Protrusio acetabuli mit klaffendem Labrumriss antero-superior von 1:30 bis 2:30 Uhr. Keine femoroazetabuläre Chondropathie. Status nach Refixation der Hamstring-Muskulatur im rechten Tuber ischiadicum, in erster Linie reizlos bei Metallartefakten. Keine Ansatzentendinose der Glutealmuskulatur. Gute Muskelqualität. Kein Knochenmarksödem. Diese Befunde bestätigten den klinischen Verdacht und erklärten die Beschwerden des linken Hüftgelenkes. Die Beschwerden des linken Kniegelenkes seien nach der klinischen Untersuchung verdächtig auf eine Innenmeniskusläsion. Im MRI des linken Kniegelenkes vom 23. März 2021 ([...]) meniskokapsuläre Separation des Innenmeniskus. Kleine Baker-Zyste. Intakte Menisci. Intakter Bandapparat. Die Ablösung des Innenmeniskus von der Kniegelenkscapsel erkläre die medialen Kniebeschwerden. Es bestehe eine weitere Arbeitsunfähigkeit zu 100 %. Es stelle sich die Frage nach einer Hüftarthroskopie links mit Versorgung der Labrumruptur.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrer Verfügung vom 26. Februar 2020 im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 23. September 2019 (SA 203) sowie die Stellungnahmen des B.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2020 und 24. Juni 2020 (SA 238 und 289) ab, weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. Das Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben sowie die Vorakten studiert haben. Weiter ist zu prüfen, ob das

Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt. In diesem Zusammenhang ist vorweg anzufügen, dass es sich beim vorliegenden Gutachten um ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten handelt. Zwar wurde dieses von der IV-Stelle Bern veranlasst, hierbei wurden aber die Regeln gemäss Art. 44 ATSG beachtet (vgl. SA 135 und 136). Zudem hat sich die Beschwerdegegnerin mit Zusatzfragen am Gutachten beteiligt. Einem solchen Gutachten darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

6.1 Die im orthopädischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, erhobenen Diagnosen und dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vermögen gestützt auf seine Anamnese- und Befunderhebung zu überzeugen: Bei der Untersuchung zeige sich bei der Beschwerdeführerin ein Entlastungshinken links beim Gehen, beim Sitzen werde die rechte Gesässseite stärker belastet als links. Das Trendelenburgsche Zeichen falle negativ aus, sämtliche Muskeltests im Hüft-/Beckenbereich fielen unauffällig aus. Es liessen sich keine Minderungen der groben Kraft der hüftführenden Muskulatur links erkennen. Es würden keine muskulären Verkürzungen oder Anspannungsschmerzen deutlich. Auch die Umfangmasse der unteren Extremitäten fielen seitengleich aus. Bei der Schmerzpalpation werde dieser auf das Tuber ischii und den Trochanter major links lokalisiert. Die Bildgebungen der LWS ergäben unspezifische Befunde mit leichteren Degenerationen. Die Röntgenaufnahmen des Beckens zeigten ebenfalls keine Auffälligkeiten bei fraglicher Impingement-Situation der Hüften. Im Kernspintomogramm ergäben sich keine Hinweise auf eine Re-Ruptur der ischiocruralen Muskulatur (20. Februar 2019). Es liege somit eine residuale Schmerzhaftigkeit an den Sehnenansätzen, speziell im Bereich des Tuber ischii und Trochanter major links vor. Hinweise auf relevante Funktionsstörungen oder auf analoge wesentliche morphologische Veränderungen im Operationsbereich fehlten. Als negativ sei die erhebliche Gewichtszunahme zu betrachten. Die ischiocrurale und die gluteale Muskulatur würden bei der vermehrten Rotationstendenz des Beckens nach vorne unten überlastet. Somit stelle die Gewichtszunahme ein chronifizierendes Element bei der vorliegenden Insertionstendinose am Os ischii und am Trochanter dar. Am linken Fuss lasse sich eine Fussinsuffizienz mit Rückfuss- Valgus und submalleolärem Impingement definieren. Funktionsstörungen seien somit nicht zu objektivieren. Sehnenansatzschmerzen am Tuber ischii (und auch am Trochanter major) seien zwar bis zu einem gewissen Grade nachvollziehbar. Es seien jedoch keine Minderungen der muskulären Kraft und keine reaktiven Umfangsdifferenzen an den unteren Extremitäten festzustellen. Die Schmerzintensität könne in der genannten Weise nicht nachvollzogen werden. Es bestehe der Eindruck einer übermässigen Schmerzwahrnehmung / Empfindung / Angabe mit hochgradiger Selbstlimitierung. Nach objektiven Kriterien bestehe keine wesentliche Einschränkung bei der Tätigkeit als Wirtin in einem Restaurant. Leichte und mittelschwere Tätigkeiten könnten uneingeschränkt durchgeführt werden.

6.2 Auch das psychiatrische Teilgutachten des B.\_\_\_\_ von Dr. med. L.\_\_\_\_ vermag gestützt auf seine eingehende Anamnese- und Befunderhebung zu überzeugen. Ebenso erscheint es gestützt auf ihre nachfolgenden Ausführungen nachvollziehbar, dass die Gutachterin aus psychiatrischer Sicht bei der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit attestierte: Die hereditär unbelastete, aber durch frühen Autonomiedruck in der Kindheit

geprägte, psychiatrisch nicht vorerkrankte Versicherte habe anlässlich des komplikationsreichen Behandlungsverlaufes nach der Beinmuskelverletzung und im Rahmen parallel stattfindender familiärer Probleme und einer zugleich ablaufenden Schilddrüsenerkrankung eine depressive Entwicklung mit klinischer Manifestation einer mittelgradigen depressiven Episode im Frühjahr 2018 durchgemacht, welche sich seit März 2018 in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde und inzwischen zur Remission habe gebracht werden können. Den Akten sei zu entnehmen, dass die damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit von 19. März 2018 bis 6. Juli 2018 angedauert habe und seither rein psychiatrisch wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Das Schmerzerleben der Versicherten sei durch die somatischen Befunde nur teilweise erklärbar und in seiner subjektiven Intensität psychiatrisch am ehesten als stressinduzierte Hyperalgesie aufgrund der frühen überkompensatorischen Autonomie der Versicherten mit Erwerbstätigkeit schon während der Schulzeit und aus beruflichen Gründen verminderter Verfügbarkeit der Mutter bei Abwesenheit des Vaters zu erklären. Durch das Schmerzerleben sei die Versicherte in ihrer emotionalen Belastbarkeit und ihrem Wohlbefinden leicht beeinträchtigt, ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Die ambulante Behandlung der Depression sei regelmässig und pharmakotherapeutisch mit 90 mg Duloxetin am Tag adäquat begleitet durchgeführt worden und habe entsprechend rasch zur Remission der depressiven Symptomatik geführt. Das Absetzen der Medikation sei zeitlich angemessen erfolgt und habe bisher nicht zu einem Rezidiv geführt. Prognostisch spiele die depressive Symptomatik für sich genommen somit keine Rolle mehr, erwähnenswert seien aber etwas vermehrte Schlafstörungen im Rahmen des Schmerzerlebens seit Absetzen des Duloxetin. Dies sollte klinisch weiter beobachtet und allenfalls pharmakotherapeutisch beantwortet werden. Die Versicherte verfüge über eine resiliente und leistungsbereite Persönlichkeit, mit einem biographisch bedingten Hang zur überkompensatorischen Autonomie und Vernachlässigung eigener Erholungsbedürfnisse, was grundsätzlich Ressourcen seien, sich aber auch prädisponierend für die Entwicklung somatoformer Störungen auswirke. Familiär und sozial erfahre die Versicherte zuverlässige Unterstützung, belastend wirke sich hier aber die vor kurzem eingetretene Entfremdung von den beiden Kindern aus, was die Versicherte bisher zwar bestmöglich pragmatisch verarbeite, was aber gleichwohl unerschwerlich als Belastung wirke.

6.3 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des B.\_\_\_\_ wird gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten noch einmal schlüssig dargelegt, dass weder aus orthopädischer noch aus psychiatrischer Sicht Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen (s. E. II. 5.8 hiervor). Auf diese Beurteilung kann grundsätzlich abgestellt werden.

6.4 Ebenso vermag die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach aus somatischer Sicht keine Folgen des Unfalls vom 25. Juni 2016 mehr vorhanden sind, welche Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zeitigen. Mit Stellungnahme vom 7. Februar 2020 hielt der orthopädische Gutachter, Dr. med. E.\_\_\_\_, hierzu präzisierend fest, bei der Beschwerdeführerin dominierten Diagnosen, welche sich radiologisch nicht verifizieren liessen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stünden die Folgen der Verletzung der ischiocruralen Muskulatur links im Vordergrund, welche sich radiologisch nicht darstellen liessen. Die Befunde an der LWS / am Sakrum vom 20. Februar 2019 und das MRI der Hüfte vom 4. April 2019 stellten lediglich leichtgradige Befunde dar. An dieser nachvollziehbaren gutachterlichen Beurteilung vermögen auch die

entgegenstehenden Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine und Innere Medizin FMH, stützte sich in ihrer Stellungnahme vom 17. Oktober 2019 (SA 214, S. 18) fast ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab, vermochte aber ihrerseits kaum objektivierbare strukturelle Befunde zu nennen, welche das Ausmass der geklagten Beschwerden zu erklären vermöchten. Sodann hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, in seinem Bericht vom 20. Februar 2020 (SA 256, S. 12) zwar fest, als Unfallfolgen bestünden Schmerzen des Ischias und an der Reinsertionsstelle der Hamstrings. Die Labrumruptur könnte auch eine Unfallfolge darstellen. Hierzu müssten die ersten MRI-Untersuchungen eingesehen werden. Gleiches gelte für den möglichen Riss der Sehne des Gluteus medius. Ob die Ischiasschmerzen und die Labrumruptur tatsächlich Unfallfolgen sind, kann aber offengelassen werden, da diese gemäss den überzeugenden gutachterlichen Ausführungen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen, zumal Dr. med. C.\_\_\_\_ diesbezüglich in seinen nachfolgenden Berichten vom 5. und 12. März 2020 keine weiteren Ausführungen machte und seine Ansicht auch nicht weiter begründete. Es kann in diesem Zusammenhang zudem auf die gutachterliche Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2020 (SA 289; E. II. 5.16 hiervor) verwiesen werden. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang anzufügen, dass sich ein möglicher Riss der Gluteus medius Sehne in der nachfolgenden MRI-Untersuchung vom 22. März 2020 nicht bestätigt hat (vgl. SA 256, S. 17). Des Weiteren vermögen auch die Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 29. April und 8. Juli 2020 den Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung nicht zu entkräften, zumal er sich in seinen Berichten ebenfalls überwiegend auf die subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin abstützt. In diesem Zusammenhang ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb den Berichten der Dres. H.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ nur begrenzter Beweiswert zuzumessen ist.

Schliesslich ist auf die von der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten vorgebrachten Rügen einzugehen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist es aus beweisrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden und in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren auch keine Seltenheit, dass ein Sozialversicherungsträger wie im vorliegenden Fall im Nachgang zu einer Begutachtung weitere Stellungnahmen bei der Gutachterstelle eingeholt hat. Es bestand in diesem Zusammenhang auch keine Notwendigkeit, dass die Gutachter die Beschwerdeführerin noch einmal untersucht hätten. Daran ändert grundsätzlich auch der Umstand nichts, dass zwischen der letzten gutachterlichen Untersuchung vom 29. Mai 2019 und der letzten Stellungnahme des B.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2020 mehr als ein Jahr liegt. Anders wäre die Sachlage, wenn seit der gutachterlichen Untersuchung eine relevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts überwiegend wahrscheinlich wäre. Eine solche Veränderung ist vorliegend jedoch nicht erstellt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ergibt sich eine relevante Veränderung auch nicht aus den erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 11. März und 19. April 2021. So decken sich die darin genannten Befunde an der Hüfte im Wesentlichen mit dem Bericht betreffend das Arthro-MRI der Hüfte links vom 4. April 2019 (SA 133), welcher auch den B.\_\_\_\_-Gutachtern vorlag. Zudem kann die am 23. März 2021 neu befundete meniskokapsuläre Separation des Innenmeniskus bereits aufgrund des grossen zeitlichen Abstandes von fast fünf Jahren nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 25. Juni 2016 zurückgeführt werden.

Sodann rügt die Beschwerdeführerin den Umstand, dass die Stellungnahmen des B. \_\_\_ nur von einem Gutachter, Dr. med. E. \_\_\_, unterzeichnet worden seien, während das Gutachten von beiden beteiligten Gutachtern verfasst und unterschrieben worden sei. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es in den Stellungnahmen fast ausschliesslich um die Beantwortung von Zusatzfragen aus dem orthopädischen Fachgebiet ging und sich auch die Rügen des Vertreters der Beschwerdeführerin, wozu die Gutachterstelle ebenfalls Stellung zu nehmen hatte, hauptsächlich auf das orthopädische Fachgebiet bezogen. Es war deshalb sachgerecht, dass hierzu nur der orthopädische Gutachter, Dr. med. E. \_\_\_, Stellung nahm, zumal es hierzu keiner Konsensfindung mit dem psychiatrischen Gutachter mehr bedurfte und dessen Beizug somit keinen Sinn gemacht hätte. Des Weiteren liegt es entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin in der Entscheidungskompetenz der jeweiligen Gutachter, inwiefern sie neue bildgebende Abklärungen für notwendig erachten und ob sie Patientenbilder aus vorangehenden Röntgen- und MRI-Untersuchungen etc. beiziehen wollen, oder ob sie sich auf die Konsultation der diesbezüglichen Berichte beschränken. Alleine durch den Umstand, dass die B. \_\_\_-Gutachter keine neuen bildgebenden Untersuchungen veranlasst und die Patientenbilder nicht beigezogen haben, wird der Beweiswert des Gutachtens nicht geschmälert. Die Beschwerdeführerin vermag denn auch nicht konkret darzutun, inwiefern das Gutachten aufgrund dessen mangelhaft wäre. Sodann rügt die Beschwerdeführerin, dass der Gutachter Dr. med. E. \_\_\_ den Bericht der F. \_\_\_klinik betreffend die biomechanische Untersuchung vom 20. Oktober 2017 (SA 214) bewusst nicht beigezogen habe. Diesbezüglich hielt Dr. med. E. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 7. Februar 2020 fest, da dieser Bericht zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits annähernd zwei Jahre alt gewesen sei und somit nicht der aktuell möglichen Kraftausübung entsprochen habe, seien die damals erzielten Ergebnisse nicht mit einbezogen worden. Zudem sei aus gutachterlicher Sicht festzustellen, dass die von einem Probanden ausgeübte Kraft willentlich beeinflusst werden könne und somit nicht als genügend objektiver Wert mit Beweiskraft betrachtet werden könne. Dieser gutachterlichen Sichtweise ist zwar entgegenzuhalten, dass grundsätzlich sämtliche medizinischen Berichte bei der Begutachtung mit einzubeziehen sind. Da der genannte Bericht aber faktisch für sich alleine wenig aussagekräftig ist und, wie aus dem Bericht der F. \_\_\_klinik vom 13. November 2017 (SA 61) ersichtlich, auch nicht zu weiterführenden Ergebnissen führte, vermag dessen Nichtberücksichtigung den Beweiswert des B. \_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern, zumal im Gutachten der Bericht der F. \_\_\_klinik vom 13. November 2017, in welchem die Ergebnisse der biomechanischen Untersuchung vom 20. Oktober 2017 in die Beurteilung mit einbezogen wurden, Eingang fand (s. S. 20 des B. \_\_\_-Gutachtens; SA 2013, S. 21). Des Weiteren macht die Beschwerdeführerin geltend, nicht nachvollziehbar sei auch die Behauptung, wonach der durch das MRT festgestellte petrochantäre Reizzustand bei der gutachterlichen Untersuchung angeblich nicht mehr vorhanden gewesen sein solle, während Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, in seinem Untersuch vom 20. Februar 2020 das Gegenteil festgestellt habe. Dieser Rüge ist entgegenzuhalten, dass alleine der Umstand unterschiedlicher Befunderhebungen grundsätzlich nicht gegen den Beweiswert eines Gutachtens spricht, zumal die betreffende gutachterliche Untersuchung bereits am 29. Mai 2019 stattfand. Zudem ist der Beschwerdeführerin zu widersprechen, wenn sie ausführt, Dr. med. E. \_\_\_ verfüge als Chirurg nicht über die notwendige orthopädische Ausbildung zur Beurteilung eines orthopädischen Sachverhalts. So ist dem Gutachten zu entnehmen, dass Dr. med. E. \_\_\_ über den Facharztstitel für orthopädische Chirurgie verfügt. Auch im Medizinalberuferegister ist der Gutachter mit dem Facharztstitel «Orthopädische

Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates» verzeichnet (vgl. [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)). Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin, wenn Dr. med. E.\_\_\_\_ festhalte, in neurologischer Hinsicht hätten sich keine Irritationen oder Ausfälle gezeigt, dann überschreite er damit sein angestammtes medizinisches Fachgebiet. Dem ist entgegenzuhalten, dass es durchaus nicht unüblich ist, dass auch orthopädische Gutachter einen rudimentären neurologischen Status erheben. Hier von einer Überschreitung des Fachgebiets zu sprechen ist nicht angebracht.

6.5 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass weder die Vorbringen der Beschwerdeführerin noch die entgegenstehenden Berichte der behandelnden Ärzte den Beweiswert des B.\_\_\_\_-Gutachtens zu schmälern vermögen. Es kann demnach auf das Gutachten abgestellt werden, womit gestützt darauf davon auszugehen ist, dass keine somatisch objektivierbaren Unfallfolgen mehr vorliegen. Abschliessend ist somit die adäquate Kausalität allfälliger psychischer und/oder organischer nicht hinreichend nachweisbarer Beschwerden zu prüfen.

7. Treten nach einem Unfall wie vorliegend psychische und/oder organische nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann ■ wie im vorliegenden Fall ■ weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen).

Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139). Bei schweren Unfällen wird die Adäquanz bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen.

Als leichte Unfälle sind der Rechtsprechung unter anderem folgende Fallbeispiele zu entnehmen: (Die fünf erstgenannten Beispiele stammen aus dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1.)

·Der Versicherte erlitt eine Rückenkontusion, als er von einem umfallenden Betonschalungselement im Rücken getroffen wurde

·Der Versicherte war bei seinen Betonfräsarbeiten von einem zirka 600 kg schweren Betonblock am rechten Oberarm getroffen worden, war aber gemäss seinen eigenen Angaben nach dem Unfall noch in der Lage, selber mit dem Auto von X nach Y zu fahren,

bevor er sich in ärztliche  
Behandlung begab.

·Beim Fussballtraining prallte ein Versicherter mit einem Gegenspieler zusammen, worauf er das Training abbrach.

·Der Versicherte wurde von einem umkippenden Gerüstelement am Kopf getroffen. Auch das hier zu beurteilende Ereignis ist mithin den leichten Unfällen zuzuordnen. Dies umso mehr, als der Versicherte danach in der Lage war, den mehrstündigen Rücktransport im Bus auf sich zu neh-

men und erst am nächsten Tag einen Arzt aufsuchte.

·Die Versicherte, welche von einer Person, die von einer anderen beim Turnen über die Schulter geworfen wurde, bekam mit den beschuhten Füßen einen Schlag von rechts an den Hals, Nacken und Kopf. Danach fiel sie zu Boden und erbrach.

·Der Unfall der Versicherten vom 24. Februar 2004 (Sturz beim Aussteigen aus dem Auto) ist auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]) als leicht zu bezeichnen (Urteil des Bundesgerichts

8C\_897/2009 vom 21. Januar 2010).

·Eine versicherte Person stolperte im Dunkeln auf einer Strasse, stürzte und schlug mit dem Gesicht sowie einem Knie auf dem Boden auf (Urteil des Bundesgerichts U 367/01 vom 21. März 2003 E. 4.2).

Angeichts der genannten Beispiele kann das Unfallereignis vom 25. Juni 2016 ■ die Beschwerdeführerin rutschte aus, schlug das Knie am Tisch an, fiel aber nicht zu Boden ■ nicht anders denn als leicht beurteilt werden. Insofern im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Neurochirurgie FMH, vom 29. April 2020 (SA 274) erstmals erwähnt wurde, es sei beim Sturz auch ein Aufprall im Gesässbereich erfolgt, kann darauf mit Verweis auf die Rechtsprechung zur Aussage der ersten Stunde nicht abgestellt werden (vgl. BGE 121 V 45 E. 2b S. 47; Urteile des Bundesgerichts 8C\_940/2015 vom 19. April 2016 E. 6.3, 8C\_762/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.3.2). Im Übrigen wäre auch dieser Unfallhergang als leicht zu qualifizieren. Demnach ist im vorliegenden Fall die adäquate Kausalität der nicht objektivierbaren bzw. psychischen Beschwerden ohne Weiteres zu verneinen, womit auch kein Raum für eine allfällige Rentenzusprache oder eine Integritätsentschädigung besteht.

8.

8.1 Zusammenfassend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 25. Juni 2016 ab dem 29. Mai 2019 verneinte. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

8.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdeführerin steht aber ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. e. I. 5 hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den

unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 24. Februar 2021 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'733.65 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenaufwands und der geltend gemachten Auslagen auf CHF 2'961.95 festzusetzen (14.33 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 170.80 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren und der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands von CHF 771.70 (Differenz zum vollen Honorar mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 230.00), wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

8.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_495/2021 vom 16. März 2022 bestätigt.

## **E. 25**

Juni 2016 beim Service in der Küche ausgerutscht und habe an der Tischkante das Knie angeschlagen. (SA [Akten der Swica] 1). Im Operationsbericht vom 4. August 2016 (SA 15) wurde in diesem Zusammenhang eine partielle proximale Hamstringsruptur Sitzbein links diagnostiziert. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere Unterlagen ein, veranlasste mehrere vertrauensärztliche Aktenbeurteilungen und beteiligte sich schliesslich mit Zusatzfragen an dem von der IV-Stelle Bern veranlassten bidisziplinären Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 23. September 2019 (SA 203; Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie). Im weiteren Verlauf holte die Beschwerdegegnerin beim B.\_\_\_\_ eine ergänzende Stellungnahme ein (SA 238). Gestützt darauf verneinte sie mit Verfügung vom 26. Februar 2020 (SA 251) betreffend das Ereignis vom 25. Juni 2016 den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Versicherungsleistungen ab dem 29. Mai 2019. Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 19. März 2020 Einsprache erheben (SA 256), worauf die Beschwerdegegnerin beim B.\_\_\_\_ eine weitere Stellungnahme einholte (SA 289).

Schliesslich wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache mit Entscheid vom 6. November 2020 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) ab. 2. Gegen diesen Entscheid lässt die Beschwerdeführerin am 26. November 2020 (A.S. 10 ff.) fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben und stellt folgende Rechtsbegehren:

1. Der Einsprache-Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 6. November 2020 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin gegenüber seien die Heilkosten- und Taggeldleistungen über den 29. Mai 2019, resp. 31. Oktober 2019 nicht einzustellen, sondern über diese Daten hinaus zukommen zu lassen.
3. Eventuell sei der Beschwerdeführerin eine angemessene Erwerbsunfähigkeitsrente nach UVG zuzusprechen.
4. Der Beschwerdeführerin sei eine angemessene Integritätsentschädigung zuzusprechen.
5. Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Verfahren die vollumfängliche unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren, und ihr sei der unterzeichnete Rechtsanwalt als ihr unentgeltlicher Rechtsvertreter beizugeben.
6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

3. Mit Beschwerdeantwort vom 28. Dezember 2020 (A.S. 35 ff.) beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

4. Mit Verfügung vom 5. Januar 2021 (A.S. 41) wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht) bewilligt und Rechtsanwalt Viktor Estermann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.
5. Mit Replik vom 22. Januar 2021 (A.S. 43 ff.) verweist die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf ihre bisherigen Ausführungen.
6. Mit Duplik vom 15. Februar 2021 (A.S. 56 ff.) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen.
7. Mit Eingabe vom 28. April 2021 (A.S. 66 f.) reicht die Beschwerdeführerin einen Konsultationsbericht sowie einen Überweisungsbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 11. März 2021 bzw. 19. April 2021 zu den Akten.
8. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. 2.1 Soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG).
- 2.2 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 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).
3. Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 263 und 282 E. 4a, 116 V 23 E. 3c S. 26 f. mit Hinweisen).
4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin könne der Auffassung der B.\_\_\_\_-Gutachter, wonach keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, nicht beigepflichtet werden. Diese stünden in diametralem Widerspruch zu den neurologischen Berichten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 29. April und 8. Juli 2020 sowie von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 4. April 2020. Gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_ qualifiziere sich die Beschwerdeführerin aus neurochirurgischer Sicht für eine stationäre rehabilitative Massnahme mit dem Ziel, den

Beckenbodenbereich zu lösen, die schmerzhaften Ansatzstellen der Hamstrings wie auch die schmerzhafte Narbe petrochantär zu verbessern, sei es durch Ultraschall, Stosswellentherapie, Beckenbodentraining, osteopathische Os coccygis Mobilisation etc. Er habe auch die Erhöhung der Lyrica-Einnahme empfohlen, als Ultima Ratio eine gezielte neuroforaminale Infiltration L5/S1 links bzw. jene über epidural L4/L5. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe die Unfallkausalität dieser Beschwerden klar bestätigt. Die neurochirurgischen Befunde stünden teilweise in deutlichem, gar diametralem Gegensatz zu den Befunden von Dr. med. E.\_\_\_\_ anlässlich des bidisziplinären Gutachtens 2019. Dabei falle auf, dass die Befundungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ eingehender und präziser vorgenommen worden seien als vom B.\_\_\_\_, somit im Gegensatz zum Gutachten 2019 aussagekräftig seien. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe auch ausdrücklich auf das MRT LWS vom 22. Februar 2019 Bezug genommen und habe dazu festgehalten, dass durch die leichtgradige recessale Stenose L4/5 linksseitig die Nervenwurzel L5 irritiert werden könne. Mit diesem Aspekt habe sich Dr. med. E.\_\_\_\_ in seiner chirurgischen Beurteilung mit keinem Wort auseinandergesetzt. Sodann könne eine orthopädische Begutachtung nicht durch einen Facharzt für Chirurgie vorgenommen werden oder umgekehrt. Für die Beurteilung der Beschwerden aus dem Fachbereich Orthopädie fehle es diesem an einem Facharztstitel für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Urteil Versicherungsgericht des Kantons Aargau, VBE.2018.471, vom 2. April 2019, E. 4.2). Gleiches habe zu gelten, wenn neurochirurgische Fragestellungen – wie hier – von einem orthopädischen Chirurgen beurteilt werden wollten. Dr. med. E.\_\_\_\_ sei hierfür fachlich nicht kompetent. Wenn er festhalte, in neurologischer Hinsicht hätten sich keine Irritationen oder Ausfälle gezeigt, dann überschreite er damit sein angestammtes medizinisches Fachgebiet. An der fehlenden Beweiseignung des Gutachtens 2019 ändere auch die Stellungnahme vom 24. Juni 2020 nichts. Fakt sei, dass die Gutachter 2019 die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung vom 27. Mai 2019 gesehen und untersucht hätten. Die Ausführungen im Bericht vom 24. Juni 2020 beruhten deshalb nicht auf aktuellen und eigenen Wahrnehmungen der Gutachter 2019, sondern einzig auf einer reinen – aber unzulässigen und nicht beweistauglichen – Aktenbeurteilung. Damit erfüllten die Stellungnahmen vom 7. Februar und 24. Juni 2020 die bundesgerichtlich geforderten Beweiskriterien gemäss BGE 125 V 352 nicht, sodass darauf zur Entscheidungsfindung nicht abgestützt werden könne. Zudem stehe fest, dass die Stellungnahme vom 7. Februar 2020 einzig von einem der beteiligten Gutachter unterschrieben worden sei. Da das Gutachten vom 23. September 2019 von beiden Gutachtern vorgenommen worden sei, sei es zurecht auch von beiden Fachärzten unterzeichnet worden. Was für das Gutachten gegolten habe, habe auch für die Stellungnahme vom 7. Februar 2020 zu gelten. Diese sei aber vom zweiten Gutachter nicht mitunterzeichnet worden, so dass davon auszugehen sei, dass diese Stellungnahme nicht vom Konsens beider Fachärzte getragen werde, sondern einzig die Meinung von Dr. E.\_\_\_\_ vertrete. Gemäss Art. 44 ATSG seien aber nicht nur die eigentlichen Gutachten von sämtlichen beteiligten Gutachtern zu unterzeichnen, sondern auch spätere erläuternde oder zusätzliche Stellungnahmen der Gutachter. Nachdem nur einer der begutachtenden Ärzte die Stellungnahmen unterschrieben habe, sei somit die geltende Formvorschrift gemäss Art. 44 ATSG nicht eingehalten. Auf die Stellungnahme vom 7. Februar 2020 sei von vornherein nicht einzutreten. Die Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2020 überzeuge auch in inhaltlicher Hinsicht nicht. Wenn er unter Ziffer 1 behaupte, dass keine Anfertigung von aktuellen bildgebenden Befunden gefordert werden könne, da eine Indikation hierfür nicht gegeben sei, sei diese Auffassung falsch, weil die

bundesgerichtliche Rechtsprechung gemäss BGE 125 V 352 ff. zwingend verlange, dass ein Gutachten auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruhe. Da sich insbesondere die Diagnosen nicht bloss aufgrund von klinischen Untersuchungen feststellen und beurteilen liessen, wäre somit eine aktuelle bildgebende Befundung umso notwendiger gewesen. Der Gutachter habe sodann selbst zugegeben, dass er die eigentlichen bildgebenden Befunde nicht beigezogen habe, sondern bloss schriftliche Befundberichte. Da aber im UV-Verfahren zwingend auch die Kausalität der Beschwerden zu beurteilen gewesen sei, habe es nicht genügen können, einzig bloss Befundberichte beizuziehen, ohne die eigentlichen Bilder einzusehen und neu zu beurteilen. Weiter habe Dr. med. E. \_\_\_ zugegeben, dass er den Bericht der F. \_\_\_klinik vom 20. Oktober 2017 nicht in die Begutachtung mit einbezogen habe. Dies nach seiner Darstellung aber offenbar nicht aus Versehen, sondern ganz bewusst. Es liege nicht an den Gutachtern, bestimmen zu wollen, welche medizinischen Vorakten in die Beurteilung miteinbezogen werden sollten oder nicht. Gemäss BGE 125 V 352 ff. sei darauf zu achten, dass sämtliche bestehenden medizinischen Berichte gesichtet und in die abschliessende Beurteilung miteinbezogen würden. Die Auffassung von Dr. med. E. \_\_\_, wonach Kraftübungen von einer Probandin willentlich beeinflusst werden könnten, was somit nicht als genügend objektiver Wert mit Beweiskraft betrachtet werden könne, sei ohne jegliche Relevanz. Es lägen keinerlei Einschätzungen oder auch nur Hinweise seitens der F. \_\_\_klinik in ihrem Bericht vom 25. Oktober 2017 vor, wonach der Beschwerdeführerin auch nur ansatzweise simulierendes oder aggravatorisches Verhalten vorgeworfen werden könnte. Nicht nachvollziehbar sei auch die Behauptung, wonach der durch MRT festgestellte pertrochantäre Reizzustand bei der gutachterlichen Untersuchung angeblich nicht mehr vorhanden gewesen sein solle. Das Gegenteil sei der Fall: Wie Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, in seinem Untersuch vom 20. Februar 2020 festgestellt habe, bestünden bei der Beschwerdeführerin ein Status nach posttraumatischer Vernarbung des N. Ischias ohne Piriformissyndrom sowie eine Schwächung der Glutealmuskulatur durch Riss der Sehne des M. Gluteus medius und ein Impingement der linken Hüfte mit Labrumruptur. Aktuell habe Dr. med. C. \_\_\_ anhaltende Schmerzen des M. Ischias und Schwäche der Abduktion bestätigen können. Anders als die Gutachter des B. \_\_\_ behauptet hätten, bestünden aufgrund der vorgenommenen bildgebenden Abklärungen (was die Gutachter des B. \_\_\_ selbst verpasst hätten) ein somatisches Substrat und posttraumatische Veränderungen. Damit sei offensichtlich, dass die Feststellungen des B. \_\_\_ in ihrem Gutachten, resp. in der Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_ vom 7. Februar 2020 der tatsächlichen medizinischen Sachlage nicht entsprechen. Der Einwand von Dr. med. E. \_\_\_ zum Bericht der G. \_\_\_-Klinik vom 23. August 2019 sei unbehelflich. Nachdem es das B. \_\_\_ offensichtlich verpasst habe, für eine adäquate bildgebende Abklärung und vor allem aktuelle Bildgebung zu sorgen, erweise sich die Auffassung von Dr. med. E. \_\_\_, wonach sich angeblich keinerlei Hinweis auf eine Gluteus Medius Ruptur feststellen lasse, als blosser Spekulation, aber als offensichtlich unhaltbar und in Widerspruch zu den Feststellungen von Dr. med. C. \_\_\_ vom 12. März 2020 stehend. Das MRI vom 28. Februar 2020 habe gezeigt, dass deutliche Folgen der Neurolyse des N. Ischias und eine Atrophie des Gluteus Maximus vorlägen. Das MRI der Hüfte links vom 11. März 2020 habe eine stationäre hyperintense Signalstörung im Musculus Gluteus Maximus linksseitig im kaudalen Anteil aufgezeigt. Nach Kontrastmittelabgabe aber habe weder der Nervus Ischiadicus links noch der Musculus Gluteus maximus links vermehrt Kontrastmittel aufgenommen. Mit diesen neuen Befunden und der Beurteilung von Dr. med. C. \_\_\_ vom 5. März 2020, resp. 12. März 2020

sei der anderslautenden Behauptung der Gutachter des B.\_\_\_\_, wonach keine bildgebenden morphologischen Veränderungen in dieser Region hätten festgestellt werden können, offensichtlich der Boden entzogen. Dr. med. E.\_\_\_\_ halte auf Seite 6 seiner Stellungnahme weiter fest, dass am 27. Mai 2019 nicht beurteilt werden können, inwieweit am 23. August 2019 ein Verdacht auf eine frische Ruptur der Gluteus medius-Sehne vorgelegen habe. Diese Beschwerden hätten jedoch bereits anlässlich der Begutachtung 2019 bestanden und seien entsprechend auch geäußert worden. Hätten die Gutachter den medizinischen Sachverhalt bildgebend aktuell und tatsächlich fachgerecht abgeklärt, hätte diese Diagnose bereits anlässlich der Begutachtung 2019 gestellt und entsprechend beurteilt werden müssen. Auch erscheine wenig vertrauenserweckend, dass Dr. med. E.\_\_\_\_ offenbar – wie Dr. D.\_\_\_\_ kritisch anmerke – die Unterschiede in den Befunden eines MRT und fMRT nicht geläufig zu sein schienen, was ebenfalls erhebliche Zweifel an der Richtigkeit seiner Behauptungen aufzeige. Als Fazit bleibe, dass der medizinische Sachverhalt gemäss Art. 43 ATSG nach wie vor unvollständig und fachlich nicht korrekt abgeklärt worden sei, weshalb zwingend eine neue polydisziplinäre Begutachtung mit der Beschwerdeführerin durchzuführen sein werde, welche auch das Fachgebiet der Neurochirurgie zwingend zu umschliessen haben werde. Wie zudem dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2021 zu entnehmen sei, bestehe bei der Beschwerdeführerin nach wie vor eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich im Umfang von mindestens 55 %. Auch unter diesem Aspekt überzeugten die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in keiner Weise. Schliesslich liess die Beschwerdeführerin mit ergänzender Eingabe vom 28. April 2021 ausführen, Dr. med. C.\_\_\_\_ führe in seinen Berichten vom 11. März 2021 und 19. April 2021 aus, dass eine aktuelle MRT-Befundung des linken Hüftgelenks vom 24. März 2021 eine Pincer-Impingementsituation bei Protrusio acetabuli mit klaffendem Labrumriss antero-superior von 1:30 bis 2:30 Uhr gezeigt habe. Er halte fest, dass diese Befunde den klinischen Verdacht und die Beschwerden der Beschwerdeführerin am linken Hüftgelenk bestätigten. Im MRI des linken Kniegelenks vom 23. März 2021 zeige sich zudem eine meniskokapsuläre Separation des Innenmeniskus, kleiner Baker-Zyste. Die Ablösung des Innenmeniskus von der Kniegelenkskapsel erkläre die medialen Kniebeschwerden. Er habe aufgrund dieser unfallbedingten Beschwerden eine weitere Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestätigt. Bezüglich der Beschwerden des linken Hüftgelenks stelle sich die Frage nach einer Hüftarthroskopie links mit Versorgung der Labrumruptur. Diese Befunde (insbesondere die MRT-Befundungen vom 23. März 2021) seien aktuell und neu. Sie zeigten auf, dass die unfallbedingten Beschwerden der Beschwerdeführerin sich erheblich einschränkender auswirkten, als von der Beschwerdegegnerin und den Gutachtern angenommen worden sei. Zudem hätten die Gutachter die nun vorliegenden MRT-Befunde selber gar nie erhoben resp. hätten eine den Beweisanforderungen des Bundesgerichts genügende Beurteilung nicht durchführen können, da diese – rechtsfehlerhaft – auf entsprechende Befundungen trotz vorhandenen Beschwerden verzichtet hätten. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 23. September 2019 und dessen Stellungnahmen vom 7. Februar 2020 und 24. Juni 2020, welche den Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines Gutachtens vollumfänglich entsprächen, bestünden keine organisch objektiv ausgewiesenen Folgen des Unfalls vom 25. Juni 2016. Selbst wenn die natürliche Kausalität bejaht würde, sei die Adäquanz der nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen (Urteil 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009). Beim vorliegenden Unfall vom 25. Juni 2016 handle es sich angesichts

der beschriebenen Umstände höchstens um einen mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen. Zur Bejahung der Adäquanz müssten deshalb mindestens vier der Kriterien oder ein Kriterium in ausgeprägter Weise erfüllt sein. Es sei jedoch keines der von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aufgestellten Kriterien erfüllt und auch keines in ausgeprägter Weise, weshalb die Adäquanz per 29. Mai 2019 nicht mehr gegeben sei. In den Stellungnahmen vom 7. Februar 2020 und 24. Juni 2020 habe das B.\_\_\_\_ ausführlich begründet Stellung zu den Einwänden der Beschwerdeführerin betreffend Gutachten und Objektivierbarkeit der Beschwerden genommen. Insbesondere sei unter Berücksichtigung der Einsprache sowie sämtlicher medizinischer Akten, insbesondere der bildgebenden Befunde, der Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. C.\_\_\_\_ und des neurochirurgischen Berichts von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 29. April 2020 nachvollziehbar begründet dargelegt worden, dass übereinstimmend mit dem behandelnden Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_ und dem Neurochirurgen Dr. med. D.\_\_\_\_ angesichts der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren keine objektivierbaren Beschwerden vorlägen. Weiter festzuhalten sei, dass gemäss Rechtsprechung reinen Aktengutachten auch voller Beweiswert zukomme, sofern ein lückenloser Befund vorliege und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts gehe (Urteil 8C\_322/2020 vom 9. Juli 2020 E. 3), was bei gutachterlichen Stellungnahmen zu anderen medizinischen Beurteilungen wie vorliegend regelmässig der Fall sei. 5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Ereignisses vom 25. Juni 2016 mit Einspracheentscheid vom 6. November 2020 (A.S. 1 ff.) zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang: 5.1 Im Operationsbericht vom 4. August 2016 (SA 15) wurde festgehalten, es bestehe eine partielle proximale Hamstringsruptur Sitzbein links. Im MRI sei eine partielle Avulsion der proximalen Hamstringssehne gesehen worden, was die ausstrahlenden Schmerzen nach distal erklären könne. Die Indikation zur operativen Versorgung sei gegeben. 5.2 Im Bericht der Orthopädischen Klinik [...], I.\_\_\_\_-Spital, vom 15. Dezember 2016 (SA 31) stellte Dr. med. J.\_\_\_\_ folgende Diagnosen: St. n. proximaler Hamstringsrevision sowie Refixation linksseitig vom 4. August 2016 - Aktuell: postero-medial sowie postero-laterale Knieschmerzen sowie Hämatom subcutan Knie links Am 12. Dezember 2016 sei ein MRI am Knie links durchgeführt worden. Die Beschwerden seien im Rahmen einer Tendovaginitis und Überlastung des Pes anserinus sowie der Hamstrings postero-medial zu erklären, ebenso bestehe eine Reizung im proximalen Hamstringgebiet. 5.3 Im Bericht der F.\_\_\_\_klinik vom 13. November 2017 (SA 61, S. 7) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Bandscheibenläsion L4/5 mit Wurzelreizung L5 links - Facettengelenksarthrose L4/5 bilateral mit Spinalkanalstenose - Chronischer, persistierender dorsalseitiger Hüft- und Beckenschmerz linksseitig bei - St.n. proximaler Hamstringrevision am 4. August 2016 - Insuffizienz der Hüftstabilisatoren, links > rechts - Tractussyndrom links Bei der biomechanischen Abklärung (vgl. SA 214) finde sich in der Abduktion ein Defizit von -26 % links, -76 % links in der Adduktion. In der Extension -52 % links, Flexion -53 % links. Deutliche Adductorenschwäche links zu rechts. Quotient Rumpf / Adductoren links 0.7, rechts 0.16. In der Zusammenfassung betrachtet ergebe sich kein zwingender lumbogener Verdacht auf eine Pathologie in diesem Bereich, der die Schmerzsymptomatik auslöse. Auch von der Schmerzbeschreibung her sei sicherlich bei der positiven Piriformistestung ein hochgradiger Verdacht auf ein Piriformissyndrom/Narbenstrangbildung im Bereich des Revisionsbereiches der Hamstrings mit Tangierung des Ischiadicus nicht auszuschliessen. 5.4 Mit

Aktenbeurteilung vom 1. Dezember 2017 (SA 58) hielt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Vertrauensarzt, fest, die Versicherte sei am 25. Juni 2016 gestürzt und habe sich dabei einen Teilabriss der Hamstring-Muskulatur am linken Sitzbein und eine Prellung des linken Kniegelenks zugezogen. Am 4. August 2016 sei die Refixation der Hamstrings erfolgt. Ausserdem bestünden bei der Beschwerdeführerin degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Es bestünden weiterhin Beschwerden im Bereich des Gesässes sowie unklar am linken Kniegelenk. Die Beschwerden seien wandernd, ab und zu sei das Becken und auch das ganze Bein betroffen. Die subjektiv beklagten Beschwerden seien hinreichend durch die Untersuchungsbefunde und das MRI objektiviert. Der Behandlungsverlauf sei durch die degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und der nicht nachvollziehbaren Kniegelenksbeschwerden links prolongiert. Unfallbedingt könne nicht mehr mit einer namhaften Besserung der Gesundheitsschädigung gerechnet werden. Die jetzt noch vorhandenen Beschwerden seien längst nicht mehr unfallbedingt. Mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit seien sie Folge der degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule. Der Unfall vom 25. Juni 2016 sei für ein halbes Jahr nach Refixation der Hamstring-Muskulatur die wesentliche Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störung gewesen. Die Hamstring-Verletzung könne dann als abgeheilt angesehen werden. Ein Status quo sine sei ebenfalls ein halbes Jahr nach der Refixation der Hamstring-Muskulatur wieder erreicht gewesen, da mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die jetzt noch bestehenden Beschwerden früher oder später auch ohne die Hamstring-Verletzung aufgetreten wären. Unfallbedingt habe ein halbes Jahr nach der Refixation keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Serviceangestellte mehr bestanden. Bis zu drei Monaten nach der Refixation habe keine Arbeitsfähigkeit und danach eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für ein weiteres Vierteljahr bestanden. 5.5 Im Operationsbericht vom 1. Oktober 2018 (SA 82) wurden folgende Diagnosen gestellt: · unklarer tief glutealer Schmerz linksseitig m/b - St.n. Revision der proximalen Partialruptur der Hamstrings linksseitig vom 4. August 2016 (keine Verbesserung der posttraumatischen Schmerzen nach der Operation) - St. n. Unfall in der Küche vom 25. Juni 2016 - Neurologisch Verdacht auf Piriformissyndrom linksseitig bei Piriformisverdickung - Verdacht auf radikuläres Reizsyndrom L5 bei degenerativen Veränderungen - negatives Ansprechen auf Infiltrationstherapie im ISG sowie periradikulär L5/S1 links Operativ seien eine Ischiadicus Neurolyse sowie Nervenverlagerung des Ischiadicus mit Revision der Narbenplatte der proximalen Hamstrings linksseitig vorgenommen worden. 5.6 Mit Aktenbeurteilung vom 3. November 2018 (SA 85) hielt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Vertrauensarzt, fest, in seiner letzten Beurteilung sei er davon ausgegangen, dass die Beschwerden nach der Hamstring-Refixation überwiegend von den degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule ausgingen. Die anamnestischen Daten hätten auch dafür gesprochen. Jetzt zeige sich jedoch bei der operativen Revision eine deutliche Narbenplatte und diese müsse zumindest als teilursächlich angesehen werden. Ob sich durch diesen Eingriff die Beschwerden besserten und im günstigsten Fall zum Verschwinden gebracht werden könnten, werde die Zeit zeigen. Dies habe dann letztendlich auch Einfluss auf die Beurteilung der Kausalität. 5.7 Im Bericht der Orthopädischen Klinik [...], I.\_\_\_\_-Spital, vom 17. Januar 2019 (SA 117) führte Dr. med. J.\_\_\_\_ aus, er habe bei der Beschwerdeführerin eine Revision des Ischiadicus sowie der Narbenplatte durchgeführt. Intraoperativ hätten keine Abnormalitäten der Sehnenansätze sowie des Ischiadicus Nerves gesehen werden können. Sämtliche Vernarbungen seien gelöst und der Nerv etwas verlagert

worden, so dass keine Benachbarung stattfindet. Von der Operation habe sich die Beschwerdeführerin eigentlich gut erholt, Schmerzen würden im Zugangsbereich noch angegeben, jedoch seien die Schmerzen nach wie vor stichartig mit Ausstrahlung nach unten vorhanden. Er, Dr. med. J. \_\_\_\_, sehe deswegen lokal keine Ursache der Beschwerden und habe weiterhin den Verdacht auf ein Reizsyndrom L5/S1. 5.8 Im Bericht betreffend das Arthro-MRI der Hüfte links vom 4. April 2019 (SA 133) wurde zur Beurteilung festgehalten: «In Zusammenschau mit der konventionellen Voraufnahme vom 22. März 2019 femoroacetabuläre Impingement-Konfiguration vom gemischten Typ. Labrumdegeneration mit ausgedehntem anterosuperiorem Labrumriss. Leichter peritrochanterer Reizzustand. Keine Bursitis trochanterica. Keine Ruptur der Hamstrings-Sehnen. 5.9 Im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. September 2019 (SA 203; Fachrichtungen: Orthopädie, Psychiatrie) wurden folgende Diagnosen gestellt: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Aus somatischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Remittierte depressive Episode (ICD-10 F32.4) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - St. n. Ruptur der ischiocruralen Muskulatur links am 4. August 2016 mit persistierenden Insertionstendinosen am Os ischii und Trochanter major links, keine Hinweise auf Schädigungen des N. ischiadicus, vertebrale oder coxogene Faktoren, keine Hinweise auf muskuläre Insuffizienzen. - St. n. Refixation der Hamstrings proximal am 4. August 2016 - St.n. Ischiadicus-Neurolyse sowie Nervenverlagerung am 1. Oktober 2018 - MRI LWS/ISG Sakrum vom 20. Februar 2019: Leichtgradige Bandscheibendegeneration und dorsale Vorwölbung der Bandscheiben L3 bis S1, leichte bis mässiggradige Spondylarthrosen im unteren LWS-Bereich. Kein Nachweis einer Neurokompression - Arthro-MRI Hüfte vom 4. April 2019: Femoroacetabuläre Impingementkonfiguration vom gemischten Typ. Keine Re-Ruptur der Hamstring-Sehnen - Fussinsuffizienz mit submalleolärem Impingement links Die Funktionsstörungen auf dem orthopädischen Fachgebiet seien nach objektiven Kriterien gering. Sie bestünden in einer prinzipiell nachvollziehbaren persistierenden Schmerzhaftigkeit der Sehnenansätze am Tuber ischii und am Trochanter links. Es seien jedoch keine objektivierbaren Folgen im Sinne einer muskulären Schwäche, einer reflektorischen muskulären Hemmung oder einer Umfangsdifferenz der Muskulatur der unteren Extremitäten erkennbar. Psychiatrischerseits bestünden zwar Einschränkungen des subjektiven Wohlbefindens, jedoch keine Funktionsbeeinträchtigungen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den beobachtbaren objektivierbaren Befunden. Die seitengleiche Muskelausprägung und der zu erhebende Muskelstatus bezüglich der Kraftausübung im Becken- / Beinbereich ergäben keine Hinweise auf eine schmerzbedingte Störung der Funktion des linken Beines. Die Schmerzintensität könne somit nach objektiven Kriterien in der genannten Weise nicht nachvollzogen werden. Die bisherige Tätigkeit als Wirtin in einem Restaurant könne entsprechend der objektivierbaren Befunde geleistet werden. Bezüglich der unfallversicherungsrechtlichen Fragen der Beschwerdegegnerin hielten die Gutachter im Wesentlichen fest, das Unfallereignis vom 25. Juni 2016 sei als auslösender Faktor für die angegebene Schmerzhaftigkeit zu betrachten. Die psychiatrischen Störungen seien teilweise auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die abgelaufene, inzwischen remittierte depressive Symptomatik sei auf den Unfall als mögliche Ursache zurückzuführen. Die chronische

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Die chronische Schmerzstörung sei nicht ausgeheilt. Es liege in der Natur dieser «chronischen» Störung, dass eine vollständige Remission unwahrscheinlich sei. Es bestehe psychiatrisch ein leichter Integritätsschaden gemäss Suva-Tabelle als Korrelat einer leichten psychischen Störung (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren). Dieser Schaden entspreche 20 % gemäss Suva-Tabelle 19. 5.10 Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine und Innere Medizin FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 17. Oktober 2019 (SA 214, S. 18) fest, die zuvor aktive Beschwerdeführerin sei seit dem Unfall am 25. Juni 2016 in vielerlei Hinsicht deutlich beeinträchtigt. Normale Bewegungsabläufe seien nicht möglich – schon das normale Gehen bereite ihr grosse Schmerzen, geschweige denn andere belastende Tätigkeiten wie z.B. die Arbeit im Haushalt. Diese könne sie nur etappenweise verrichten und sie sei auf Hilfe vom Ehemann angewiesen. Positionswechsel von Sitzen zum Stehen und längeres Gehen ab 600 m insbesondere Bergauflaufen, lösten einen starken stechenden Schmerz im linken Bein aus. Das Bein fühle sich kraftlos an. Häufig nehme sie ziehende Schmerzen im Bein wahr. In der Hocke spüre sie deutlichen Druck und beim Aufstehen eher krampfartige Schmerzen. Nach Hausarbeiten wie z.B. Staubsaugen komme es anschliessend zur Aggravierung von Schmerz und Schwellung um die Narbe im Bereich des linken Trochanter major. Schweres Heben oder Schuhe binden seien schmerzbedingt kaum möglich. Autofahren sei maximal 30 Minuten möglich, dann müsse sie eine Pause machen. Das Liegen auf der linken Seite sei ebenfalls schmerzhaft, so dass sie regelmässig Brufen und Novalgin einnehmen müsse, um schlafen zu können. Der Beschwerdeführerin sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Wirtin und Service-Angestellte sowie in einer angepassten Tätigkeit durch das Gutachten des B.\_\_\_\_ bescheinigt worden. Aus hausärztlicher Sicht sei dies bei solch einer schmerzgeplagten Patientin nicht nachzuvollziehen. Alle bisherigen fachärztlichen Abklärungen wiesen auf ein Problem im Zusammenhang mit dem Unfall hin – insbesondere sei die Wirbelsäule als Genese der Schmerzen ausgeschlossen worden. 5.11 Mit Schreiben vom 7. Februar 2020 nahm der B.\_\_\_\_-Gutachter, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, im Auftrag der Beschwerdegegnerin zum Schreiben des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 23. Oktober 2019 Stellung (SA 238) und führte aus, wie aus der Diagnoseliste Seite 5 des Gutachtens zu entnehmen sei, dominierten bei der Versicherten Diagnosen, welche sich radiologisch nicht verifizieren liessen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stünden die Folgen der Verletzung der ischiocruralen Muskulatur links im Vordergrund, welche sich radiologisch nicht darstellen liessen. Die Befunde an der LWS/am Sakrum vom 20. Februar 2019 und das MRI der Hüfte vom 4. April 2019 stellten lediglich leichtgradige Befunde dar. Die Entscheidung zur Neuanfertigung von Röntgenaufnahmen basiere jeweils auf dem klinischen Befund. Bei fehlender Indikation könne keinerlei Neuanfertigung von Röntgenaufnahmen gefordert werden, sie sei sogar als unangebracht und unethisch zu bezeichnen. Auch die Heranziehung vorangehender Bildgebungen sei nicht immer vollumfänglich erforderlich, sondern nur soweit es für die Entscheidungsfindung von zielführendem Interesse sei. Bei der gutachterlichen Untersuchung seien die zweckdienlichen Bildgebungen herangezogen worden. Weiter führte der Gutachter zum Vorhalt des Vertreters der Beschwerdeführerin, wonach die Gutachter verschiedene Berichte nicht eingeholt und nicht in die Beurteilung miteinbezogen hätten, aus, der Bericht der F.\_\_\_\_klinik betreffend die biomechanische Untersuchung vom

25. Oktober 2017 habe bei der Begutachtung vorgelegen. Da dieser Bericht zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits annähernd zwei Jahre alt gewesen sei und somit nicht der aktuell möglichen Krafterleistung entsprochen habe, seien die damals erzielten Ergebnisse nicht mit einbezogen worden. Zudem sei aus gutachterlicher Sicht festzustellen, dass die von einem Probanden ausgeübte Kraft willentlich beeinflusst werden könne und somit nicht als genügend objektiver Wert mit Beweiskraft betrachtet werden könne. Sodann werde im Bericht der G. \_\_\_-Klinik vom 16. April 2019 eine Misch-Impingementsituation an der linken Hüfte bei antero-superiorer langstreckiger Labrumläsion festgestellt. Die Hamstring-Sehnen erschienen nach Refixation weiterhin intakt. Als schmerzproduzierend werde ein im MRI tomographisch festgestellter peritrochanterer Reizzustand festgestellt. Hierbei handle es sich um eine unspezifische Reizung am Sehnenansatz der Hüfte lateral, welcher als transient betrachtet werden könne und auch im Kontext der offensichtlich wechselnden Muskelirritation zu sehen sei (zum Beispiel Piriformis-Syndrom). Dieser Reizzustand sei bei der gutachterlichen Untersuchung nicht mehr vorhanden und als «ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» zu betrachten. Diese Diagnose stelle sich wiederum als Ausdruck der wechselnden Symptomatik dar. Bemerkenswert sei, dass in diesem MR-Tomogramm vom 4. April 2019 keine Symptomatik seitens der Hamstring-Sehnen festgestellt worden sei. Zum Sprechstundenbericht der G. \_\_\_-Klinik vom 23. August 2019 sei schliesslich Folgendes festzuhalten: In diesem Bericht werde der Verdacht auf eine frischere Totalruptur der Gluteus medius-Sehne sowie etwas Flüssigkeit im Läsionsareal benannt. Hierzu sei festzustellen, dass die gutachterlichen Untersuchungen im B. \_\_\_ in der Woche vom 27. Mai 2019 stattgefunden hätten. Der Sonographie-Bericht stamme vom 5. Juli 2019, sei insofern zwei Monate nach der gutachterlichen Untersuchung erhoben worden. Insofern habe dieser Befund der G. \_\_\_-Klinik naturgemäss nicht berücksichtigt werden können. Kritisch zu ergänzen sei, dass es sich hierbei um einen anhand einer Sonographie geäusserten Verdacht einer frischeren (also wohl nach der Begutachtung erfolgten) Ruptur handle. Dieser müsste mittels eines MRI bestätigt werden. Eine Totalruptur der Gluteus medius-Sehne sei sehr ungewöhnlich. Sie setze eine zwischenzeitliche erhebliche Verletzung voraus. Im zitierten MR-Befund lasse sich lediglich ein peritrochantärer Reizzustand, jedoch keinerlei Hinweis auf eine Gluteus medius Ruptur feststellen. Sicherlich habe bei der gutachterlichen Untersuchung kein Hinweis auf eine Gluteus medius Ruptur bestanden, welche sich klinisch eindeutig durch eine entsprechende Glutealinsuffizienz mit Trendelenburg'schem und Duchenne Zeichen erkennen liesse. Des Weiteren äusserte sich der Gutachter zu den Vorhalten des Rechtsvertreters, wonach er als orthopädischer Chirurg nicht befähigt sei, neurologische Sachverhalte und LWS-Beschwerden zu beurteilen: Bei all diesen vielfachen Untersuchungen und Diagnosen ergäben sich keine Hinweise auf neurologische Irritationen oder Ausfälle. Dies treffe auch für die aktuelle gutachterliche Untersuchung zu. Es seien weder radikuläre Irritationen noch radikuläre Defizite zu erkennen gewesen. Nach jahrzehntlanger Erfahrung in operativer und konservativer Wirbelsäulenbehandlung in leitender Position fühle sich der orthopädische Gutachter durchaus qualifiziert, radikuläre Komponenten zu erkennen. Wie im B. \_\_\_ üblich, würden bei geringsten Anzeichen auf eine neurologische Problematik auch neurologische Gutachter hinzugezogen. Es habe jedoch im konkreten Fall nicht der geringste Anhalt für ein Symptom auf neurologischem Fachgebiet bestanden. 5.12 Im Bericht von Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 20. Februar 2020 (SA 256, S. 12) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Status nach posttraumatischen Vernarbungen des N. Ischias ohne

Piriformis Syndrom - Schwäche der Glutealmuskulatur durch Riss der Sehne des M. gluteus medius - Impingement linke Hüfte mit Labrumruptur Vor dem Unfall sei die Beschwerdeführerin vollkommen gesund und ohne Beeinträchtigungen in ihrem alltäglichen Leben gewesen. Die Verletzungen der Hamstrings mit anschließender Operation hätten durch Einblutungen zu Vernarbungen des N. ischias geführt, welche operativ hätten beseitigt werden sollen. Diese Operation sei ohne Erfolg gewesen und habe zur Verschlimmerung der Gesamtsituation geführt. Aktuell bestünden anhaltende Schmerzen des N. ischias und eine Schwäche der Abduktion. Ausserdem ein schmerzhaftes Impingement der linken Hüfte. Als Unfallfolgen bestünden Schmerzen des Ischias und an der Reinsertionsstelle der Hamstrings. Die Labrumruptur könnte auch eine Unfallfolge darstellen. Hierzu müssten die ersten MRI's eingesehen werden. Gleiches gelte für den möglichen Riss der Sehne des Gluteus medius. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

5.13 Mit Bericht vom 5. März 2020 (SA 256, S. 14) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, im MRI vom 28. Februar 2010 (recte: 2020) seien folgende Befunde erhoben worden: «Status nach posttraumatischen Vernarbungen des N. ischias ohne Piriformis Syndrom; Atrophie maximus. Metallartefakte bei Refixation der Hamstring-Muskulatur. Signalstörung auf Höhe des Musculus piriformis. Keine vermehrte Flüssigkeit entlang des Trochanter major. Unauffällige Glutealsehnen.» Diese Befunde schlossen einen Abriss der Sehne des M. gluteus medius aus, zeigten aber deutliche Folgen der Neurolyse des N. ischias und eine Atrophie des Gluteus maximus. Dies erkläre die Schwäche der Abduktion und die dorsalen Beschwerden.

5.14 Mit Bericht vom 12. März 2020 (SA 256, S. 17) führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, das MRI der linken Hüfte vom 11. März 2020 ergebe folgende Befunde: «Zum Vergleich die Voruntersuchung vom 28. Februar 2020. Vergleichend hierzu stationäre hyperintense Signalstörung im Musculus gluteus maximus linksseitig im kaudalen Anteil. Nach Kontrastmittelgabe nimmt weder der Nervus ischiadicus links, noch der Musculus gluteus maximus links vermehrt Kontrastmittel auf. Keine fassbare Kompression des Nervus ischiadicus nach anamnestisch Verlagerung desselben. Beginnende fettige Atrophie (Grad I) des Gluteus maximus.»

5.15 Im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Neurochirurgie FMH, vom 29. April 2020 (SA 274) wurden folgende Diagnosen gestellt: Posttraumatisch stärkste Schmerzen im Beckenbodenbereich, Os coccygis, Tuber ischiadicum sowie petrochantär links mit/bei: • Refixation der proximalen Hamstrings (4. August 2016) • Operativer Intervention mit Ischiadicus Neurolyse sowie Nervenverlagerung des Ischiadicus mit Revision der Narbenplatte der proximalen Hamstrings links (1. Oktober 2018) • St. n. ISG-Infiltration und periradikulärer Infiltration L5/S1 links • St. n. Unfall in der Küche (25. Juni 2016) Die Beschwerdeführerin berichte über einen Sturz in der Küche im Jahre 2016, wobei das linke Bein nach vorne gestreckt gewesen sei, anschliessend das Knie angeschlagen worden und ein Aufprall im Gesässbereich erfolgt sei. Die Beschwerdeführerin sei seit dem Trauma im Jahr 2016 deutlich eingeschränkt und schmerzgeplagt. Sodann erhob Dr. med. D.\_\_\_\_ folgende Befunde: Deutlich schmerzgeplagte Patientin mit Schonhinken im linken Beinbereich. Beim Sitzen Entlastung des linken glutealen Bereiches. In der klinischen Untersuchung deutliche Schmerzen petrochantär mit Zunahme bei Hüftausserrotation und bei Hüftflexion. Über dem Tuber ischiadicum stärkste Schmerzen, leichtgradige Hypästhesie Dermatome C2 und C3 links. Massive Os coccygis Schmerzen bei der rektalen Untersuchung. Lasegue pseudopositiv linksseitig. Deutliche Narbenplatte über dem Zugangsbereich gluteal und petrochantär. Atrophie Quadrizepsbereich und M. tibialis anterior links. Hüftabduktionsschwäche links. Mögliche Atrophie des M. gluteus medius

oder inferior.» Weiter führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, die ausgeprägte Schmerzsymptomatik sei seines Erachtens sowohl auf die ausgeprägte Os coccygis Schmerzsymptomatik, eine Tuber ischiadicum Schmerzsymptomatik links, wie auch die pertrochantäre Schmerzsymptomatik zurückzuführen. Seines Erachtens bestehe zudem eine Dysfunktion des Beckenbodens. Auch bestehe eine deutlich reduzierte Hüftmobilität linksseitig. In der MRT LWS-Untersuchung vom 20. Februar 2019 zeige sich eine leichtgradige recessale Stenose L4/5 linksseitig, wobei die Nervenwurzel L5 links irritiert werden könnte. Aus neurochirurgischer Sicht qualifiziere sich die Beschwerdeführerin aktuell für eine stationäre rehabilitative Massnahme mit dem Ziel, den Beckenbodenbereich zu lösen, die schmerzhaften Ansatzstellen der Hamstrings wie auch die schmerzhaft Narbe pertrochantär zu verbessern, sei es durch Ultraschall, Stosswellentherapie, Beckenbodentraining, osteopathische Os coccygis Mobilisation etc. Auch dürfte eine Lyrica-Einnahme mit Erhöhung der Dosierung bis maximal 600 mg pro Tag diskutiert werden. Als Ultima Ratio wäre die gezielte neuroforaminale Infiltration L5/S1 links bzw. jene über epidural L4/5 links zu diskutieren. Aus neurochirurgischer Sicht hätten die aktuellen Beschwerden ihren Ursprung im Unfallereignis vom Jahre 2016. 5.16 In seiner Stellungnahme vom 24. Juni 2020 (SA 289) führte Dr. med. E.\_\_\_\_ vom B.\_\_\_\_ aus, im MRI vom 4. April 2019 zeige sich – wie auch im Gutachten aufgeführt – eine femoroazetabuläre Impingementkonfiguration vom gemischten Typ mit Labrumdegeneration, ausgedehntem anterosuperiorem Labrumriss und leichtem peritrochantärem Reizzustand. Es sei eindeutig keine Reruptur der Hamstringsehnen zu erkennen. Dies entspreche auch den Bildgebungen vom 11. März 2020 und 28. Februar 2020. Beide MRIs seien vom Referenten beurteilt worden. Es habe sich keine relevante Signalveränderung in der Glutealmuskulatur oder der ischiacruralen Muskulatur erkennen lassen. Allenfalls seien dies Folgen älterer kleiner Läsionen, jedoch keine relevante Unterbrechung der Muskelfaserkontinuität. Bei der gutachterlichen Funktionsprüfung der Hüftgelenke habe sich keine Bewegungseinschränkung ergeben. Im Gutachten werde unter 7.1 das Schmerzmuster bei der Versicherten beschrieben. Es werde auch die Pathogenese der Schmerzhaftigkeit ausgeführt. Beschrieben werde die multilokuläre Schmerzhaftigkeit in der Beckenregion. Diese werde auch als nachvollziehbar bezeichnet. Die Kausalität werde jedoch als komplex dargestellt, wobei einer Ruptur der ischiokruralen Muskulatur und deren Folgen allenfalls eine untergeordnete Rolle zugeschrieben werde. Insofern liessen sich objektivierbare Befunde feststellen, welche als geringgradig zu betrachten seien. Im MRI vom 28. Februar 2020 stelle sich eine Atrophie des Musculus gluteus maximus dar, in Zusammenschau mit dem Schmerzmuster bei der gutachterlichen Untersuchung, bei den Untersuchungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_, liege eine komplexe, chronifizierte Funktionsstörung der gesamten Beckenmuskulatur vor mit Myosen, Insertionstendinosen, partiellen Muskelatrophien und charakteristischen Schmerzangaben an den charakteristischen Prädilektionsstellen. Morphologisch sei jedoch bei diesem multifaktoriellen Geschehen (zunehmende Adipositas, muskuläre Dekonditionierung, Beckenbodenschwäche etc.) keine strukturelle hauptverantwortliche Schädigung im MRI festzustellen, weder seitens der Gelenke, noch diskogen / radikulär. Signalauffälligkeiten muskelansatznah seien auch als Folge chronischer Überlastungen bei einem Missverhältnis von Belastung und Belastbarkeit zu sehen. Eine Differenzierung zwischen Überlastungsschäden und kleinen muskulären Einrissen sei im MRI oft nicht sicher möglich. Des Weiteren beschreibe Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 29. April 2020, dass bis anhin multiple Therapien wie Infiltrationen, Physiotherapien, Osteopathien etc., ohne Erfolg durchgeführt worden seien. In seinem

Befund würden peritrochantäre Schmerzen und Os coccygis Schmerzen beschrieben. Völlig unverständlich sei seine Angabe bezüglich einer Hypästhesie Dermatome C2 und C3 links. Das Lasègue'sche Zeichen sei linksseitig positiv. Hierzu sei festzustellen, dass diese Schmerzangabe der Beschreibung im Gutachten Seite 36, vorletzter und letzter Absatz, entspreche. Diese Schmerzhaftigkeit sei im Rahmen der bereits erwähnten Dysfunktion der gesamten Beckenmuskulatur zu sehen. Die Prüfung des Lasègue'schen Zeichens gehe bekanntlich zwangsläufig mit der Dehnung der Muskelansätze am Os ischii einher und könne einen Nervendehnungsschmerz vortäuschen. Die muskuläre Insuffizienz der Glutealmuskulatur sei auf Seite 35 des Gutachtens im Sinne eines Entlastungshinkens und einem unsicheren Einbeinstand beschrieben worden. Bezüglich der von Dr. med. D.\_\_\_\_ postulierten Atrophie der Unterschenkelmuskulatur sei zu sagen, dass seitens des Referenten eine konkrete Messung der Beinmuskulatur durchgeführt worden sei, welche jedoch keinerlei Seitendifferenz der Muskelausprägung ergeben habe. Somit sei die Aussage von Dr. med. D.\_\_\_\_ durch Messung widerlegt worden. In der MRI-LWS-Untersuchung vom 20. Februar 2019 zeige sich eine leichtgradige rezessale Stenose L4/5 linksseitig, wobei die Nervenwurzel L5 links entsprechend der Bildgebung irritiert werden könnte. Es sei eine Banalität festzustellen, dass die Bildgebung mit einer «leichtgradigen rezessalen Stenose und der Möglichkeit einer Nervenwurzelirritation» keineswegs mit der klinischen Bedeutung im Sinne einer Nervenwurzelschädigung korreliere (dies sei ein Grundwissen in der Beurteilung von Wirbelsäulensyndromen). Entscheidend für die Relevanz sei der klinische Befund, welcher entsprechend der Begutachtung keinen ausreichenden Anhalt für eine radikuläre Irritation, geschweige denn für eine aktuelle radikuläre Schädigung erbracht habe. In Anbetracht der von Dr. med. D.\_\_\_\_ erwähnten Erfolglosigkeit zahlreicher bisheriger Therapien und der komplexen Schmerzsymptomatik in der gesamten Beckenregion, bei wahrscheinlicher Chronifizierung, erheblicher Gewichtszunahme und fehlenden neurologischen Reizsymptomen, erschienen die Vorschläge, durch gezielte neuroforaminale Infiltrationen L5/S1 links eine nachhaltige Besserung zu erreichen, wenig Erfolg versprechend. 5.17 Mit Stellungnahme vom 8. Juli 2020 (SA 297, S. 5) führte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Neurochirurgie FMH, aus, der Lasègue sei nicht, wie von Dr. med. E.\_\_\_\_ beschrieben, positiv, sondern nur pseudopositiv und zwar auf der linken Seite. Somit sei die Bemerkung von Dr. med. E.\_\_\_\_ betreffend Lasègue'sches Zeichen nicht zu verwerten. Betreffend die Erläuterungen der MRT LWS Untersuchung vom 20. Februar 2019 sei folgendes anzumerken: Die Beschwerdeführerin leide unter einer Dis-kopathie LWK4/5, welche beidseitige paramediane bis foraminale Protrusionen aufweise und dadurch könne es zu einer Irritation der Nervenwurzel L5 linksseitig im Bereich des oberen Rezessus-Bereiches kommen. Der Begriff Irritation sei gewählt worden, da anhand der aktuellen Bildgebung (MRT LWS 20. Februar 2019), welche im Liegen gemacht worden sei, eine dynamische Komponente nicht ausgeschlossen werden könne. Um abschliessend eine mögliche Kompression der Nervenwurzel L5 linksseitig auszuschliessen, müsse eine funktionelle MRT LWS Untersuchung in Flexions- und Reklinationsbewegung durchgeführt werden. Somit sei die Textstelle: «Es ist eine Banalität festzustellen, dass die Bildgebung mit einer leichtgradigen rezessalen Stenose und der Möglichkeit einer Nervenwurzelirritation keineswegs mit der klinischen Bedeutung im Sinne einer Nervenwurzelschädigung korreliert», nicht korrekt. Zum Beispiel habe er, Dr. med. D.\_\_\_\_, in seinem Schreiben erwähnt, dass längeres Sitzen wie auch längeres Gehen kaum möglich seien und somit könne bei dieser komplexen Patientin aufgrund der liegenden MRT LWS-Untersuchung keine korrekte Aussage betreffend neurogener

Kompromittierung der Nervenwurzel L5 links gemacht werden. 5.18 Im Konsultationsbericht vom 11. März 2021 (A.S. 70 f.) sowie im Überweisungsbericht vom 19. April 2021 (A.S. 68 f.) stellte Dr. med. C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen: - Initiale Koxarthrose links - Initiale Varusgonarthrose links mit Innenmeniskusläsion - Nebendiagnosen: Partielle, proximale Hamstringruptur Sitzbein links nach Unfall in der Küche am 25. Juni 2016, Refixation der Hamstrings links vom 4. August 2016, Neurolyse N. Ischias vom 1. Oktober 2018 Die Verletzung der Hamstrings mit anschliessender Operation habe durch Einblutungen zu Vernarbungen des N. ischias geführt, welche operativ hätten beseitigt werden sollen. Diese Operation sei ohne Erfolg gewesen und habe zur Verschlimmerung der Gesamtsituation geführt. Aktuell anhaltende Schmerzen des N. ischias und Schwäche der Abduktion. Ausserdem schmerzhaftes Impingement der linken Hüfte. Im MRI vom 28. Februar 2010 ( recte: 2020 ) ([...]) Status nach posttraumatischen Vernarbungen des N. ischias ohne Piriformis Syndrom. Atrophie des M. gluteus maximus. Metallartefakte bei Refixation der teilweise rupturierten Hamstring-Muskulatur. Keine Signalstörung auf Höhe des Musculus piriformis. Keine vermehrte Flüssigkeit entlang des Trochanter major. Unauffällige Glutealsehnen. Diese Befunde schlossen einen Abriss der Sehne des M. gluteus medius aus, zeigten aber deutliche Folgen der Neurolyse des N. ischias und eine Atrophie des Gluteus maximus. Im aktuellen MRI des linken Hüftgelenkes vom 24. März 2021 ([...]) Pincer-Impingementsituation bei Protrusio acetabuli mit klaffendem Labrumriss antero-superior von 1:30 bis 2:30 Uhr. Keine femoroacetabuläre Chondropathie. Status nach Refixation der Hamstring-Muskulatur im rechten Tuber ischiadicum, in erster Linie reizlos bei Metallartefakten. Keine Ansatztendinose der Glutealmuskulatur. Gute Muskelqualität. Kein Knochenmarksödem. Diese Befunde bestätigten den klinischen Verdacht und erklärten die Beschwerden des linken Hüftgelenkes. Die Beschwerden des linken Kniegelenkes seien nach der klinischen Untersuchung verdächtig auf eine Innenmeniskusläsion. Im MRI des linken Kniegelenkes vom 23. März 2021 ([...]) meniskokapsuläre Separation des Innenmeniskus. Kleine Baker-Zyste. Intakte Menisci. Intakter Bandapparat. Die Ablösung des Innenmeniskus von der Kniegelenkscapsel erkläre die medialen Kniebeschwerden. Es bestehe eine weitere Arbeitsunfähigkeit zu 100 %. Es stelle sich die Frage nach einer Hüftarthroskopie links mit Versorgung der Labrumruptur. 6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrer Verfügung vom 26. Februar 2020 im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 23. September 2019 (SA 203) sowie die Stellungnahmen des B.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2020 und 24. Juni 2020 (SA 238 und 289) ab, weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. Das Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben sowie die Vorakten studiert haben. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt. In diesem Zusammenhang ist vorweg anzufügen, dass es sich beim vorliegenden Gutachten um ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten handelt. Zwar wurde dieses von der IV-Stelle Bern veranlasst, hierbei wurden aber die Regeln gemäss Art. 44 ATSG beachtet (vgl. SA 135 und 136). Zudem hat sich die Beschwerdegegnerin mit Zusatzfragen am Gutachten beteiligt. Einem solchen Gutachten darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 6.1 Die im orthopädischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische

Chirurgie FMH, erhobenen Diagnosen und dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vermögen gestützt auf seine Anamnese- und Befunderhebung zu überzeugen: Bei der Untersuchung zeige sich bei der Beschwerdeführerin ein Entlastungshinken links beim Gehen, beim Sitzen werde die rechte Gesässseite stärker belastet als links. Das Trendelenburg'sche Zeichen falle negativ aus, sämtliche Muskeltests im Hüft-/Beckenbereich fielen unauffällig aus. Es liessen sich keine Minderungen der groben Kraft der hüftführenden Muskulatur links erkennen. Es würden keine muskulären Verkürzungen oder Anspannungsschmerzen deutlich. Auch die Umfangmasse der unteren Extremitäten fielen seitengleich aus. Bei der Schmerzpalpation werde dieser auf das Tuber ischii und den Trochanter major links lokalisiert. Die Bildgebungen der LWS ergäben unspezifische Befunde mit leichteren Degenerationen. Die Röntgenaufnahmen des Beckens zeigten ebenfalls keine Auffälligkeiten bei fraglicher Impingement-Situation der Hüften. Im Kernspintomogramm ergäben sich keine Hinweise auf eine Re-Ruptur der ischiocruralen Muskulatur (20. Februar 2019). Es liege somit eine residuale Schmerzhaftigkeit an den Sehnenansätzen, speziell im Bereich des Tuber ischii und Trochanter major links vor. Hinweise auf relevante Funktionsstörungen oder auf analoge wesentliche morphologische Veränderungen im Operationsbereich fehlten. Als negativ sei die erhebliche Gewichtszunahme zu betrachten. Die ischiocrurale und die gluteale Muskulatur würden bei der vermehrten Rotationstendenz des Beckens nach vorne unten überlastet. Somit stelle die Gewichtszunahme ein chronifizierendes Element bei der vorliegenden Insertionstendinose am Os ischii und am Trochanter dar. Am linken Fuss lasse sich eine Fussinsuffizienz mit Rückfuss- Valgus und submalleolärem Impingement definieren. Funktionsstörungen seien somit nicht zu objektivieren. Sehnenansatzschmerzen am Tuber ischii (und auch am Trochanter major) seien zwar bis zu einem gewissen Grade nachvollziehbar. Es seien jedoch keine Minderungen der muskulären Kraft und keine reaktiven Umfangsdifferenzen an den unteren Extremitäten festzustellen. Die Schmerzintensität könne in der genannten Weise nicht nachvollzogen werden. Es bestehe der Eindruck einer übermässigen Schmerzwahrnehmung / Empfindung / Angabe mit hochgradiger Selbstlimitierung. Nach objektiven Kriterien bestehe keine wesentliche Einschränkung bei der Tätigkeit als Wirtin in einem Restaurant. Leichte und mittelschwere Tätigkeiten könnten uneingeschränkt durchgeführt werden. 6.2 Auch das psychiatrische Teilgutachten des B.\_\_\_\_ von Dr. med. L.\_\_\_\_ vermag gestützt auf seine eingehende Anamnese- und Befunderhebung zu überzeugen. Ebenso erscheint es gestützt auf ihre nachfolgenden Ausführungen nachvollziehbar, dass die Gutachterin aus psychiatrischer Sicht bei der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit attestierte: Die hereditär unbelastete, aber durch frühen Autonomiedruck in der Kindheit geprägte, psychiatrisch nicht vorerkrankte Versicherte habe anlässlich des komplikationsreichen Behandlungsverlaufes nach der Beinmuskelerkrankung und im Rahmen parallel stattfindender familiärer Probleme und einer zugleich ablaufenden Schilddrüsenerkrankung eine depressive Entwicklung mit klinischer Manifestation einer mittelgradigen depressiven Episode im Frühjahr 2018 durchgemacht, welche sich seit März 2018 in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde und inzwischen zur Remission habe gebracht werden können. Den Akten sei zu entnehmen, dass die damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit von 19. März 2018 bis 6. Juli 2018 angedauert habe und seither rein psychiatrisch wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Das Schmerzerleben der Versicherten sei durch die somatischen Befunde nur teilweise erklärbar und in seiner subjektiven Intensität psychiatrisch am ehesten als stressinduzierte Hyperalgesie aufgrund der frühen überkompensatorischen Autonomie der

Versicherten mit Erwerbstätigkeit schon während der Schulzeit und aus beruflichen Gründen verminderter Verfügbarkeit der Mutter bei Abwesenheit des Vaters zu erklären. Durch das Schmerzerleben sei die Versicherte in ihrer emotionalen Belastbarkeit und ihrem Wohlbefinden leicht beeinträchtigt, ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Die ambulante Behandlung der Depression sei regelmässig und pharmakotherapeutisch mit 90 mg Duloxetin am Tag adäquat begleitet durchgeführt worden und habe entsprechend rasch zur Remission der depressiven Symptomatik geführt. Das Absetzen der Medikation sei zeitlich angemessen erfolgt und habe bisher nicht zu einem Rezidiv geführt. Prognostisch spiele die depressive Symptomatik für sich genommen somit keine Rolle mehr, erwähnenswert seien aber etwas vermehrte Schlafstörungen im Rahmen des Schmerzerlebens seit Absetzen des Duloxetin. Dies sollte klinisch weiter beobachtet und allenfalls pharmakotherapeutisch beantwortet werden. Die Versicherte verfüge über eine resiliente und leistungsbereite Persönlichkeit, mit einem biographisch bedingten Hang zur überkompensatorischen Autonomie und Vernachlässigung eigener Erholungsbedürfnisse, was grundsätzlich Ressourcen seien, sich aber auch prädisponierend für die Entwicklung somatoformer Störungen auswirke. Familiär und sozial erfahre die Versicherte zuverlässige Unterstützung, belastend wirke sich hier aber die vor kurzem eingetretene Entfremdung von den beiden Kindern aus, was die Versicherte bisher zwar bestmöglich pragmatisch verarbeite, was aber gleichwohl unterschwellig als Belastung wirke.

6.3 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des B.\_\_\_\_ wird gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten noch einmal schlüssig dargelegt, dass weder aus orthopädischer noch aus psychiatrischer Sicht Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen (s. E. II. 5.8 hiervor). Auf diese Beurteilung kann grundsätzlich abgestellt werden.

6.4 Ebenso vermag die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach aus somatischer Sicht keine Folgen des Unfalls vom 25. Juni 2016 mehr vorhanden sind, welche Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zeitigen. Mit Stellungnahme vom 7. Februar 2020 hielt der orthopädische Gutachter, Dr. med. E.\_\_\_\_, hierzu präzisierend fest, bei der Beschwerdeführerin dominierten Diagnosen, welche sich radiologisch nicht verifizieren liessen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stünden die Folgen der Verletzung der ischiocruralen Muskulatur links im Vordergrund, welche sich radiologisch nicht darstellen liessen. Die Befunde an der LWS / am Sakrum vom 20. Februar 2019 und das MRI der Hüfte vom 4. April 2019 stellten lediglich leichtgradige Befunde dar. An dieser nachvollziehbaren gutachterlichen Beurteilung vermögen auch die entgegenstehenden Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine und Innere Medizin FMH, stützte sich in ihrer Stellungnahme vom 17. Oktober 2019 (SA 214, S. 18) fast ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab, vermochte aber ihrerseits kaum objektivierbare strukturelle Befunde zu nennen, welche das Ausmass der geklagten Beschwerden zu erklären vermöchten. Sodann hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, in seinem Bericht vom 20. Februar 2020 (SA 256, S. 12) zwar fest, als Unfallfolgen bestünden Schmerzen des Ischias und an der Reinsertionsstelle der Hamstrings. Die Labrumruptur könnte auch eine Unfallfolge darstellen. Hierzu müssten die ersten MRI's eingesehen werden. Gleiches gelte für den möglichen Riss der Sehne des Gluteus medius. Ob die Ischiasschmerzen und die Labrumruptur tatsächlich Unfallfolgen sind, kann aber offengelassen werden, da diese gemäss den überzeugenden gutachterlichen Ausführungen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen, zumal Dr. med. C.\_\_\_\_ diesbezüglich in seinen nachfolgenden Berichten vom 5. und 12. März 2020 keine weiteren

Ausführungen machte und seine Ansicht auch nicht weiter begründete. Es kann in diesem Zusammenhang zudem auf die gutachterliche Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_ vom 24. Juni 2020 (SA 289; E. II. 5.16 hiervor) verwiesen werden. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang anzufügen, dass sich ein möglicher Riss der Gluteus medius Sehne in der nachfolgenden MRI-Untersuchung vom 22. März 2020 nicht bestätigt hat (vgl. SA 256, S. 17). Des Weiteren vermögen auch die Berichte von Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 29. April und 8. Juli 2020 den Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung nicht zu entkräften, zumal er sich in seinen Berichten ebenfalls überwiegend auf die subjektiven Schmerzangaben der Beschwerdeführerin abstützt. In diesem Zusammenhang ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb den Berichten der Dres. H. \_\_\_, C. \_\_\_ und D. \_\_\_ nur begrenzter Beweiswert zuzumessen ist. Schliesslich ist auf die von der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten vorgebrachten Rügen einzugehen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist es aus beweisrechtlicher Sicht nicht zu beanstanden und in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren auch keine Seltenheit, dass ein Sozialversicherungsträger wie im vorliegenden Fall im Nachgang zu einer Begutachtung weitere Stellungnahmen bei der Gutachterstelle eingeholt hat. Es bestand in diesem Zusammenhang auch keine Notwendigkeit, dass die Gutachter die Beschwerdeführerin noch einmal untersucht hätten. Daran ändert grundsätzlich auch der Umstand nichts, dass zwischen der letzten gutachterlichen Untersuchung vom 29. Mai 2019 und der letzten Stellungnahme des B. \_\_\_ vom 24. Juni 2020 mehr als ein Jahr liegt. Anders wäre die Sachlage, wenn seit der gutachterlichen Untersuchung eine relevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts überwiegend wahrscheinlich wäre. Eine solche Veränderung ist vorliegend jedoch nicht erstellt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ergibt sich eine relevante Veränderung auch nicht aus den erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 11. März und 19. April 2021. So decken sich die darin genannten Befunde an der Hüfte im Wesentlichen mit dem Bericht betreffend das Arthro-MRI der Hüfte links vom 4. April 2019 (SA 133), welcher auch den B. \_\_\_-Gutachtern vorlag. Zudem kann die am 23. März 2021 neu befundene meniskokapsuläre Separation des Innenmeniskus bereits aufgrund des grossen zeitlichen Abstandes von fast fünf Jahren nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 25. Juni 2016 zurückgeführt werden. Sodann rügt die Beschwerdeführerin den Umstand, dass die Stellungnahmen des B. \_\_\_ nur von einem Gutachter, Dr. med. E. \_\_\_, unterzeichnet worden seien, während das Gutachten von beiden beteiligten Gutachtern verfasst und unterschrieben worden sei. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es in den Stellungnahmen fast ausschliesslich um die Beantwortung von Zusatzfragen aus dem orthopädischen Fachgebiet ging und sich auch die Rügen des Vertreters der Beschwerdeführerin, wozu die Gutachterstelle ebenfalls Stellung zu nehmen hatte, hauptsächlich auf das orthopädische Fachgebiet bezogen. Es war deshalb sachgerecht, dass hierzu nur der orthopädische Gutachter, Dr. med. E. \_\_\_, Stellung nahm, zumal es hierzu keiner Konsensfindung mit dem psychiatrischen Gutachter mehr bedurfte und dessen Beizug somit keinen Sinn gemacht hätte. Des Weiteren liegt es entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin in der Entscheidungskompetenz der jeweiligen Gutachter, inwiefern sie neue bildgebende Abklärungen für notwendig erachten und ob sie Patientenbilder aus vorangehenden Röntgen- und MRI-Untersuchungen etc. beiziehen wollen, oder ob sie sich auf die Konsultation der diesbezüglichen Berichte beschränken. Alleine durch den

Umstand, dass die B.\_\_\_\_-Gutachter keine neuen bildgebenden Untersuchungen veranlasst und die Patientenbilder nicht beigezogen haben, wird der Beweiswert des Gutachtens nicht geschmälert. Die Beschwerdeführerin vermag denn auch nicht konkret darzutun, inwiefern das Gutachten aufgrund dessen mangelhaft wäre. Sodann rügt die Beschwerdeführerin, dass der Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_ den Bericht der F.\_\_\_\_klinik betreffend die biomechanische Untersuchung vom 20. Oktober 2017 (SA 214) bewusst nicht beigezogen habe. Diesbezüglich hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 7. Februar 2020 fest, da dieser Bericht zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits annähernd zwei Jahre alt gewesen sei und somit nicht der aktuell möglichen Kraftausübung entsprochen habe, seien die damals erzielten Ergebnisse nicht mit einbezogen worden. Zudem sei aus gutachterlicher Sicht festzustellen, dass die von einem Probanden ausgeübte Kraft willentlich beeinflusst werden könne und somit nicht als genügend objektiver Wert mit Beweiskraft betrachtet werden könne. Dieser gutachterlichen Sichtweise ist zwar entgegenzuhalten, dass grundsätzlich sämtliche medizinischen Berichte bei der Begutachtung mit einzubeziehen sind. Da der genannte Bericht aber faktisch für sich alleine wenig aussagekräftig ist und, wie aus dem Bericht der F.\_\_\_\_klinik vom 13. November 2017 (SA 61) ersichtlich, auch nicht zu weiterführenden Ergebnissen führte, vermag dessen Nichtberücksichtigung den Beweiswert des B.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern, zumal im Gutachten der Bericht der F.\_\_\_\_klinik vom 13. November 2017, in welchem die Ergebnisse der biomechanischen Untersuchung vom 20. Oktober 2017 in die Beurteilung mit einbezogen wurden, Eingang fand (s. S. 20 des B.\_\_\_\_-Gutachtens; SA 2013, S. 21). Des Weiteren macht die Beschwerdeführerin geltend, nicht nachvollziehbar sei auch die Behauptung, wonach der durch das MRT festgestellte petrochantäre Reizzustand bei der gutachterlichen Untersuchung angeblich nicht mehr vorhanden gewesen sein solle, während Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, in seinem Untersuch vom 20. Februar 2020 das Gegenteil festgestellt habe. Dieser Rüge ist entgegenzuhalten, dass alleine der Umstand unterschiedlicher Befunderhebungen grundsätzlich nicht gegen den Beweiswert eines Gutachtens spricht, zumal die betreffende gutachterliche Untersuchung bereits am 29. Mai 2019 stattfand. Zudem ist der Beschwerdeführerin zu widersprechen, wenn sie ausführt, Dr. med. E.\_\_\_\_ verfüge als Chirurg nicht über die notwendige orthopädische Ausbildung zur Beurteilung eines orthopädischen Sachverhalts. So ist dem Gutachten zu entnehmen, dass Dr. med. E.\_\_\_\_ über den Facharztstitel für orthopädische Chirurgie verfügt. Auch im Medizinalberuferegister ist der Gutachter mit dem Facharztstitel «Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates» verzeichnet (vgl. [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch)). Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin, wenn Dr. med. E.\_\_\_\_ festhalte, in neurologischer Hinsicht hätten sich keine Irritationen oder Ausfälle gezeigt, dann überschreite er damit sein angestammtes medizinisches Fachgebiet. Dem ist entgegenzuhalten, dass es durchaus nicht unüblich ist, dass auch orthopädische Gutachter einen rudimentären neurologischen Status erheben. Hier von einer Überschreitung des Fachgebiets zu sprechen ist nicht angebracht. 6.5 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass weder die Vorbringen der Beschwerdeführerin noch die entgegengesetzten Berichte der behandelnden Ärzte den Beweiswert des B.\_\_\_\_-Gutachtens zu schmälern vermögen. Es kann demnach auf das Gutachten abgestellt werden, womit gestützt darauf davon auszugehen ist, dass keine somatisch objektivierbaren Unfallfolgen mehr vorliegen. Abschliessend ist somit die adäquate Kausalität allfälliger psychischer und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbarer Beschwerden zu prüfen. 7. Treten nach einem Unfall wie vorliegend psychische und/oder organisch nicht hinreichend

nachweisbare Beschwerden auf, und kann – wie im vorliegenden Fall – weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139). Bei schweren Unfällen wird die Adäquanz bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als leichte Unfälle sind der Rechtsprechung unter anderem folgende Fallbeispiele zu entnehmen: (Die fünf erstgenannten Beispiele stammen aus dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.3.1.) · Der Versicherte erlitt eine Rückenkontusion, als er von einem umfallenden Betonschalungselement im Rücken getroffen wurde · Der Versicherte war bei seinen Betonfräsarbeiten von einem zirka 600 kg schweren Betonblock am rechten Oberarm getroffen worden, war aber gemäss seinen eigenen Angaben nach dem Unfall noch in der Lage, selber mit dem Auto von X nach Y zu fahren, bevor er sich in ärztliche Behandlung begab. · Beim Fussballtraining prallte ein Versicherter mit einem Gegenspieler zusammen, worauf er das Training abbrach. · Der Versicherte wurde von einem umkippenden Gerüstelement am Kopf getroffen. Auch das hier zu beurteilende Ereignis ist mithin den leichten Unfällen zuzuordnen. Dies umso mehr, als der Versicherte danach in der Lage war, den mehrstündigen Rücktransport im Bus auf sich zu nehmen und erst am nächsten Tag einen Arzt aufsuchte. · Die Versicherte, welche von einer Person, die von einer anderen beim Turnen über die Schulter geworfen wurde, bekam mit den beschuhten Füßen einen Schlag von rechts an den Hals, Nacken und Kopf. Danach fiel sie zu Boden und erbrach. · Der Unfall der Versicherten vom 24. Februar 2004 (Sturz beim Aussteigen aus dem Auto) ist auf Grund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26 E. 5.3.1 [U 2/07]) als leicht zu bezeichnen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 21. Januar 2010). · Eine versicherte Person stolperte im Dunkeln auf einer Strasse, stürzte und schlug mit dem Gesicht sowie einem Knie auf dem Boden auf (Urteil des Bundesgerichts U 367/01 vom 21. März 2003 E. 4.2). Angesichts der genannten Beispiele kann das Unfallereignis vom 25. Juni 2016 – die Beschwerdeführerin rutschte aus, schlug das Knie am Tisch an, fiel aber nicht zu Boden – nicht anders denn als leicht beurteilt werden. Insofern im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Neurochirurgie FMH, vom 29. April 2020 (SA 274) erstmals erwähnt wurde, es sei beim Sturz auch ein Aufprall im Gesässbereich erfolgt, kann darauf

mit Verweis auf die Rechtsprechung zur Aussage der ersten Stunde nicht abgestellt werden (vgl. BGE 121 V 45 E. 2b S. 47; Urteile des Bundesgerichts 8C\_940/2015 vom 19. April 2016 E. 6.3, 8C\_762/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.3.2). Im Übrigen wäre auch dieser Unfallhergang als leicht zu qualifizieren. Demnach ist im vorliegenden Fall die adäquate Kausalität der nicht objektivierbaren bzw. psychischen Beschwerden ohne Weiteres zu verneinen, womit auch kein Raum für eine allfällige Rentenzusprache oder eine Integritätsentschädigung besteht.

8. 8.1 Zusammenfassend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 25. Juni 2016 ab dem 29. Mai 2019 verneinte. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

8.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdeführerin steht aber ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. e. I. 5 hiavor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 24. Februar 2021 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'733.65 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenaufwands und der geltend gemachten Auslagen auf CHF 2'961.95 festzusetzen (14.33 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 170.80 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren und der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands von CHF 771.70 (Differenz zum vollen Honorar mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 230.00), wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

8.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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