

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.266 vom 14. Oktober 2019**

SO Obergericht, 2019-10-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.266](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.266)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.266 du 14 octobre 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.266 del 14 ottobre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Oktober 2019 sei ersatzlos aufzuheben und die Akten seien an diese mit dem Auftrag zu retournieren, nach Prüfung des Gutachtens der F.\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2019 einen neuen Vorbescheid, eventuell eine neue Verfügung zu erlassen.

### **E. 2**

Eventuell: In Aufhebung der Verfügung vom 14. Oktober 2019 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin berufliche Massnahmen sowie eine ganze, eventuell eine 3/4-Rente, subeventuell eine halbe Rente, subsubeventuell eine Viertelsrente zuzusprechen.

### **E. 3**

3.1 Der Beschwerdeführer lässt in formeller Hinsicht eine Verletzung des Abklärungsgrundsatzes und des Anspruchs auf rechtliches Gehör rügen, indem die angefochtene Verfügung erlassen worden sei, bevor die in Aussicht gestellten triftigen Einwendungen gegen den Vorbescheid hätten eingebracht werden können (vgl. Beschwerde, S. 6 ff. Ziff. 4 f.). 3.2 Die Parteien haben im Gerichts- und Verwaltungsverfahren Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft/BV, SR 101). Dieses dient einerseits der Sachaufklärung. Andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 135 I 279 E. 2.3 S. 282; 135 II 286 E. 5.1 S. 293; 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen). Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Eine Verletzung desselben führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437; 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Nach der Rechtsprechung kann aber jedenfalls eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu

äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204; 127 V 431 E. 3d/aa S. 438). Von einer Rückweisung der Sache ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f.; 132 V 387 E. 5.1 S. 390).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären. Sie ist im vorliegenden Fall gestützt auf eine Einschätzung des RAD vom 12. Dezember 2017 davon ausgegangen, dass zur Klärung des medizinischen Sachverhalts eine polydisziplinäre Begutachtung nötig sei und stellte eine solche in Aussicht (vgl. IV-Nrn. 22 und 24). Auf Gesuch der Beschwerdeführerin hin (IV-Nr. 30) wurde auf eine solche in der Folge vorderhand verzichtet, da die Unfallversicherung im Sinne hatte, ein multidisziplinäres Gutachten einzuholen. Dieses wurde der Beschwerdegegnerin zu Kenntnis gebracht, diese erachtete es gestützt auf eine weitere Einschätzung des RAD (IV-Nr. 42) als beweiskräftig und den Sachverhalt dementsprechend als rechtsgenügend abgeklärt. Im Einwand gegen den rentenablehnenden Vorbescheid (IV-Nr. 45) liess die Beschwerdeführerin vorbringen, das Gutachten weise zahlreiche Mängel auf, weshalb eine neutrale Begutachtung bei einem anderen, renommierten Institut in Auftrag zu geben sei. Die Beschwerdegegnerin, die den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären hat, war indessen nicht gehalten, das in Aussicht gestellte Parteigutachten abzuwarten, wenn sie zu diesem Zeitpunkt der Ansicht war, dass das Gutachten der Klinik E. \_\_\_ geeignet sei, die notwendigen Fragen zum medizinischen Sachverhalt zu klären, zumal die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt keine substantiierte Kritik am Gutachten vorgebracht hatte. Ob sie inhaltlich zu Recht von dieser Annahme ausging, ist eine andere Frage, die weiter unten zu klären ist (vgl. E. 10). Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör durch das Nicht-Abwarten des Eingangs des Parteigutachtens ist unter diesen Voraussetzungen nicht ersichtlich.

#### **E. 4**

4.1 Ebenfalls in formeller Hinsicht lässt die Beschwerdeführerin rügen, dass die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall als erste Versicherung einen materiellen Entscheid gefällt habe, obwohl sie für die medizinischen Abklärungen der Unfallversicherung den Vortritt gelassen habe (Beschwerde, S. 10 Ziff. 6).

4.2 Im UVG und IVG gilt ein einheitlicher Invaliditätsbegriff (Art. 16 ATSG). Bei gleichem Gesundheitsschaden soll die Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, der obligatorischen Unfallversicherung und in der Militärversicherung denselben Invaliditätsgrad ergeben. Die daraus abgeleitete Koordination der Invaliditätsbemessung in diesen Sozialversicherungszweigen verfolgt das Ziel, unterschiedliche Festlegungen des Invaliditätsgrades zu vermeiden, was der Rechtssicherheit dient und damit sowohl im Interesse der Versicherer als auch der betroffenen Bürger liegt. Diese Zielsetzung wird indessen insofern relativiert, als die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbstständig vorzunehmen haben. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades des Unfallversicherers oder der IV-Stelle begnügen. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung entfaltet die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung. Die

Voraussetzungen für eine Rente in diesen Sozialversicherungszweigen sind trotz des grundsätzlich gleichen Invaliditätsbegriffes verschieden. Die Unfallversicherung berücksichtigt bei der Invaliditätsschätzung die natürlich und adäquat kausalen gesundheitlichen und erwerblichen Unfallfolgen. Häufig bestehen indessen auch nicht bloss unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen. Zudem ist der Rentenbeginn unterschiedlich und der Invaliditätsgrad kann sich im Lauf der Zeit ändern (BGE 133 V 549 E. 6 S. 553 ff. mit Hinweisen). Daraus folgt auch, dass dem Versicherten im UV-Verfahren nicht vorgeworfen werden darf, er habe die Invaliditätsschätzung im IV-Verfahren nicht angefochten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_224/2019 vom 18. September 2019 E. 4.3).

4.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen liegt kein formeller Fehler vor, der zu einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin führen würde. Die Beschwerdegegnerin war nicht gehalten, einen Entscheid der Unfallversicherung abzuwarten. Im Übrigen kann das Versicherungsgericht, das im Beschwerdeverfahren über volle Kognition verfügt, das nunmehr vorliegende Parteigutachten würdigen.

## **E. 5**

5.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Rechtsprechung ist grundsätzlich auf sämtliche psychische Erkrankungen das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Die Frage, ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297).

5.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Ende Oktober 2016 (IV-Nr. 2) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte frühestens nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im November 2017 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 3. April 2017, IV-Nr. 2), was hier Ende Oktober 2017 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. November 2017 gegeben sein. Damit sind

die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

5.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

## **E. 6**

6.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196; BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

6.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Dann liegt im Verzicht auf weitere Beweismassnahmen auch keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

6.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen

Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232; BGE 104 V 209 S. 212). Andererseits 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).

Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Ein solches verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. BGE 125 V 351).

## **E. 7**

7.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Rente oder berufliche Massnahmen zu Recht abgelehnt hat. Hierfür sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

7.2 Die Beschwerdeführerin erlitt gemäss Schadenmeldung UVG bei einem Autounfall am 24. Oktober 2016 verschiedene Verletzungen und musste im Spital H. \_\_\_ behandelt werden (IV-Nr. 13.25). Gemäss dessen Bericht vom 28. Oktober 2016 (IV-Nr. 13.23) hatte sie ein Polytrauma mit folgenden Verletzungen erlitten:

Im Weiteren wurden eine Depression (unter CipraleX) und eine postoperative Anämie diagnostiziert.

7.3 Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik K. \_\_\_ vom 16. Dezember 2016 (IV-Nr. 13.15 S. 27 ff.) über den stationären Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin vom 7. bis 29. November 2016 waren folgende Diagnosen zu stellen:

Zur Anamnese wurde angegeben, die Patientin habe über eine verminderte visuelle Verarbeitung mit erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen und Reizbarkeit sowie über Gedächtnislücken und dem Suchen nach Begriffen berichtet. Mobilität und Selbsthilfe seien erheblich eingeschränkt. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass derzeit weder eine Tätigkeit als Kindergärtnerin noch eine sonstige Tätigkeit möglich sei. Die stationäre Rehabilitation sei im Wesentlichen komplikationslos verlaufen. Zur Unfallverarbeitung sei eine psychotherapeutische Mitbetreuung erfolgt. Unter den angeordneten Therapien seien eine Mobilität an Achselstützen mit Abrollbelastung links und einer Gehleistung von ca. 100 m (eben) sowie eine Verbesserung der Selbsthilfe erreicht worden.

Am 18. Januar 2017 verfasste die Klinik K.\_\_\_\_ einen korrigierten Austrittsbericht (IV-Nr. 13.15 S. 8 ff.), in welchem ein Status nach Depression aufgeführt wurde.

7.4 Im neurologischen Sprechstundenbericht des L.\_\_\_\_, Neurologie (Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberärztin Neurologie), vom 3. August 2017 (IV-Nr. 17 S. 9 ff.) wird eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionseinschränkung (gemäss Testung vom 29. und 31.05.2017 im Spital L.\_\_\_\_) diagnostiziert. Die Einschränkung zeige sich im Bereich der Aufmerksamkeit, der verbalen Ideenproduktion, der verbalen Mnestik, und die mentale Dauerbelastbarkeit sei erheblich reduziert. Die Einschränkungen seien posttraumatisch bedingt bei Schädelhirntrauma im Rahmen eines Polytraumas. Ein MRI des Schädels vom 11. Mai 2017 (vgl. IV-Nr. 37.58 S. 2) zeige vier strichförmige Suszeptibilitätsartefakte temporal links, vereinbar mit DAls (Diffuse axial injuries). Ausserdem zeige sich eine unspezifische FLAIR-hyperintense Marklagerläsion temporal links. Weiter zu diagnostizieren sei eine posttraumatische Arthrose im Okzipitotoklavikulargelenk links CO/C1. Es bestehe zusätzlich eine Schmerzproblematik mit Nackenschmerzen. Aktuell habe die Beschwerdeführerin Konzentrationsstörungen, leide unter Reizüberflutung, sei bei Stress anfällig, müde, müsse sich viel hinlegen und habe Wortfindungsstörungen. Auf Nachfrage äussere sie sich über diskrete Gleichgewichtsstörungen. Gemäss den Angaben des Ehemanns sei sie reizbarer als früher, von der Persönlichkeit jedoch unverändert.

7.5 Dem Bericht über die neuropsychologische Abklärung vom 29. und 31. Mai 2017, durchgeführt von lic. phil. N.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP (Bericht des L.\_\_\_\_, Neuropsychologie, vom 1. Juni 2017, IV-Nr. 23), ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der Testsituation kooperativ und leistungsbereit mitgearbeitet habe, wobei die Symptomvalidierungsprüfung diesen klinischen Eindruck bestätige. Auf dem Hintergrund eines alters- und bildungsentsprechenden kognitiven Leistungsprofils würden im Aufmerksamkeitsbereich eine mittelstarke Verlangsamung der Verarbeitungsgeschwindigkeit in der phasischen Alertness, der geteilten Aufmerksamkeit und der selektiven Aufmerksamkeit (bei unauffälliger Fehlerhäufigkeit), eine leicht bis mittelgradig reduzierte phonematische Ideenproduktion und eine minimal verminderte verbale Merkspanne sowie verbale Lernleistung objektiviert (bei unauffälligem Langzeitabruf). Die mentale Dauerbelastbarkeit sei aktuell deutlich reduziert, die Konzentration im Verlauf von zweieinhalb Stunden abnehmend. Die aktuellen Befunde seien mit einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionseinschränkung vereinbar. Die Gesamtbelastbarkeit dürfte zusätzlich durch die Schmerzproblematik reduziert sein (Nacken- Kopfschmerzen bei längerer Beanspruchung). Das aktuelle neuropsychologische Störungsbild werde als Folge einer beim Unfall mit Polytrauma 10/16 erlittenen Hirnverletzung interpretiert. Es werde von einer retrograden Amnesie im Minutenbereich und von einer anterograden Amnesie von ca. 24 Stunden berichtet (bei

Eintritt im Notfallzentrum sei ein GCS [Glasgow Coma Scale] 8 festgestellt worden und das Schädel-MRI weise auf DIAS [diffuse axonal injuries] temporal links hin). In den vorliegenden Berichten werde die Diagnose Schädelhirntrauma nicht erwähnt. Eine Beurteilung des Grades der Hirnverletzung scheine ausstehend und sollte von ärztlicher bzw. von neurologischer Seite beurteilt werden. Aufgrund der aktuell noch erheblich verminderten mentalen Belastbarkeit könne die Patientin nur während deutlich reduzierten Zeitspannen Tätigkeiten ausführen. Sie brauche die Möglichkeit, Pausen zu machen.

7.6 Im Arztbericht der Hausärztin, Dr. med. J.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, vom 29. August 2017 (IV-Nr. 17 S. 1 ff.) wird gestützt auf den eben genannten Bericht ebenfalls eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionseinschränkung diagnostiziert, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem Unfall 100 %. Der Zustand sei besserungsfähig. Doch im Moment seien die Voraussetzungen zur Ausübung des angestammten Berufs als Kindergärtnerin nicht erfüllt.

7.7 Laut Sprechstundenbericht des Neurozentrums des Spitals H.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2017 (IV-Nr. 20) berichtet die Patientin, im Mai 2017 mit einer beruflichen Wiedereingliederung begonnen zu haben. Sie arbeite neu nun an zwei Nachmittagen jeweils 1.40 Stunden. Seit der Umstellung auf den Nachmittag gehe es deutlich besser. Im Alltag habe sie vor allem Schwierigkeiten mit der kognitiven Reizverarbeitung und Ausdauer. Seit sie Ritalin nehme, gehe es mit dem Multitasking im Alltag deutlich besser. Mnestiche Schwierigkeiten im Alltag seien nicht berichtet worden. Aktuell sei sie sehr belastet durch psychische Situation der Tochter, die durch ihren Unfall traumatisiert sei. Insgesamt zeige sich seit Beginn der ambulanten Ergotherapie ein erfreulicher Verlauf. Zusätzlich habe sich die kognitive Belastbarkeit durch die Einnahme von Ritalin verbessert. Die Schmerztherapie habe ebenfalls zu einer Verbesserung geführt. Aufgrund der aktuellen Belastungssituation mit der Tochter und der laufenden beruflichen Wiedereingliederung sei eine zusätzliche kognitive Therapie nicht indiziert.

7.8 Im neurologischen Sprechstundenbericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2018 (IV-Nr. 38 S. 70 ff.) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin sehe bezüglich Tagesstruktur und Konzentration Verbesserungstendenzen. Sie habe jedoch anhaltend das Gefühl, max. 25 % im Vergleich zu ihrem Pensum vor dem Schädelhirntrauma zu leisten. Aktuell sehr belastend seien ihre Stressunverträglichkeit und ihre starken emotionalen Reaktionen. Einen Arbeitsversuch an zwei Nachmittagen pro Woche mit Begleitung/Betreuung der halben Kindergartenklasse habe sie wegen Verschlechterung des psychischen Zustandes ihrer Tochter abbrechen müssen. Seit Ende November 2017 werde sie zusätzlich durch den Psychiater Dr. med. I.\_\_\_\_ betreut. Rückwirkend habe sich anfänglich ein erfreulicher Verlauf gezeigt, mit punktuellen Arbeitseinsätzen. Die Situation sei stark belastend und aktuell auch für den Verlauf negativ beeinflussend, da sich wohl eine Angststörung der 10-jährigen Tochter zeige und der Patientin zusätzlich gekündigt worden sei.

## **E. 7.9**

7.9.1 Die Unfallversicherung hat bei der Klinik E.\_\_\_\_, Zürich, ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt, welches am 9. November 2018 von folgenden Expertinnen und Experten erstattet wurde: Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie, PD Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, lic. phil. S.\_\_\_\_, MAS Neuropsychologie, und

Prof. Dr. rer. nat. T.\_\_\_\_, Leiter Neuropsychologie (IV-Nr. 39.18 bzw. 41 S. 2 ff.).

7.9.2 Im Hauptgutachten, unter der Federführung von Dr. med. G.\_\_\_\_, wird zu den subjektiven Angaben der Explorandin angegeben, sie habe sich über Schmerzen im Bereich der oberen Halswirbelsäule links mehr als rechts geäußert, insbesondere bei Kopfbewegung bzw. Rotation. Ansonsten gehe es ihr bezüglich Schmerzen gut. Das Hauptproblem sei, dass sie Probleme habe, ihre Hausarbeit einzuteilen. Sie habe Probleme mit der Konzentration, allgemein mit der Ausdauer und sei emotional schnell gestresst. Sie sei einfach nicht mehr belastbar und die Tränen seien schnell zuvorderst. Bei der klinischen Untersuchung weise sie auf einen seit dem Unfall aufgetretenen Tinnitus links hin. Vor dem Unfall sei sie voll aktiv gewesen und auch arbeitstätig als Kindergärtnerin in einem Pensum von 47 %.

Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie um ca. 06:30 Uhr aufstehe, die Kinder parat mache, eine Tochter bleibe zu Hause bzw. sie mache für sie Homeschooling, da sie Probleme habe in der regulären Klasse und in eine Sonderschule wechseln werde. Wenn sie keine Physiotherapie- oder Ergotherapiesitzungen habe, gehe sie in den Stall zu ihrem Pferd und einem Pony und miste aus bzw. schaue nach dem Rechten und pflege die Pferde. Wenn dies getan sei, bleibe sie dort zur Erholung und ruhe sich aus. Dann gehe sie nach Hause und erledige kleine Sachen wie Telefonate oder den Einkauf und bereite das Mittagessen zu. Die grössere, 14-jährige Tochter komme dann aus der Schule. Am Nachmittag erledige sie diverse Dinge, ein Hauptpunkt sei, dass sie die Aufgaben mache mit der 10-jährigen Tochter. Ca. um 18:00 Uhr komme der Ehemann nach Hause und an vier Abenden pro Woche gehe sie dann nochmals in den Stall ausmisten und schaue nach den Pferden. Abends esse sie nur wenig bzw. unregelmässig. Ca. um 20:00 bis 20:30 Uhr gehe sie zu Bett.

7.9.3 Als subjektive Beschwerden in orthopädischer Hinsicht nannte die Explorandin das Folgende: Rein bezogen auf die linke Schulter habe sie keine Beschwerden. Seit der durchgeführten Osteosynthesematerialentfernung nach Konsolidierung der mehrfragmentären Claviculaschaft-Fraktur sei der Verlauf zeitgerecht. Nach der Metallentfernung hätten sich die initialen Missempfindungen im Bereich des Schlüsselbeines stark verbessert. Verblieben seien Verspannungsgefühle begleitet von Kopfschmerzen mit Ausstrahlung jeweils in die linke Schulterpartie. In der Beckenregion sei sie eigentlich beschwerdefrei bis auf gelegentliche Irritationen im Bereich des Iliosacralgelenkes. Diesbezüglich sei sie von der Hausärztin einmal erfolgreich infiltriert worden, ansonsten könne sie auch beschwerdefrei reiten. Betreffend Kniegelenke und Füße sei sie ebenfalls beschwerdefrei. Im Bereich der Wirbelsäule sei das Hauptproblem linksbetont im Übergangsbereich Kopf und Halswirbelsäule. Seit dem Unfall verspüre sie Schmerzen links hochzervikal in Richtung Hinterkopf, hinter dem linken Ohr bis zur Stirn ausstrahlend. Sie habe über sieben Wochen einen Philadelphia-Kragen getragen, danach habe sie auf einen weichen Halskragen wechseln können. Die Schmerzen würden durch kleinere Belastungen und schnelle Kopfbewegungen ausgelöst bzw. verstärkt und seien konstant vorhanden. Nach Belastungen wie Haushaltsarbeiten mit Kochen und Putzen nehme der Schmerz zu. Die Kopfschmerzen würden immer durch Nackenschmerzen ausgelöst.

7.9.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 39.19) wird zu den subjektiven Angaben der Explorandin ausgeführt, sie könne sich an den Unfall vom 24. Oktober 2016 nicht erinnern. Sie wisse noch, dass sie zu Hause den Autoschlüssel genommen habe und

ins Auto gestiegen sei. Der Unfall müsse ca. 15 Minuten später passiert sein. Die nächsten Erinnerungen setzten anderntags auf der Intensivstation ein. Anfänglich habe sie unter ausgeprägten Wortfindungsschwierigkeiten gelitten. Aktuell würden solche nur noch bei Stress oder hoher Müdigkeit auftreten. Hauptsächlich leide sie zurzeit unter der sehr geringen emotionalen Belastbarkeit. Sie erlebe sich als sehr schnell gestresst. Manchmal sehe sie sich selber von aussen, könne aber ihr Handeln resp. die Emotionen nicht steuern. Oft werde sie schneller ungeduldig und hässig. Sie könne nicht mehr auf zwei Sachen miteinander reagieren.

7.9.5 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 39.21) werden folgende subjektive Angaben der Beschwerdeführerin geschildert: Infolge des Unfalls gingen das Arbeiten als Kindergärtnerin und das Reiten nicht mehr. An der Kündigung ihrer Anstellung habe sie «zu beissen». Ihre jüngere Tochter sei inzwischen nach der Behandlung in der Tagesklinik wieder zu Hause. Sie als Mutter wolle die Probleme der Kinder mittragen und es sei schlimm für sie zu erleben, dass sie es nicht könne. Beim Unfall sei sie völlig unverschuldet in eine lebensgefährliche Situation geraten. Was ihre frühere Depression betreffe, so sei sie am 6. Juni 2016 wieder gesund gewesen und habe voll arbeiten können. Ihre ängstliche Hausärztin habe ihr trotzdem weiter Ciprax verordnet. Diese letzte Erkrankung vor dem Unfall habe im August 2015 begonnen, als sie sich als Folge der Ozonbelastung in der Luft eine Bronchitis zugezogen habe. Wegen der Erkrankung einer Kollegin habe sie damals ausserdem 80 % arbeiten müssen. Leider sei sie immer noch erschöpft ins neue Schuljahr gestartet und habe sich auch in den Monaten danach nicht erholen können. Das sei dann als psychisch gedeutet worden. Seit dem Unfall sei sie in ihrer Hirnleistung beeinträchtigt. Wenn sie verschiedene Reize gleichzeitig verarbeiten müsse, dann habe sie eine Blockade im Gehirn. Zuletzt hätten die Ärzte ihr gesagt, dass sie den gegenwärtigen Zustand akzeptieren müsse. Das sei sehr schlimm für sie. Im Moment habe sie keinen Plan für ihre Zukunft. Aktuell absolviere sie keine Therapien, da die Begutachtung für sie im Vordergrund stehe. Sie habe weiterhin Kontakt zum Psychiater Dr. I. \_\_\_\_\_. Sie kenne viele Psychiater und halte vom Berufsstand nicht viel. Zu ihm habe sie aber Vertrauen gewonnen. Er habe ihr Ritalin verordnet. Damit sei ihr Zustand deutlich besser.

7.9.6 Der neurologische Befund präsentiert sich folgendermassen: Die Kopfbewegung nach links werde in der klinischen Interaktion vermieden, übertriebene Schmerzäusserungen gebe die Explorandin nicht von sich. Die Hirnnerven seien unauffällig. Motorik, Trophik und Tonus an Armen und Beinen seien intakt bzw. unauffällig. Die Sensorik auf Berührung und Spitzreiz werde als allseits intakt angegeben, ausgenommen im infraclaviculären Bereich links bis zum proximalen anterioren Oberarm reichend und im Bereich der Hinterhauptschuppe leicht gegen die Haare hin, wo der Spitzreiz etwas vermindert wahrgenommen werde. Die Muskeleigenreflexe seien mittellebhaft bis lebhaft. Die Bauchhautreflexe seien in allen vier Quadranten nur schwach auslösbar. Stand und Gang seien unauffällig, ebenso die Koordination. Es bestehe eine leichte Druckdolenz über der linken Clavicula, ohne Allodynie oder Hyperpathie. Die Wunde sei reizlos. Die HWS-Beweglichkeit sei rotatorisch linksbetont eingeschränkt mit Angabe von Schmerzen. Inklination und Reklination seien schmerzfrei bzw. nicht relevant eingeschränkt. Die Seitenneigung sei allenfalls diskret nach links eingeschränkt mit Angabe von leichten Dolenzen. Ebenfalls bestehe eine leichte links parazervikale Druckdolenz, insbesondere im Bereich der okzipitalen Sehnenansatzpunkte, mit nur geringen Myogelosen. Zudem bestehe eine leichte Druckdolenz in der Schulterpartie und dem

proximalen Oberarm links. Lasègue-Manöver beidseits seien negativ.

7.9.7 In der orthopädischen Untersuchung werden folgende Befunde erhoben: Die Narbenverhältnisse im Bereich der operierten linken Clavicula seien reizlos und das SC- und AC-Gelenk palpatorisch indolent. Die aktive und passive Schulterfunktion sei frei und symmetrisch im Vergleich zur Gegenseite, es liessen sich keine Einschränkungen klinisch dokumentieren. Es bestünden keine Hinweise für eine Myopathie der Schultergürtelmuskulatur und keine Scapula-Dyskinesie. Die klinischen Rotatorenmanschetten-Zeichen seien unauffällig. Im Bereich der unteren Extremitäten zeigten sich links eine freie Hüftgelenksbeweglichkeit und keine Impingement-Symptomatik. Es bestehe eine leichte Druckdolenz über der Insertion der Gluteus medius Hauptsehne, die ventrale gluteale Sehnenplatte sei intakt. Rechtsseitig bestehe eine Druckdolenz über dem Iliosakralgelenk (ISG). Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei beim Beobachten relativ gut erhalten. Bei Rechtsrotation gebe die Explorandin ein Blockierungsgefühl, jedoch keine Schmerzen an. Unter axialer Entlastung im Stehen durch Traktion und in liegender Position werde ein deutlich grösserer Bewegungsumfang erreicht. Es bestehe eine Druckdolenz links subokzipital.

7.9.8 Im Gutachten werden ebenfalls verschiedene bildgebende Untersuchungen dokumentiert. So unter anderem ein Röntgen des Beckens ap vom 15. Februar 2017 mit einer eventuell leichten residuellen lateralen Kompression im Sinne einer diskreten Asymmetrie der Beckenöffnung, ein Röntgen der linken Clavicula ap und tangential vom 22. Juni 2018 mit schönem Remodelling bei Status nach Osteosynthese einer mehrfragmentären Clavicularschaft-Fraktur, sowie ein Röntgen der linken Schulter ap in IR/AR, axial vom 22. Juni 2018 mit altersentsprechendem Skelettbefund. Eine dynamische Ultraschalluntersuchung der linken Schulter vom 22. Juni 2018 ergebe ein unauffälliges Ergebnis. Ein CT des Schädels vom 24. Oktober 2016 (Unfalltag) zeige als Hauptbefund eine Avulsionsfraktur des Condylus occipitalis links, die Frakturlinie tangiere das mediale Drittel des Atlanto-Occipitalgelenkes. Zeichen einer Hirnverletzung gebe es nicht, keine Blutung, auch nicht links temporal, kein Hirnödem. Beim MRI des Schädels und der HWS vom 11. Mai 2017 finde sich in einem Bild fraglich eine Hyperintensität im temporalen Marklager links, ansonsten keine relevanten Auffälligkeiten des Hirnparenchyms. In den SWI-Sequenzen gebe es einzig tief-temporal links einzelne streifige Hypointensitäten, aspektmässig und lokalisatorisch (da tief temporal) nicht typisch für Scherläsionen. Die Signalauffälligkeiten links temporal entsprächen am ehesten einer DVA (venösen Missbildung). Aufgrund von fehlender Feinschichtung der FLAIR-Sequenzen und fehlenden sagittalen Sequenzen und Kontrastmittelsequenzen könne dies aber nicht bewiesen werden. Auf Ebene HWS zeigten sich keine Hinweise auf eine Schädigung des Myelons oder eine Affektion von zervikalen Nervenwurzeln. Aus dem im Rahmen der Begutachtung zusätzlich durchgeführten CT SPECT der HWS vom 9. Juli 2018 gehe als Hauptbefund eine leichte Tracer-Anreicherung im Atlanto-Occipital-Gelenk links hervor.

7.9.9 Der neuropsychologische Befund fällt folgendermassen aus: Die Mitarbeit der Explorandin sei kooperativ und motiviert gewesen. Aggravierendes Verhalten sei nicht beobachtet worden. Das Arbeitstempo sowie die Auffassungsgeschwindigkeit seien in der Beobachtung unauffällig gewesen. Die Explorandin wirke wenig belastbar und schnell überfordert. Hinsichtlich der allgemeinen Intelligenz verfüge sie über ein allgemeines kognitives Leistungsniveau im Durchschnittsbereich. Die Prüfung der geteilten Aufmerksamkeit, der Impulskontrolle und der selektiven Aufmerksamkeit habe sich als

unauffällig erwiesen. Das verbal-auditive Arbeitsgedächtnis sei mittelgradig reduziert. Die höheren Denkfunktionen entsprächen weitgehend dem allgemeinen kognitiven Niveau. Die Prüfung der verbalen Lern- und Gedächtnisleistungen ergebe eine mittelgradig reduzierte Erstencodierung beim Lernen einer Wortliste über fünf Durchgänge. Die Gesamtlernleistung entspreche dem Durchschnitt. Diskret erhöht sei die Anzahl der Intrusionen gewesen. Wortfindungsstörungen seien nicht zu beobachten gewesen. In der Selbstbeurteilungsskala zur Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter erreiche die Explorandin einen Summenwert unterhalb des Cutoff-Wertes. Einige Schwierigkeiten hinsichtlich des Aufmerksamkeitsvermögens würden selber wahrgenommen, jedoch nicht in pathologischer Ausprägung. In der Selbstbeurteilungsskala zu depressiven Symptomen erreiche die Explorandin einen auffälligen Punktwert von 23. Die klinische Relevanz liegt bei einem Punktwert von 18 und höher. In der Selbstbeurteilungsskala zur Erfassung extremer Müdigkeit (Fatigue) lägen die Werte in der kognitiven Fatigue im hoch auffälligen Bereich. Auch in motorischen Tätigkeiten sei die Ermüdung deutlich ausgeprägt gewesen. Auch die empfundene Tageschläfrigkeit sei demzufolge leicht erhöht.

7.9.10 Im psychiatrischen Teilgutachten präsentiert sich folgender Befund: Die psychischen Grundfunktionen seien in klinischer Hinsicht nicht beeinträchtigt. Die Explorandin sei allseits orientiert und bewusstseinsklar, aufmerksam, konzentriert, zeige klinisch keine Störung von Merkfähigkeit und Gedächtnis. In der eineinhalbstündigen Untersuchung ermüde sie nicht. Der Gedankengang sei formal geordnet, kohärent und intelligent. Die Stimmung sei etwas dysphorisch-gereizt, aber ohne Zeichen einer wesentlichen depressiven Verstimmung. Die affektive Modulation sei gut erhalten. Das Selbstbewusstsein sei gut ausgeprägt. Die Explorandin habe immer gewusst, was sie wolle, sehe sich selber als energisch, aber auch feinfühlig. Sie spreche eine offene, zum Teil auch derbe Sprache. Sie klage insbesondere über kognitive Ausfälle, dass ihr Hirn blockiere, wenn mehrere Aufgaben gleichzeitig anstünden. Sie könne mit Stresssituationen nicht umgehen, sei leicht überfordert, überreizt und reagiere mit Panikattacken oder müsse sich zurückziehen. Das Schlafbedürfnis sei vermehrt. Hinweise auf Aggravation oder Simulation seien nicht zu finden.

7.9.11 Zusammengefasst werden im Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ folgende Diagnosen erhoben:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Aktenanamnestisch bzw. ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

## **E. 8**

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützt ihren ablehnenden Entscheid im Wesentlichen auf das vorerwähnte Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ vom 9. November 2018 ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu ist einleitend festzuhalten, dass dieses Gutachten im Auftrag der obligatorischen Unfallversicherung erstellt wurde. Die Beschwerdegegnerin hat sich nicht an den Kosten beteiligt (IV-Nr. 36). Insofern kommt diesem Gutachten der Beweiswert von versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen zu. Ein förmlicher Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht zwar nicht. Eine solche ist jedoch anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2018 vom 14. November 2018 E. 4.1; BGE 135 V 465 E. 4.1

S. 467, jeweils mit Hinweisen). Sollten demnach vorliegend geringe Zweifel bestehen, kann im IV-Verfahren nicht auf das Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ abgestellt werden.

8.2 Allgemein kann zum Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ gesagt werden, dass dieses auf umfassenden Untersuchungen beruht. Es wurde in Kenntnis der vollständigen Aktenlage und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt.

In der Gesamtbeurteilung wird festgehalten, die Beschwerdeführerin habe am 24. Oktober 2016 einen Autounfall erlitten mit der Folge eines Polytraumas. Eine Claviculafraktur sei mittels Platte versorgt worden, die übrigen Verletzungen (ausgenommen die anämisierende Milzblutung) habe man konservativ behandelt. Zudem finde man in den Primärakten die Angaben über eine Blutung am Kopf und einen fraglichen Blutaustritt aus dem rechten Ohr bei einer zwar wachen, aber agitierten und nicht sprechenden Patienten mit daraus resultierendem GCS 8 an der Unfallstelle und dann einem GCS 15 gemäss den Angaben der Intensivstation. Diese Angaben wiesen auf eine Hirnverletzung hin. Bezüglich des medizinischen Vorzustandes vor dem Unfall könne nach dem Studium der Akten gesagt werden, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2009 an einer körperlichen Leistungsintoleranz, Müdigkeit und Erschöpfung bis zur Depression als Folge eines Eisenmangels gelitten habe. Im Jahr 2011 sei sie wegen vermehrter Anspannung, Nervosität und einer Schlafstörung untersucht worden. Des Weiteren finde sich die Angabe einer postpartalen Depression, die auch noch im Jahr 2011 teils nicht remittierend gewesen sei. Man habe eine leichte Depression mit «deutlicher Erschöpfung» bei vormals mittelschwerer Depression diagnostiziert, die Kriterien für ein ADHS seien nicht erfüllt gewesen. Im Weiteren finde man in den Berichten der Hausärztin die Angaben über eine Migräne in der Pubertät, einen Lagerungsschwindel und eine Erschöpfung nach der Geburt der Kinder in den Jahren 2007 und 2011, eine Depression und der Verdacht auf ein ADHS. Im Jahr 2015 habe die Beschwerdeführerin unter chronischem Husten gelitten, was als Asthmaäquivalent eingestuft worden sei. Die Hausärztin habe am 25. Mai 2016 einen Status nach depressiver Episode, Schlafprobleme, Erschöpfungszustände, Panikattacken und Konzentrationsprobleme diagnostiziert. Dieses Arztzeugnis sei im Kontext einer längeren 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab 1. Februar bis Juni 2016 zu sehen. Bei einer Kontrolle bei der Hausärztin am 20. Oktober 2016 (4 Tage vor dem Unfall) finde sich der Hinweis auf «bekannte Konflikte» am Arbeitsplatz. Die Beschwerdeführerin hingegen weise auf eine volle Arbeitsfähigkeit zum Unfallzeitpunkt und der einzigen Auffälligkeit einer postpartalen Depression, die zum Unfallzeitpunkt überwunden gewesen sei, hin.

Von neurologischer Seite her interessiere, ob es bedingt durch den Unfall zu einer Verletzung des zentralen oder peripheren Nervensystems gekommen sei. In den Primärakten finde sich die Diagnose einer Hirnverletzung gar nicht. Die Patientin habe einen GCS von 8 aufgewiesen und sei verwirrt erschienen. Im Wissen über den relativ schnell wieder erreichten GCS von 15 (Maximalpunktzahl) und des weiteren bezüglich Hirnfunktionen weitgehend unauffälligen Primärverlaufes deute der initiale GCS von 8 am Unfallort eher auf eine akute Schockreaktion hin. Dies zusätzlich unterstützend hätten sich im Computertomogramm des Gehirns vom 24. Oktober 2016 keine Hinweise auf eine Schädigung der Hirnsubstanz gefunden. Auch im später durchgeführten MRI hätten sich keine Auffälligkeiten in genuin sprachrelevanten Hirnarealen gezeigt. Aufgrund der relativen kurzen mnestischen Lücke und fehlender Auffälligkeiten im primärversorgenden Spital, die auf eine höhergradigere Hirnverletzung deuteten, müsse am ehesten von einer stattgehabten leichten traumatischen Hirnverletzung ausgegangen werden. Bezüglich des

Unfallereignisses habe eine retrograde Amnesie von ca. 5 Minuten und eine anterograde von einigen Stunden bestanden, was ebenfalls nicht verdächtig sei für eine höhergradigere Hirnverletzung. Obwohl die beklagten Symptome den unter dem Vorzustand vermerkten sehr ähnelten, passten diese auch zu einem postkommotionellen Syndrom, welches z.B. auch in der Nachfolge einer leichten traumatischen Hirnverletzung über einige Wochen persistieren könne. Anlässlich einer Konsultation im Spital H.\_\_\_\_ auf der Orthopädie am 28. Dezember 2016 sei erstmals der Verdacht auf ein Schädel-Hirn-Trauma geäussert worden, weil die Beschwerdeführerin neben persistierenden Schmerzen in der Halswirbelsäule über Probleme mit dem Lang- und Kurzzeitgedächtnis geklagt habe. Die Hausärztin vermerke im März 2017 ebenfalls ein Schädel-Hirn-Trauma. Es sei eine zerebrale Bildgebung veranlasst worden, die vier strichförmige Suszeptibilitäten im linken Temporallappen gezeigt hätten, die vereinbar mit einer diffusen axonalen Schädigung (DAI) seien. Dieser Befund sei für die Verortung der Beschwerdeführerin als relevant Hirngeschädigte entscheidend, sodass sich an dieser Stelle eine Diskussion der Bilder aufdränge. Dabei sei zu kritisieren, dass das MR-Untersuchungsprotokoll sehr reduziert gewesen sei. Die FLAIR-Aufnahmen seien grob geschichtet und zudem nur in koronarer Ebene abgebildet und es habe zur genaueren Abgrenzung der streifigen Signalauffälligkeiten in den SWI-Sequenzen im linken Temporallappen keine in diesem Fall zu fordernde Sequenz mit Kontrastmittelgabe stattgefunden. Die Signalauffälligkeiten auf den Bildern seien gering ausgeprägt und sowohl lokalisatorisch wie auch morphologisch nicht typisch für DAI, sondern wiesen eher auf eine häufige und harmlose Gefässmissbildung (DVA) hin. Aufgrund der Angaben bezüglich des Unfallmechanismus wäre zudem in diesem Fall am ehesten eine Kontusionsblutung zu erwarten gewesen, was aber gemäss den Aufnahmen nicht vorliege. Zudem deute der Primärverlauf nicht auf eine höhergradigere Hirnverletzung hin. Auf die Durchführung eines nochmaligen MRI sei verzichtet worden, weil die Beschwerdeführerin bereits nach Ankündigung der Durchführung eines CT-SPECT sehr belastet erschienen sei. Im Kontext der klinischen Angaben und auch der Sachlage der Signalstörungen im MRI sei es aber überwiegend wahrscheinlich, dass es sich bei der Signalstörung im linken Temporallappen nicht um einen traumatisch bedingten Befund handle. Gemäss der neuropsychologischen Untersuchung sei die leichte bis mittelschwere Funktionsstörung vor dem Hintergrund des MRI-Befundes mit (vermeintlichem) Nachweis von DAI und den in dem in den Akten vermerkten GCS von 8 einem Hirntrauma durch den Unfall attribuiert worden. Die Gesamtbelastbarkeit sei zudem aber als auch schmerzbedingt reduziert angesehen worden. In der Folge habe man die Beschwerdeführerin ungünstigerweise in ihrer Rolle als Hirnverletzte verortet. Kritisch sei anzumerken, dass damals mögliche Vorzustände als Erklärung der Einschränkungen nicht herangezogen worden seien. Dr. med. J.\_\_\_\_ habe in einem IV-Bericht vom 29. August 2017 bereits vor dem Unfall vorhandene Probleme genannt. Eine Evaluation hinsichtlich der Durchführung einer Neurorehabilitation im Oktober 2017 habe ergeben, dass eine solche nicht indiziert sei. In der Zwischenzeit habe die Beschwerdeführerin die Arbeit als Kindergartenlehrerin teilweise wieder aufgenommen, das Pensum jedoch aufgrund einer Belastungssituation bedingt durch Probleme der Tochter wieder reduziert. Bezüglich HWS-Schmerzen sei sie im Schmerzzentrum des Spitals H.\_\_\_\_ behandelt worden, wobei es zu einer Besserung der Beschwerden gekommen sei. Im Januar 2018 sei der Beschwerdeführerin schliesslich ihre Arbeitsstelle gekündigt worden, worauf sie sich in psychotherapeutische Behandlung begeben habe. Schliesslich sei eine Beurteilung in der Klinik U.\_\_\_\_ erfolgt, wo die beklagten Defizite dem Hirntrauma

attribuiert worden seien, zusätzlich erschwert durch berufliche und familiäre Situation. Dr. med. I.\_\_\_\_ spreche dann von einer Folgestörung eines Schädel-Hirn-Traumas, offenbar ohne Kenntnis eines relevanten psychiatrischen Vorzustandes. Leider sei es so, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Rolle als Hirntraumatikerin fixiert worden sei.

Anlässlich der Untersuchung beim neurologischen Experten seien bewegungsabhängige Schmerzen in der oberen HWS mit Ausstrahlung in Kopf und Clavicula genannt worden. Hauptprobleme seien in Übereinstimmung mit den Angaben in den Akten eine verminderte Ausdauer, ein vermindertes Konzentrationsvermögen, eine Lärmintoleranz und ein linksseitiger Tinnitus. Des Weiteren sei die Beschwerdeführerin emotional schnell gestresst, nicht belastbar und habe auch Mühe, die anstehende Arbeit im Haushalt einzuteilen. Klinisch-neurologisch habe sich einzig eine leichte Sensibilitätsstörung im Bereich der infraclaviculären Nervenäste links ohne weitere Auffälligkeiten gezeigt. Einzige Auffälligkeit sei eine schmerzbedingte Einschränkung der Kopffrotation, wobei das durch den Unfall betroffene Gelenk C0/1 links eher weniger betroffen erscheine. Zudem hätten sich myofasziale Befunde gezeigt. Die zur Sicherheit durchgeführte CT-SPECT-Untersuchung habe mässige aktive Veränderungen im Gelenk CO/C1 links nachgewiesen, ohne massive Entzündungszeichen. Psychisch habe die Beschwerdeführerin deutlich belastet und labil gewirkt, neuropsychologisch hätten sich aufgrund der Interaktion im Rahmen der Anamneseerhebung wie auch der klinischen Untersuchung keine Hinweise auf eine höhergradigere Einschränkung ergeben.

In der psychiatrischen Beurteilung wird festgehalten, es fänden sich in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung keine wesentlichen Auffälligkeiten. Eine depressive Erkrankung liege nicht vor. Lediglich leicht auffällig sei eine etwas aggressiv-kontrollierende Beziehungsgestaltung der Beschwerdeführerin mit Vorwürfen gegen Institutionen und Behandler. Aus ihrem Verhalten lasse sich schliessen, dass es ihr wichtig sei, bei der Untersuchung nicht als psychiatrisch auffällige Person, sondern als hirngeschädigt akzeptiert zu werden. Im Gegensatz dazu sei der eingeschränkte psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin laut den Berichten ihrer früheren Hausärztin auch schon vor dem Unfall unabweisbar. Auch unmittelbar vor dem Unfall lägen mehrere Arbeitsunfähigkeitsatteste vor, in denen es insbesondere um eine Depression und Ängste gehe. Ähnlich schildere der nachträglich eingegangene Arztbrief von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 7. April 2011, dass die Depression der Beschwerdeführerin auch drei Jahre nach der Geburt der jüngeren Tochter immer noch nicht voll remittiert sei. Eine erste Depression habe sie mit 14 Jahren durchgemacht. Im Lichte der Kenntnis der psychiatrischen Vorgeschichte bestehe jetzt offensichtlich eine Tendenz, die Biografie vor dem Unfall um diese Erkrankungen zu bereinigen, vor allem da die damaligen Symptome eine gewisse Ähnlichkeit mit den jetzt von ihr geklagten zeigten. Diagnostisch entspreche diese Symptomatik am ehesten einer Neurasthenie (F48.0). Dabei handle es sich um eine psychische Störung mit Klagen über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, oft begleitet von vegetativen Symptomen mit Schmerzen, der Unfähigkeit sich zu entspannen, Reizbarkeit, unterschiedlichen, leichten Graden von Depression und Angst. Es gebe keine ausreichenden Hinweise dafür, dass diese Diagnose Unfallfolge sein könnte. Vielmehr zögen sich entsprechende Beschreibungen und Klagen unfallunabhängig durch das Leben der Beschwerdeführerin. Wahrscheinlich bestehe ein Zusammenhang mit einer akzentuierten Persönlichkeit, die durch ein ausgeprägtes Leistungs- und Kontrollbedürfnis auffalle. Die damit verbundenen Anstrengungen disponierten auch zu entsprechenden

Zuständen von Erschöpfung. Für eine depressive Episode (F32) oder eine rezidivierende depressive Störung (F33) fänden sich keine Hinweise. Die geklagten kognitiven Ausfälle im Sinne einer Hirnleistungsschwäche hätten während der psychiatrischen Exploration nicht festgestellt werden können.

In der neuropsychologischen Beurteilung wird dargelegt, nebst einem voll durchschnittlichen und ausgeglichenen Leistungsprofil zeigten sich bei der Beschwerdeführerin eine diskret reduzierte Leistung in der phonematischen Flüssigkeit ohne Krankheitswert, eine mittelgradige Minderleistung im verbal-auditiven Arbeitsgedächtnis sowie eine gesteigerte Ermüdbarkeit. Letztere habe sich in Tests und in der Beobachtung abgebildet. Insgesamt entsprächen diese Befunde einer minimalen bis leichten neuropsychologischen Störung. Es zeige sich somit eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Vergleich zur neuropsychologischen Erstuntersuchung vom Mai 2017. Eine leichte traumatische Hirnverletzung, wie sie im neurologischen Teil festgehalten werde, führe grundsätzlich nicht zu persistierenden kognitiven Minderleistungen. Ein die Untersuchung dominierendes Thema seien die chronischen Schmerzen der Beschwerdeführerin. Schmerzen könnten akut insbesondere mit Aufmerksamkeitsleistungen interferieren und diese mindern. Weiter könnten sie zu bewussten und unbewussten Schonhaltungen gegenüber bestimmten Anforderungen führen. Weiter sei ein negativer Effekt auf die Kognitionen von einer affektiven Störung zu erwägen. Beim eingesetzten Selbstbeurteilungsverfahren zu depressiven Symptomen hätten sich erhöhte klinisch relevante Werte gezeigt. Auch in der Aktenlage seien Hinweise auf eine affektive Störung ersichtlich. Nicht auszuschliessen sei auch ein Vorzustand mit Minderleistungen in attentionalen Funktionen und erhöhter Müdigkeit.

Schliesslich wird in Bezug auf die Schulter aus Sicht des Schulterexperten festgehalten, an der operierten Clavicula links lasse sich kein fassbares pathologisches Korrelat für die geschilderten Beschwerden finden. Das funktionell erreichte Resultat könne nach Durchführung der oben genannten Osteosynthese als sehr gut bezeichnet werden. Für den Bereich der Hüfte hält der diesbezügliche Experte fest, die Beschwerdeführerin sei seit einigen Monaten nach dem Unfall vollständig beschwerdefrei. Aus Sicht des wirbelsäulenorthopädischen-neurochirurgischen Fachexperten konnte ein halbes Jahr nach dem Unfall auf den MRI-Bildern des kraniozervikalen Überganges immer noch eine Aktivität im Atlantookzipitalgelenk links dargestellt werden. Es zeige sich immer noch eine, zwar sehr schwache, aber im Vergleich zu der Umgebung leicht erhöhte Aktivität im Bereich des Occipitoatlantalgelenkes (CO/C1) links. Des Weiteren zeige die CT-Untersuchung einen komplett aufgehobenen Gelenkspalt und reaktive sklerotische Veränderungen im Bereich CO/C1 links. Das Bild entspreche am ehesten einer rapiden, unikompartimentalen Segmentdegeneration C0/C1 links. Die hochzervikalen Schmerzen linksdominant könnten mit den erhobenen radiologischen Befunden teilweise erklärt werden (IV-Nr. 39.18 S. 71 ff. bzw. 41 S. 72 ff.).

8.3 Zur Arbeitsunfähigkeit wird im neuropsychologischen Teilgutachten vom 25. Oktober 2018 gesagt, grundsätzlich sei die Ausübung des früheren Berufs möglich. Einschränkend könne sich jedoch die erhöhte Ermüdbarkeit auswirken. Nach vier Stunden intensiver Leistung habe die Beschwerdeführerin angegeben, deutlich erschöpft zu sein. Eine 20-minütige Pause habe nicht mehr zu einer deutlichen Erholung geführt. Die Leistungen am Nachmittag seien bis auf die Aufmerksamkeitsaktivierungsaufgabe zum Abschluss der sechsstündigen Untersuchung vergleichbar mit den Leistungen vom

Vormittag gewesen. Die geschätzte, quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus einem leicht erhöhten Pausenbedarf zur Kompensation der erhöhten Ermüdbarkeit. Die zeitlich begrenzte Einsatzzeit aufgrund der Ermüdung werde auf 70 % geschätzt. Nicht auszuschliessen sei, dass die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Kindergärtnerin jedoch tiefer ausfallen könnte. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass ein erhöhter Lärmpegel sowie das Multitasking, was in der Interaktion mit Kindern vorausgesetzt werde, deutlich stärker ermüden könnten (IV-Nr. 39.19 S. 15).

In der Gesamtbeurteilung wird zur Arbeitsfähigkeit indessen festgehalten, die geschätzte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kindergärtnerin sei quantitativ und nicht qualitativ begründet. Sie ergebe sich aus einem leicht erhöhten Pausenbedarf zur Kompensation der erhöhten Ermüdbarkeit sowie einer zeitlich begrenzten Einsatzzeit aufgrund der Ermüdung; die Arbeitsfähigkeit werde auf 70 % geschätzt. Zusätzliche körperlich-mechanische Einschränkungen aufgrund der Schmerzen in der HWS seien aufgrund des anzunehmenden Berufsbildes als Kindergartenlehrerin nicht anzunehmen. Für eine angepasste Tätigkeit gelte das Gleiche (IV-Nr. 41 S. 102 f.).

## **E. 9**

9.1 Die Beschwerdeführerin hat bei der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_, [...], ein Parteigutachten in den gleichen Disziplinen erstellen lassen. An diesem am 8. Oktober 2019 erstellten Gutachten haben ebenfalls ausgewiesene Fachärztinnen und Fachärzte mitgewirkt, die über die vollständigen Akten verfügt und die Beschwerdeführerin eingehend untersucht haben.

9.2 Die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin entsprechen denjenigen in der Begutachtung durch die Klinik E.\_\_\_\_: So äusserte sie sich über eine noch immer bestehende Einschränkung der Beweglichkeit im Nacken, Konzentrations-, Reizverarbeitungs- und Wortfindungsstörungen, Gereiztheit und verminderter Belastbarkeit.

9.3 Es werden folgende Diagnosen gestellt:

9.4 In rheumatologischer Sicht wird im Einklang mit der übrigen Aktenlage von einer sich im Laufe der Zeit an der HWS entwickelten sekundären Arthrose im Gelenk CO-C1 links gesprochen. Weiter werden ebenfalls bekannte myofasziale Befunde festgehalten. Bezüglich der geltend gemachten Kopfschmerzen liege zumindest teilweise eine cervikogene Komponente vor. Im Bereich der Schulter wird ■ ebenfalls dem Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ entsprechend ■ ein gutes Operationsresultat mit einer weitgehend reizlosen, normal breiten Narbe und einer weitgehend symmetrischen Anatomie der Klavikula erwähnt. Klinisch bestünden eine vermehrte Berührungs- und Druckempfindlichkeit der linken Klavikula, eine Hyposensibilität unterhalb des Narbenbereiches und proximal vorne am linken Vorderarm, zudem das Bild einer leichtgradigen Periarthropathia humeroscapularis tendopathica links. Im Beckenbereich seien die Verletzungen weitgehend folgenlos ausgeheilt, was ebenfalls den übrigen Beurteilungen entspricht.

9.5 Im neuroradiologischen Teilgutachten wird ausgeführt, es fänden sich links temporal drei und rechts frontal eine strichförmige, links frontal zwei punktförmige Suszeptibilitäten im Marklager, allesamt übereinstimmend mit der MR-tomographischen Voruntersuchung von Mai 2017. Im Gegensatz zur Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ (Klinik E.\_\_\_\_) werden diese nun als verdächtig auf Microblutungen im Rahmen von Scherverletzungen (diffuser axonaler Schädigung) gesehen. Ein venöses Angiom (DVA) sei demgegenüber nirgends zu erkennen. Weiter zeigten sich einzelne, etwas grössenakzentuierte Marklagergliose links

subkortikal auf Höhe der anterioren Insula. Zumindest partiell zeige sich wie schon in vorgängigen Untersuchungen eine Autofusion im Atlantookzipitalgelenk links.

9.6 Das neuropsychologische Teilgutachten enthält folgende Einschätzung: Die Beschwerdeführerin habe in den geprüften kognitiven Domänen Aufmerksamkeit, verbales und figürliches Lernen/Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion/visuell-räumliche Leistungen, sprachliche und rechnerische Leistungen durchschnittliche Ergebnisse erzielt. Die zeitliche mentale Belastbarkeit sei für eine 3-stündige Untersuchung unterbrochen durch eine 10-minütige Pause gegeben gewesen. Gemäss eigenanamnestischen Angaben sei die Tagesmüdigkeit jedoch deutlich erhöht. Eine Fatiguesymptomatik könne nach erlittener Hirnverletzung, selbst bei unauffälliger kognitiver Leistungsfähigkeit, über längere Zeit persistieren. Da kognitive Leistungen von einer Vielzahl von Faktoren abhängig seien, seien intermittierende Leistungsschwankungen möglich. Zudem sei davon auszugehen, dass in der Tätigkeit als Kindergärtnerin, die hohe Anforderungen an die Konzentrationsleistungen und die mentale Belastbarkeit stelle und in einem tendenziell unruhigen und ablenkungsreichen Arbeitsumfeld stattfinde, die Müdigkeit und die konsekutiv nachlassende Leistungsfähigkeit früher eintrete als in einer ruhigen, ablenkungsarmen Tätigkeit/Arbeitsumgebung.

9.7 Im neurologischen Teilgutachten wird festgehalten, es sei beim Polytrauma vom 24. Oktober 2016 auch zu einem Schädelhirntrauma gekommen. Weil der Beschwerdeführerin am Unfallort ein Benzodiazepin verabreicht worden sei, seien GCS und Zeitraum der Amnesie nicht verwertbar. Im Schädel CT im Spital sei dann keine ossäre Läsion im Bereich des Kopfschädels und Neurocraniums nachgewiesen worden. Das MRI vom 11. Mai 2017 zeige indessen vier strichförmige Suszeptibilitätsartefakte temporal links, vereinbar mit diffusen axonalen Schädigungen bzw. Scherverletzungen sowie auch unspezifische FLAIR-hyperintense Marklagerläsionen temporal links und nebenbefundlich eine Pinealiszyste. Im HWS MRI seien ein Knochenmarksoedem mit kortikalem Unterbruch bei Fraktur des Condylus occipitalis links und eine erweiterte Gelenksspalte im Atlanto-okzipital-Gelenk links als Hinweis für eine ossäre Fehlstellung mit partieller Ruptur des Ligamentum transversum links beschrieben. Das aktuelle Verlaufs-MRI Schädel mit TOF-Angiographie vom 24. Juli 2019 bestätige im Wesentlichen die intracerebralen Befunde mit Nachweis von Microblutungen im Rahmen von Scherverletzungen (Diffus axonal injuries), die durch Beschleunigungskräfte auf das Gehirn entstünden. Gemäss Literatur dürfe man bei einer posttraumatischen Amnesie von weniger als 2 Wochen erwarten, dass langfristig keine wesentlichen kognitiven Beeinträchtigungen zurückblieben. Die Dauer der Amnesie bei der Beschwerdeführerin lasse sich aufgrund der vorliegenden Informationen nicht genau rekonstruieren. In der aktuellen neurologischen Untersuchung zeigten sich im Bereich der Hirnnerven keine Auffälligkeiten, ebenso wenig fokale Atrophien. Kraft und Koordination seien unauffällig. Die neurologischen Veränderungen seien insgesamt diskret. Sie allein könnten das Ausmass der beschriebenen Müdigkeit und Erschöpfung nicht erklären. Die kleinen Microblutungen seien wahrscheinlich nicht die alleinige Ursache für Gedächtnisstörungen. Das gleichzeitige Vorliegen von Microblutungen links temporal und rechts frontal lasse aber auch an eine Coup-contre-Coup-Verletzung denken. Die Kopfschmerzen seien wenig beeinträchtigend und als Kopfschmerzen vom Spannungstyp einzuordnen.

9.8 Der psychopathologische Befund fällt folgendermassen aus: Hinweise auf Auffassungsstörungen gebe es nicht. Die Konzentration lasse jeweils gegen Ende der

Untersuchungssequenzen etwas nach, sei aber noch ausreichend. In der Untersuchung gebe es keine Hinweise auf Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen. Die Beschwerdeführerin wirke leicht depressiv herabgestimmt. Sie bejahe auf Nachfragen Gereiztheit. In der Untersuchung sei sie immer wieder affektlabil. Die Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt und zum depressiven Pol verschoben. Die Vitalgefühle seien nach wie vor relevant reduziert, insbesondere die Energie insgesamt, die Tagesmüdigkeit erhöht und die Leistungsfähigkeit relevant erniedrigt. Antriebsstörungen seien nicht berichtet, eine motorische Unruhe verneint worden. Sozial habe sie sich deutlich zurückgezogen, weil sie viele und vor allem lebhaft Kontakte in lauter Umgebung ausgesprochen belasten würden, auch private Besuche. Auf der Hamilton Depressionsskala (HAMD) erreiche die Beschwerdeführerin 17 Punkte, was einer leichten bzw. leicht bis mittelschweren depressiven Symptomatik entspreche. Auf der allgemeinen Depressionsskala (ADS) erreiche sie 19 Punkte. Dies entspreche einem Ergebnis, das auf eine leichte depressive Symptomatik hinweise.

Die psychiatrische Diagnostik fällt folgendermassen aus: Diskutiert wird zunächst eine depressive Episode. Von den Grundsymptomen aktuell vorhanden seien eine leicht depressive Stimmung und eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit. Von den zusätzlichen Symptomen nicht sicher fänden sich verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Schlafstörungen und schwankender Appetit. Insgesamt entspreche dies einer leichten depressiven Symptomatik. Die genauere diagnostische Einordnung der depressiven Symptomatik sei schwierig, weil die vorausgegangene diagnostische Einordnung durch Dr. med. J. \_\_\_ die Frage einer rezidivierenden depressiven Störung aufkommen lasse. Nach der sorgfältigen Aktenanalyse und aktuellen Untersuchung seien vorausgegangene depressive Episoden nicht ausgeschlossen, aber auch nicht klar belegt.

Differentialdiagnostisch kämen schliesslich eine Anpassungsstörung in Frage oder eine sonstige näher bezeichnete psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD-10 F06.08). Die erlittene Hirnverletzung sei unbestritten und der zeitliche Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Symptomatik und dem Auftreten des psychischen Syndroms klar gegeben. Die kognitiven Einschränkungen hätten sich erfreulich verbessert. Im Bereich der Persönlichkeit werde die Beschwerdeführerin als hoch leistungsorientiert beschrieben. Dies entspreche dem Eindruck aufgrund der anamnestischen Angaben. Die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien aber nicht erfüllt. Eine Persönlichkeitsakzentuierung stehe aber zur Diskussion. Offensichtlich habe sie von der psychotherapeutischen Behandlung gut profitieren können, da die depressive Symptomatik deutlich rückläufig sei. Diese sollte, einschliesslich Pharmakotherapie, fortgesetzt werden. Ein neuropsychologisches Funktionstraining sei nicht indiziert. Zur Frage der Konsistenz sei zu sagen, dass weder in den vorausgegangenen Untersuchungen und der Begutachtung noch in den aktuellen Untersuchungen Hinweise auf eine Verdeutlichung erkennbar seien. Als Ressource sei zu sehen, dass die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen erhalten sei. Die Fähigkeit, den Tag und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, sei auch nicht eingeschränkt. Im Bereich der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit bestehe eine leichte Einschränkung. Die Kompetenz- und Wissensanwendung sei erhalten. Was die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit anbelange, scheine die Beschwerdeführerin ihren kognitiven Fähigkeiten noch nicht ganz zu trauen, die Einschränkung sei leicht. Proaktivität und Spontanaktivitäten seien nicht im alten Ausmass gegeben und es liege eine mittelschwere Einschränkung vor, gleich wie bei der Widerstands-, Durchhalte- und

Selbstbehauptungsfähigkeit. Bei der Kontakt- und Gruppenfähigkeit sei eine leichte Einschränkung gegeben. Enge dyadische Beziehungen seien möglich und die Beschwerdeführerin könne sich selber pflegen und versorgen. Mobilität und Verkehrsfähigkeit seien leicht eingeschränkt.

9.9 Zusammengefasst ergibt sich im Parteigutachten folgende Arbeitsfähigkeits-Einschätzung: Von rheumatologischer Seite bestünden zwar unfallbedingt Einschränkungen in Bezug auf Tätigkeiten, welche mit vermehrten Erschütterungen der Halswirbelsäule, mit plötzlichen Bewegungen der HWS bzw. schnellen Rotationsbewegungen verbunden seien, ebenso bezüglich Tätigkeiten, welche eine stereotype Arbeitshaltung mit dem linken Arm oder besonders kraftaufwändige Arbeiten mit dem linken Arm erforderten. All diese Tätigkeiten spielten bei der Arbeit als Kindergärtnerin jedoch keine entscheidende Rolle. Von neuropsychologischer und neurologischer Seite würden Einschränkungen bei der Tätigkeit als Kindergärtnerin angenommen. Die Arbeitsfähigkeit sei unter Berücksichtigung der klinischen Befunde mit Schmerzen und einer Einschränkung in der HWS Motilität sowie der erhöhten Erschöpfbarkeit und verminderten Leistungsfähigkeit noch eingeschränkt. Die Quantifizierung ausschliesslich von neurologischer Seite sei schwierig, da die erhöhte Ermüdbarkeit und die verminderte Belastbarkeit nicht alleine posttraumatisch erklärt werden könnten. Die Arbeitsfähigkeit werde aus rein neurologischer Sicht auf um ca. 25 % eingeschränkt beurteilt. Die Einschränkungen von neurologisch-neuropsychologischer Seite würden zusammen mit den psychischen Einschränkungen beurteilt: Nach erheblicher Verunsicherung durch die anfänglich leicht bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörungen habe die Beschwerdeführerin kürzlich ihre Tätigkeit als Kindergärtnerin wieder aufgenommen. Das Pensum entspreche etwa der Hälfte des Pensums vor dem Unfallereignis. Erwartbar sei, dass sie dieses Pensum nach einer Einarbeitungszeit weiter steigern könne. Ob das frühere Pensum von 40 % ganz erreicht werde, sei noch nicht absehbar (IV-Nr. 49 S. 67).

## **E. 10**

10.1 Im Parteigutachten wird in drei Punkten Kritik am Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ geübt, was im Wesentlichen den Rügen der Beschwerdeführerin entspricht. Zur Frage einer beim Unfall erlittenen Hirnverletzung wird moniert, im Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ seien das MRI vom 11. Mai 2017 nachbefundet und die zuvor beschriebenen Suszeptibilitätsartefakte uminterpretiert worden, ohne sich kritisch mit der vorliegenden Bildgebung auseinander zu setzen (IV-Nr. 49 S. 70). Diese Kritik kann nicht von der Hand gewiesen werden, wurde doch ein Zusammenhang zwischen den auf den MRI-Bildern ersichtlichen Läsionen und dem Unfallereignis nach Vorliegen des MRI-Befundes vom 11. Mai 2017 von fachärztlicher Seite nicht in Frage gestellt (vgl. Berichte des L.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2017 über die neuropsychologische Abklärung vom 29. und 31. Mai 2017, vom 11. August 2017 betreffend neurologischer Sprechstundenbericht vom 3. August 2017 und vom 8. Februar 2018 betreffend neurologischer Sprechstundenbericht vom 6. Februar 2018; E. II. 7.4, 7.5 und 7.8 hiervor). Dr. med. G.\_\_\_\_ hat es im Gegensatz zum Parteigutachter unterlassen, eigene Bilder anfertigen zu lassen und zu würdigen. Die diesbezüglichen Ausführungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ zur Herstellungsart der MRI-Bilder (vgl. IV-Nr. 39.18 S. 75 f.) vermögen diesen Zusammenhang nicht zu widerlegen. Sollte er der Ansicht gewesen sein, dass sich anhand der vorliegenden Bilder vom 11. Mai 2017 keine genügende Einschätzung abgeben liesse, hätte er eigene Bilder anfertigen lassen müssen anstatt sich darauf zu beschränken,

die auf den vorliegenden Bildern ersichtlichen Läsionen mit Verweis auf den Verlauf nach dem Unfall umzuinterpretieren. Im Gegensatz dazu wurden im Parteigutachten MRI-Bilder angefertigt, die das Vorliegen einer leichten Hirnverletzung bestätigen (wenn diese auch die anamnestisch angegebenen Einschränkungen nicht vollumfänglich zu erklären vermögen). Aufgrund der Bildgebung vom 24. Juli 2019 wurde festgestellt, links temporal finde man drei und rechts frontal eine strichförmige sowie links frontal zwei punktförmige Suszeptibilitäten im Marklager, welche allesamt mit der MR-tomographischen Voruntersuchung des Inselspitals Bern vom Mai 2017 übereinstimmen und sehr verdächtig auf Microblutungen im Rahmen von Scherverletzungen (diffuser axonaler Schädigung) seien. Ein venöses Angiom (DVA) sei entgegen dem Auszug der Fremdbeurteilung seitens der E.\_\_\_\_ nirgends zu erkennen. Eine kritische Auseinandersetzung mit der Bildgebung habe nicht stattgefunden (IV-Nr. 49 S. 46, 50 und 70). Insofern liegen zumindest geringe Zweifel an der Nachvollziehbarkeit der Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ vor.

10.2 Ebenfalls Zweifel erweckt die psychiatrische Begutachtung im Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_. Zwar erscheint die im Parteigutachten dazu festgehaltene Argumentation, dass die Herleitung von bereits früher bestehenden psychischen Problematiken aufgrund des Berichts von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 7. April 2011 nicht statthaft sei, weil dort nicht das Geburtsdatum und die Adresse der Beschwerdeführerin aufgeführt sei, abwegig. Dieser Bericht enthält nämlich auch andere, auf die Beschwerdeführerin zutreffende Informationen (so das Alter ihrer jüngeren Tochter). Die von Dr. med. O.\_\_\_\_ (Klinik E.\_\_\_\_) vorgenommene Herleitung der vorbestehenden psychischen Problematik der Beschwerdeführerin erscheint vielmehr plausibel und findet ihre Stütze in der Aktenlage, wohingegen der Einfluss eines psychischen Vorzustands im Parteigutachten überhaupt nicht diskutiert wird. Allerdings weist das psychiatrische Teilgutachten der Klinik E.\_\_\_\_ insofern einen relevanten Mangel auf, als dass sich anhand der dortigen kurz gehaltenen beurteilenden Ausführungen die in solchen Fällen notwendige Indikatorenprüfung nicht durchführen lässt. Es wird ausgeführt, dass die geklagten Symptome am ehesten einer Neurasthenie entsprächen. Weiter wird festgehalten, Hinweise für eine depressive Störung fänden sich nicht. Ausführungen zum funktionellen Schweregrad des Leidens fehlen jedoch, sowohl zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde als auch zur Frage der Behandlung und Komorbiditäten. Der Komplex Persönlichkeit wird mit der Angabe von akzentuierten Persönlichkeitszügen (ausgeprägtes Leistungs- und Kontrollbedürfnis) angeschnitten. Detaillierte Angaben zur Konsistenz fehlen (IV-Nr. 39.21). Dem Parteigutachten lässt sich zumindest entnehmen, dass gestützt auf die vorhandenen Grundsymptome einer leicht depressiven Stimmung und einer deutlich erhöhten Ermüdbarkeit eine leichte depressive Episode zu diagnostizieren sei (F32.0). Die funktionellen Auswirkungen werden umfassend diskutiert und der Grad der Einschränkungen wird festgelegt. Es wird auf die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. I.\_\_\_\_ Bezug genommen, die zu einer Verbesserung des Zustands beigetragen habe und zusammen mit einer entsprechenden Medikation auch zu einer weiteren Verbesserung beitragen könne. Im Bereich der Persönlichkeit wird auf die hohe Leistungsorientierung hingewiesen, wobei die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt seien. Zur Frage der Konsistenz wird festgehalten, dass Hinweise auf Verdeutlichung nicht erkennbar seien. Es zeigen sich denn auch in allen Lebensbereichen vergleichbare Einschränkungen, so widmet sich die Beschwerdeführerin nicht mehr im gleichen Ausmass wie früher ihren Pferden und pflegt weniger soziale Kontakte. Als Ressource sei zu sehen, dass die Fähigkeit zur Anpassung an

Regeln und Routinen bei der Beschwerdeführerin erhalten sei. Selbst ohne Vorliegen des Parteigutachtens wäre indessen offensichtlich gewesen, dass eine Indikatorenprüfung anhand des Gutachtens der Klinik E.\_\_\_\_ nicht durchführbar ist. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass auch hinsichtlich des psychiatrischen Teils Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens der Klinik E.\_\_\_\_ gegeben sind.

10.3 Eine weitere Diskrepanz ergibt sich bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_. In der Gesamtbeurteilung wird die neuropsychologische Beurteilung übernommen, wonach aufgrund eines leicht erhöhten Pausenbedarfs zur Kompensation der erhöhten Ermüdbarkeit sowie einer zeitlich begrenzten Einsatzzeit aufgrund der Ermüdung eine Arbeitsfähigkeit von 70 % gegeben sei (IV-Nr. 41 S. 102 f.). Dies wird für jegliche Tätigkeiten (auch die angestammte) so angenommen, obwohl im neuropsychologischen Teilgutachten zusätzlich angemerkt wird, dass die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Kindergärtnerin jedoch tiefer ausfallen könnte, weil ein erhöhter Lärmpegel sowie das Multitasking, welches in der Interaktion mit Kindern vorausgesetzt werde, deutlich stärker ermüden könnten (IV-Nr. 39.19 S. 15). Die Gesamtbeurteilung ist damit nicht nachvollziehbar begründet. Doch auch auf das Parteigutachten kann in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden. Die Diagnostik wird zwar stimmig hergeleitet, die attestierte Arbeitsunfähigkeit jedoch nicht. Während die aus rein neurologischer Sicht getroffene Einschätzung einer Einschränkung von ca. 25 % mit der Annahme einer stattgehabten Hirnverletzung noch plausibel erscheint, wird unter Hinzunahme der psychischen Einschränkungen festgehalten: «Nach erheblicher Verunsicherung durch die anfänglich leicht bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörungen hat Frau A.\_\_\_\_ eben ihre Tätigkeit als Kindergärtnerin wieder aufgenommen. Das Pensum entspricht etwa der Hälfte des Pensums vor dem Unfallereignis. Erwartbar ist, dass Frau A.\_\_\_\_ dieses Pensum nach einer Einarbeitungszeit weiter steigern kann. Ob sie das frühere Pensum von 40 % ganz erreicht, ist noch nicht absehbar.» Damit wird lediglich der zum Zeitpunkt der Begutachtung gegebene status quo wiedergegeben, aber keine Einschätzung vorgenommen. Ob und weshalb nur das geleistete Pensum von 20 % zumutbar sein soll, wird nicht dargelegt und erscheint angesichts der bestehenden leichten depressiven Symptomatik auch nicht einleuchtend. Auf diese Einschätzung kann demnach ebenfalls nicht abgestellt werden.

10.4 Immerhin ist in orthopädischer bzw. rheumatologischer Sicht der medizinische Sachverhalt unbestritten und geklärt. Es liegen keine Einschränkungen vor, die sich auf eine Tätigkeit im angestammten Beruf als Kindergärtnerin auswirken würden. Ein negatives angepasstes Tätigkeitsprofil, in welchem eine vollständige Arbeitsfähigkeit nicht gegeben ist, wird im Parteigutachten formuliert: keine vermehrten Erschütterungen der Halswirbelsäule, keine plötzlichen Bewegungen der HWS, keine schnellen Rotationsbewegungen, keine stereotype Arbeitshaltung mit dem linken Arm und keine besonders kraftaufwändigen Arbeiten mit dem linken Arm.

11. Zusammengefasst zeigt sich, dass sich weder mit dem Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ noch anhand des von der Beschwerdeführerin eingereichten Parteigutachtens der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend klären lässt. Gemäss Einschätzung des RAD im Dezember 2017 (IV-Nr. 22) wurde eine polydisziplinäre Begutachtung als notwendig erachtet. Da die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären hat und im vorliegenden Fall auf ein UV-Gutachten abstellte, das eben solche (geringen) Zweifel erweckt, erweist sich der Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Insbesondere in

psychiatrischer Hinsicht ■ bei Unmöglichkeit einer Indikatorenprüfung ■ hätte die Beschwerdeführerin auch ohne Vorliegen des Parteigutachtens ein Administrativgutachten einholen müssen.

12. Die Sachverhaltsabklärung erweist sich in einem weiteren Punkt als ungenügend. Die Beschwerdeführerin war stets in einem Teilpensum von ca. 50 % als Kindergärtnerin tätig. Es wäre daher bei der Berechnung des Invaliditätsgrades nach der gemischten Methode vorzugehen. In der angefochtenen Verfügung wird ausgeführt, es sei aus medizinischer Sicht ab November 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % als Kindergärtnerin zumutbar, womit die Beschwerdeführerin ihr bisheriges Teilpensum (48 %) wieder ausüben könne. Damit könne sie ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen. Ob eine Einschränkung im Haushalt besteht, wurde jedoch nicht abgeklärt und es werden in der angefochtenen Verfügung auch keine Ausführungen dazu gemacht. Dies obwohl der RAD am 2. April 2019 (IV-Nr. 42) festhielt, dass Einschränkungen vorlägen, die sich auf den Haushalt auswirkten (mögliche Einschränkungen beim Einkaufen schwerer Lasten, beim Putzen und Aufräumen, beim Waschen und Bügeln sowie in der Haustier-, Pflanzen- und Gartenpflege). Auch im der Beschwerdeführerin zum Verfügungszeitpunkt vorliegenden Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ wurden verschiedene Einschränkungen im Haushalt festgehalten (IV-Nr. 41 S. 58 ff. und 108 ff.). Weshalb keine Haushaltsabklärung vorgenommen wurde und sich die Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt stellt, bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % könne aufgrund des früher ausgeübten Arbeitspensums ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden, ist nicht ersichtlich. Hier wird verkannt, dass in der vorliegenden Konstellation eine Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode hätte stattfinden müssen.

13. Bei dieser Sachlage erscheint es nicht angebracht, dass das Versicherungsgericht den medizinischen Sachverhalt durch Einholen eines Gerichtsgutachtens klärt. Vielmehr ist die Sache an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, damit diese ein Administrativgutachten einholt, eine Haushaltsabklärung durchführt und hiernach erneut über den Rentenanspruch entscheidet. Eine Rückweisung an die Beschwerdeführerin ist möglich, wenn diese allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Eine solche Konstellation ist hier nach dem Gesagten gegeben. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen.

#### **E. 14**

14.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der im kantonalen Beschwerdeverfahren obsie-gende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten; diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat im vorliegenden Fall einer Rückweisung Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57).

Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 2. Juni 2020 eine Kostennote zu den Akten gegeben (A.S. 51 f.), in welcher ein Aufwand von insgesamt 12.42 Stunden zu einem Stundenansatz von CHF 300.00 sowie Auslagen von CHF 341.90 geltend gemacht werden, insgesamt eine Entschädigung von CHF 4'381.10 (inkl. Mwst). Der Aufwand erweist sich gemessen am Akten- und Zeitaufwand als angemessen. Der Stundenansatz ist jedoch praxisgemäss auf CHF 260.00 festzusetzen. Damit ergibt sich eine Parteientschädigung von

CHF 3'846.10, welche die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu bezahlen hat.

14.2 Auf Grund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 14. Oktober 2019 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und anschliessend neu über den strittigen Anspruch entscheide.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 3'846.10 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu übernehmen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

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

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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