

SO_GERICHTE VSBES.2021.32 vom 9. Juli 2024

SO Obergericht, 2024-07-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.32_d20240709

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.32 du 9 juillet 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.32 del 9 luglio 2024

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

Januar 2018). Die versicherte Person erhält eine Frist von zwölf Tagen, um Einwände zu erheben (Rz 2077.9 KSVI). Sie kann die Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen (Art. 44 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1), z.B. wegen fehlender Fachkompetenz (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.).

Die Beschwerdegegnerin bringt vor, die Beschwerdeführerin habe es vor der Begutachtung unterlassen, die vorgebrachten Ausstandsgründe bzw. die fachliche Qualifikation von Dr. med. F.____ innert der ihr gesetzten Frist zu beanstanden (s. E. I. 2.1 hiervor), weshalb der Anspruch auf Anrufung dieser Verfahrensgarantie verwirkt sei. Richtig ist, dass Einwendungen nach Treu und Glauben möglichst bald zu erheben sind, damit diese bereits im Vorfeld der Begutachtung geklärt werden können. Im vorliegenden Fall kann der Beschwerdeführerin aber nicht vorgeworfen werden, sie habe mit dem Einwand gegen Dr. med. F.____, der mit Eingaben vom 11. November 2019 und 19. Dezember 2019 (IV-Nr. 78 und 88) erhoben wurde, zu lange zugewartet. Der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen, der sich mit der neuropsychologischen Qualifikation von Dr. med. F.____ befasste und diese verneinte, erging nämlich erst am 2. Dezember 2019 (s. IV-Nr. 88, S. 3), also nach der Begutachtung. Der Einwand der Beschwerdeführerin gegen die fachliche Eignung von Dr. med. F.____ kann daher nicht aus formellen Gründen verworfen werden (s. dazu Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2019.229 vom 19. Februar 2021 E. II. 3.1).

4.2.2

4.2.2.1 Das Versicherungsgericht hatte bereits in den Urteilen VSBES.2019.229 vom 19. Februar 2021 sowie VSBES.2019.237 vom 8. März 2021 über die vorliegend interessierende Frage zu entscheiden, ob es Dr. med. F.____ als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der erforderlichen fachlichen Qualifikation für die von ihm durchgeführte neuropsychologische Begutachtung mangelt. Es kann somit im Wesentlichen auf die dortigen Ausführungen verwiesen werden, welche nachfolgend in Auszügen wiedergegeben werden. Es wird darin unter anderem Bezug auf die Stellungnahme von Dr. phil. V.____ vom 23. Juni 2020 genommen, welche in den vorliegenden IV-Akten ebenfalls enthalten ist (s. IV-Nr. 98, S. 14).

«(.) Gemäss den von Dr. med. F.____ im damaligen Verfahren eingereichten Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen vom 14. November 1994 (.) sind für den Erwerb der Anerkennung als Facharzt «Psychiatrie und

Psychotherapie» (durch Dr. med. F.____ erlangt im Jahr 2008) unter anderem hinreichende Kenntnisse in psychodiagnostischen Testverfahren nachzuweisen. Dazu gehört laut dem Text der Richtlinien «die selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 5 Testuntersuchungen einschliesslich neuropsychologischer Untersuchungsmethoden» (.). Eine andere Fassung erwähnt «eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der psychopathologischen Symptomatik und der neuropsychologischen Diagnostik organischer Erkrankungen und Störungen des zentralen Nervensystems» (.). Die durch Dr. med. F.____ absolvierte Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie umfasst demnach in einem gewissen, beschränkten Umfang die Anwendung neuropsychologischer Testverfahren. Nicht Bestandteil dieser Weiterbildung bildet demgegenüber das vielfältige Hintergrundwissen, das gemäss der Stellungnahme von Dr. phil. V.____ in einem Psychologiestudium mit anschliessender Weiterbildung zum Neuropsychologen FSP (oder einer vergleichbaren Weiterbildung) vermittelt wird (.).

Den eingereichten Unterlagen lässt sich ausserdem entnehmen, dass Dr. med. F.____ eine Reihe von Fortbildungen absolviert hat. Bescheinigt sind (.): Die Teilnahme an einer eintägigen Veranstaltung mit dem Titel «Die Rolle der Kognition in der Therapie schizophrener Störungen» im Jahr 2001 (.), an einem viertägigen Workshop zum Thema «learn to use the HCR-20 und the PCL:SV to assess risk of violent behaviour» im Jahr 2004, an einer 42 Unterrichtsstunden umfassenden Fortbildung zum Thema «Kriminal-Prognose» 2004 / 2005, an einer knapp zweistündigen Veranstaltung «Neurobiologie des Lernens» im Jahr 2007, an einer insgesamt zehn Stunden umfassenden Weiterbildungsveranstaltung zu verschiedenen Themen im Jahr 2007, an einer eintägigen Fortbildungsveranstaltung «Geistige Behinderung und Delinquenz» im Jahr 2007, an einer eintägigen Fortbildung zum Thema «Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter» im Jahr 2016, an einem zweitägigen versicherungsmedizinischen Kolloquium im Jahr 2016 (als Teilnehmer und Referent) sowie an einem eintägigen Symposium zur versicherungsmedizinischen Bewertungspraxis im Jahr 2017 (als Teilnehmer und Referent). Weiter geht aus den eingereichten Dokumenten hervor, dass Dr. med. F.____ 2005 / 2006 ein Jahr lang als Stationsarzt auf einer Station für neurologische Frührehabilitation tätig war (p. 128). Zudem arbeitete er in den Jahren 2007 / 2008 etwa 15 Monate lang (ohne Elternzeit) als Assistenzarzt in Weiterbildung an einer Klinik für Forensische Psychiatrie (.).» (s. VSBES.2019.237 E. II. 3.3.3)

«Vergleicht man die neuropsychologischen Anteile der von Dr. med. F.____ absolvierten Ausbildung zum Arzt und Psychiater mit den durch Dr. phil. V.____ genannten Elementen der spezifischen Ausbildung zum Neuropsychologen, wird deutlich, dass eine erhebliche Differenz besteht. Die von Dr. med. F.____ über die eigentliche Ausbildung hinaus absolvierten Fortbildungen und seine beruflichen Erfahrungen vermitteln zusätzliches Wissen und zusätzliche Kompetenzen. Ihr Inhalt entspricht jedoch offensichtlich nicht der Differenz zwischen den neuropsychologischen Aspekten der durch Dr. med. F.____ absolvierten Ausbildung und den diesbezüglichen Kenntnissen, die im Rahmen eines Psychologiestudiums mit anschliessender Weiterbildung als Neuropsychologe vermittelt werden. Es kann deshalb nicht als ausgewiesen gelten, dass Dr. med. F.____ durch die Facharztbildung und die absolvierten Fortbildungen zusammengenommen den vollständigen Wissens- und Erfahrungsstand eines Neuropsychologen FSP oder einer damit vergleichbaren Ausbildung erlangt hat (s. VSBES.2019.237 E. II. 3.3.4).»

4.2.2.2 Dr. med. F.____ verfügt somit nicht über einen anerkannten Fachtitel oder einen Ausweis über eine sonstige anerkannte, spezifische Weiterbildung in Neuropsychologie. Dass er trotzdem Kenntnisse aufweist, welche diesem Niveau entsprechen, ist zwar denkbar, aber nicht hinreichend nachgewiesen. Ihm fehlt es daher an einer hinreichenden, ausgewiesenen Qualifikation zur Erstellung neuropsychologischer Gutachten. Das neuropsychologische Teilgutachten von Dr. med. F.____ stellt sich folglich mangels ausgewiesener fachlicher Qualifikation als nicht beweiswertig heraus (s.a. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2019.229 vom 19. Februar 2021 E. II. 3.3.9).

5. Sodann ist nachfolgend zu prüfen, ob an Stelle des neuropsychologischen Teilgutachtens von Dr. med. F.____ das von der Beschwerdeführerin veranlasste neuropsychologische Privatgutachten von Dr. phil. H.____ vom 27. April 2020 (IV-Nr. 93, S. 6) als Beweisgrundlage dienen kann.

Dr. phil. H.____ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung mit im Vordergrund stehenden mnestischen, attentionalen und spezifischen exekutiven Minderleistungen sowie einer deutlich reduzierten Belastbarkeit mit erhöhter Ermüd- und Erschöpfbarkeit bei länger andauernder konzentrativer Beanspruchung. Zur Begründung führte Dr. phil. H.____ aus, im Vordergrund der objektivierbaren kognitiven Minderleistungen stünden reduzierte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen, insbesondere in der selektiven bzw. gerichteten Aufmerksamkeit sowie in der Aufmerksamkeitsteilung und im Arbeitsgedächtnis. Im Arbeitsgedächtnis zeige sich zudem eine Zunahme der Einfachreaktionszeiten im Verlauf, welche klinisch mit einer erhöhten Ermüd- und Erschöpfbarkeit (Fatigue) korreliert sei. Ausserdem manifestierten sich leichte bis deutliche Leistungsminderungen in den mnestischen Funktionen, sowohl im sprachlichen Lern- und Neugeächtnis und im Textgedächtnis als auch im visuell-figuralen und im visuell-räumlichen Lern- und Neugeächtnisvermögen. Hinzu kämen spezifische Minderleistungen im Bereich der Exekutivfunktionen, insbesondere in der Konzepterkennung und im Kategorisierungsvermögen sowie in der verbalen Ideenproduktion und im sprachlichen Arbeitsgedächtnis (verbale Erfassungsspanne rückwärts) sowie eine z.T. verminderte Fehlerkontrolle. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führte Dr. phil. H.____ aus, aufgrund der insgesamt als leicht bis mittelschwer zu beurteilenden neuropsychologischen Funktionsstörung sei gemäss der Richtlinie der Fachgesellschaft (Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Funktionsstörung, A. Frei et. Al. 2016) von einer 30 - 50%igen Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit (in Bezug auf ein volles Arbeitspensum) auszugehen, je nach Anforderungsprofil der Berufstätigkeit. Sowohl in Bezug auf die angestammte Kaderposition einer Diplom-Betriebsökonomin und Finanzplanerin, als auch in der verantwortungsvollen Tätigkeit einer Kaufmännischen Leiterin eines grossen Optikergeschäftes sei zum heutigen Zeitpunkt von einer ca. 50%igen Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit auszugehen, zumal die kognitiven Anforderungen bzgl. Berufstätigkeit gemäss Arbeitgeberfragebogen vom

E. 2

Februar 2017 durchgehend als hoch eingestuft worden seien.

Auch wenn das Gutachten von Dr. phil. H.____ als grundsätzlich nachvollziehbar und eingehend begründet erscheint, kann dennoch nicht alleine auf dieses abgestellt werden. Dr.

phil. H.____ wurde vom Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. W.____, mit Schreiben vom 27. Dezember 2019 mit der Begutachtung beauftragt (s. S. 2 des neuropsychologischen Gutachtens von Dr. phil. H.____). Dies offensichtlich als Reaktion auf den ersten Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 5. November 2019 (IV-Nr. 76), in welchem der Beschwerdeführerin in Aussicht gestellt wurde, ab 1. Juli 2019 bestehe kein Anspruch auf eine Rente mehr. Insoweit muss ■ analog der diesbezüglichen Rechtsprechung über behandelnde Ärzte (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2006; I 482/06, E. 3.3; BGE 125 V 353 E. 3b/cc) ■ davon ausgegangen werden, dass Dr. phil. H.____ eher zu Gunsten der Beschwerdeführerin aussagt.

6. Nachdem somit weder auf das Privatgutachten von Dr. phil. H.____ vom 27. April 2020 noch auf das neuropsychologische Teilgutachten von Dr. med. F.____ abgestellt werden kann, bedarf es einer erneuten neuropsychologischen Begutachtung durch eine Gutachterperson mit der erforderlichen Fachkompetenz. Dies hat jedoch auch Auswirkungen auf die übrigen Teile des polydisziplinären B.____-Gutachtens. Um die neuropsychologischen Befunde in einen Gesamtzusammenhang zu stellen und in eine Konsensdiskussion einzubeziehen, ist es nämlich angezeigt, die Begutachtung auch in den vier anderen Disziplinen zu wiederholen. Aus dem Urteil VSBES.2020.22 des Versicherungsgerichts Solothurn vom 19. Januar 2021 lässt sich für den vorliegenden Fall nichts Gegenteiliges ableiten, da es um eine andere Situation ging: Das Versicherungsgericht liess dort offen, ob der Neurologe Prof. Dr. med. X.____ für neuropsychologische Begutachtungen qualifiziert sei, da das entsprechende Teilgutachten, welches er erstellt hatte, für die Beurteilung des Sachverhalts von vornherein entbehrlich war und deshalb ausgeklammert werden konnte, ohne den Beweiswert des polydisziplinären Gesamtgutachtens zu tangieren (s. dortige E. II. 3.5.4). Dagegen ist die neuropsychologische Fachrichtung im vorliegenden Fall durchaus relevant, da in verschiedenen Arztberichten kognitive Defizite attestiert wurden.

Insofern die Beschwerdeführerin beantragt, es seien zusätzlich die Fachrichtungen Viszeralchirurgie und Gastroenterologie begutachten zu lassen, ist festzuhalten, dass in den Akten diesbezüglich aktuell weder eine Behandlungsbedürftigkeit noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit postuliert wird. Zudem liegen in diesen Fachrichtungen in den Akten nach 2017 keine Arztberichte mehr vor, so dass nicht davon auszugehen ist, dass diesbezüglich eine Behandlungs- bzw. eine zusätzliche Abklärungsbedürftigkeit besteht. Demnach ist der diesbezügliche Antrag abzuweisen.

Zusammenfassend kam das Versicherungsgericht nicht umhin, im vorliegenden Verfahren ein neues polydisziplinäres Gerichtsgutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädie zu veranlassen. Da zudem im parallel laufenden UV-Verfahren nicht auf die kreisärztlichen Beurteilungen abgestellt werden kann und diesbezüglich ebenfalls weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen sind, wird das polydisziplinäre Gerichtsgutachten zur Sicherstellung einer einheitlichen medizinischen Entscheidungsgrundlage im vorliegenden Verfahren als auch im UV-Verfahren VSBES.2021.72 gemeinsam veranlasst. Da ohnehin ein gänzlich neues Gutachten eingeholt werden muss, erübrigt es sich, auf die sonstigen Einwände der Beschwerdeführerin gegen das vorliegende B.____-Gutachten einzugehen.

7. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. J.____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH), Dr. med. K.____ (Facharzt für Neurologie FMH), Dr. med. L.____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und

Traumatologie des Bewegungsapparates), Dr. med. M.____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und lic. phil. N.____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP), alle von der O.____, ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt. Das Gutachten vom 28. März 2023 (A.S. 88 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

7.1 Im orthopädischen Teilgutachten der O.____ (A.S. 122 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

Sodann führt der orthopädische Gutachter aus, objektivierbar beurteile Dr. Y.____, Oberarzt Orthopädie Z.____, Hüft- und Knickchirurgie, mit Bericht vom 13. Januar 2020 als Hauptproblem am ehesten eine traumatisch entstandene Patella baja, während hingegen die retropatelläre chondropathischen Veränderungen nur mit Grad I-II beurteilt worden sei und auch femorotibial gemäss MRI vom Juni 2019 altersentsprechend unauffällig mit intaktem Meniskus und Knorpelverhältnissen sowie Ligamenten beschrieben worden sei. Auch das Rotation CT vom November 2019 sei allseits unauffällig gewesen. Dies decke sich mit der aktuellen orthopädischen Befundlage, wo ebenfalls ein leichter Patellatiefstand im Rahmen einer insuffizienten muskulären Führung durch den M. quadriceps feststellbar sei. Somit seien alle Kniebelastungen, welche zu einem kräftigen Anpressen der Patella führten (Anspannung des Quadriceps, Kniebeugeposition), potentiell schmerzzeugend. Dies betreffe funktional somit also Tätigkeiten in hockender und kniender Position, Treppensteigen, Bergabgehen, ständig gebeugte Kniegelenke. Hingegen sei axial das Kniegelenk voll belastbar. Es bestehe gemäss den vorliegenden radiologischen Befunden eben keine Knorpelschädigung femorotibial, es bestehe eine stabile Bandführung, auch keine Meniskuszeichen. Somit seien sämtliche Betätigungen mit axialer Beinbelastung ohne Probleme möglich, so also auch normales Gehen, Joggen, Schwimmen, selbst Velofahren mit geringer Kraftanstrengung (im kleinen Gang gefahren) sollte möglich sein. Aus orthopädischer Sicht könne für solche nicht direkt patellabelastende Tätigkeiten und Sportarten keinerlei zeitliche Einschränkung in deren Durchführung begründet werden. Wenn die Beschwerdeführerin zwar angegeben habe, sie traue sich keine sportliche Betätigung zu, so könne dies aus orthopädischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Gleichermassen nicht begründbar seien die subjektiv angegebenen Schlafstörungen wegen angegebener nächtlicher Schmerzen. Dies könne pathophysiologisch weder von Seiten des Knies noch hinsichtlich des Rückens begründet werden. Gerade auch in Hinblick auf die Lendenwirbelsäule sei bei Status nach konsolidierter LWK 1, LWK 2 und LWK 5 Fraktur ein sehr gutes klinisches Ergebnis erzielt worden. Eine signifikante Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule könne diesbezüglich nicht begründet werden.

Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils sowie der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu überzeugen. Diesbezüglich hielt der Gutachter fest, aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der Lage, leichte bis teilweise leicht bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg in rückenschulgerechter Haltung in temperierten Räumen, im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen zu verrichten. Vermieden werden sollten Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten oberhalb von 15 kg ausserhalb des Körperlots, ruckartige Bewegungen, ständige Überstreckung des

Rumpfes und der Halswirbelsäule sowie Heben beider Arme über Schulterhöhe. Erschütterungen und ruckartige Bewegungen der Lendenwirbelsäule sollten ebenso vermieden werden. Aufgrund der Patellapathologie rechts bei M. vastus medialis Insuffizienz / Patella baja, seien auch Tätigkeiten, welche zum Anpressen der Patella führten (starke Quadricepsanspannung bei gebeugtem Knie) schmerzzeugend. Somit seien Arbeiten in hockender, kauender oder kniender Position nicht gut geeignet. Treppensteigen sei ungünstig. Bei dauerhafter sitzender Tätigkeit sollten gelegentliche Bewegung des Knies möglich sein. Axial beständen hingegen für das Kniegelenk keine Belastungseinschränkungen. Die angestammte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte sei als körperlich leichte, wechselbelastende und sogar überwiegend sitzende Tätigkeit auch gemäss Auskunft Arbeitgeber beschrieben. Diese Tätigkeit stelle keine relevante Rückenbelastung und Kniebelastung dar. Allenfalls sollte eine gelegentliche Wechselbewegung ermöglicht werden, was aber als gegeben bewertet werden dürfe. Somit sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig mit einer um 0 % verminderten Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Retrospektiv könne bei klinisch führender Kniebeschwerdesymptomatik nach Entfernung der Draht-Cerclage am rechten Knie, mithin also 10. November 2016, von der aktuellen vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

Am Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Entgegen der Ausführungen der Beschwerdeführerin bezieht sich der orthopädische Gutachter bei seiner Einschätzung der zumutbaren Sportarten ausschliesslich auf die Einschränkungen im Kniebereich. Zudem hat der Gutachter nicht jegliche sportlichen Tätigkeiten als zumutbar erachtet, wie dies die Beschwerdeführerin behauptet. Vielmehr hat er festgehalten, patellabelastende Sportarten wie Fahrradfahren oder Bergsteigen könnten wahrscheinlich nur mit Schmerzen durchgeführt werden. Geradeausgehen, Joggen, Schwimmen, Velofahren im kleinen Gang (mit wenig Beinbelastung) seien aber durchaus gut möglich. Aus orthopädischer Sicht könne für solche nicht direkt patellabelastende Tätigkeiten und Sportarten keinerlei zeitliche Einschränkung in deren Durchführung begründet werden. Demnach steht diese Einschätzung auch nicht der orthopädischen Gesamtbeurteilung entgegen, wonach der Beschwerdeführerin noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten möglich seien. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin hat der Gutachter bei seiner Beurteilung auch nicht die bestehende Femoropatellararthrose ausgeblendet. Vielmehr hat er festgehalten, das Schmerzausmass korreliere weniger mit der Retropatellararthrose als vielmehr mit der Insuffizienz der muskulären Führung der Patella. Dementsprechend erscheint es nachvollziehbar, dass der Gutachter die Retropatellararthrose bei seiner Einschätzung betreffend die noch zumutbaren sportlichen Tätigkeiten nicht gesondert erwähnt hat. Schliesslich macht die Beschwerdeführerin mit Verweis auf die Tonaufnahmen geltend, es habe schon vor der Begutachtung Unstimmigkeiten zwischen ihr und dem Gutachter gegeben. So sei er ziemlich aufbrausend geworden, weil sie lieber nicht habe schriftdeutsch sprechen wollen. Unter diesen Umständen sei keine objektive und unvoreingenommene Begutachtung mehr möglich gewesen. Diese Darstellung kann aufgrund der Tonaufnahmen jedoch nicht bestätigt werden. Nachdem der Gutachter die Beschwerdeführerin fragte, ob sie hochdeutsch antworten könne, wies sie ihn darauf hin, dass sie bei einer Begutachtung erwarte, dass sie diese in ihrer Muttersprache machen könne. In der Schweiz sei nicht Hochdeutsch die gängige Sprache. Der Gutachter blieb hiernach ruhig und reagierte ■ entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin ■ nicht

aufbrausend. Das Gespräch wurde danach im freundlichen Tonfall weitergeführt. Es ergeben sich keine Hinweise darauf, dass der Gutachter deswegen gegenüber der Beschwerdeführerin voreingenommen gewesen wäre. Bei den weiteren diesbezüglichen Einwänden der Beschwerdeführerin handelt es sich zudem um Details, welche keinen Einfluss auf den Beweiswert des Gutachtens haben, so dass nicht weiter darauf einzugehen ist.

Somit ist auf das beweiswertige orthopädische Teilgutachten der O.____ abzustellen. Im Übrigen vermag auch der erst nach der Begutachtung ergangene Bericht von Dr. med. U.____, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 7. Juli 2023 (Beschwerdebeilage 10) nichts an der Beurteilung aus dem beweiswertigen orthopädischen Gutachten zu ändern. So stützt sich dieser Bericht im Wesentlichen auf die Berichte betreffend MRT der LWS und ISG nativ und MRT des rechten Kniegelenkes vom 20. und 22. Juni 2023 (Beschwerdebeilage 8 und 9), welche mehr als zwei Jahre nach der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Januar 2021 ergangen sind. Das Gericht hat den Sachverhalt rechtsprechungsgemäss bis zum Datum der angefochtenen Verfügung zu überprüfen, weshalb die genannten Berichte im vorliegenden Verfahren nicht relevant sind.

7.2 Im internistischen Teilgutachten der O.____ (A.S. 213 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Unfallkausale Diagnosen:

Nichtunfallkausale Diagnosen:

Mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit:

ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

Weiter führt der internistische Gutachter aus, von Seiten des Abdomens bestünden Restbeschwerden (geschildert als Durchfall und Obstipation), die die Versicherte subjektiv auf den Unfall zurückführe. Der klinische Befund abdominal sei im Wesentlichen unauffällig, mit leichter Druckdolenz. Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe dadurch keiner. Die Frage der «Fatigue» sei nicht in erster Linie allgemein-internistischer Natur. Internistisch begründbare Einschränkungen der Leistungsfähigkeit würden sich äussern in einer Leistungs-Intoleranz für körperlich anstrengendere Tätigkeiten, eigentlich prinzipiell ausschliesslich während der entsprechenden Leistung, die eben nicht erbracht werden könne ■ dies prinzipiell unabhängig von vorherigen Belastungen. Einschränkungen beim Pensum ■ «Erschöpfung» nach einer gewissen Anzahl Stunden ■ könnten damit in keiner Weise begründet werden. Auch eine Leistungsminderung könne daraus nicht resultieren, ausser für Anteile einer Tätigkeit, die mit grösseren körperlichen Belastungen verbunden wären. Für Bürotätigkeiten treffe dies nach Kenntnis des Gutachters nicht zu. Anamnestisch würden in diesem Fall körperliche Aktivitäten wie Krafttraining und Aquafit nach wie vor ausgeführt; die Versicherte gebe dabei lediglich an, beim Sport im Gegensatz zu früher keine Freude mehr zu verspüren. Obschon vorwiegend von interessierten Kreisen stark in den Vordergrund geschoben, bestünden keine wissenschaftlichen Belege für «Fatigue». Insbesondere existierten auch keine Labor-Untersuchungen, mit denen ein «chronic fatigue syndrome» objektiv nachgewiesen oder ausgeschlossen werden könnte. Begrifflichkeiten wie «Erschöpfung» deuteten eher auf psychiatrisch und nicht allgemein-internistisch zu beurteilende Symptome hin. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann die

gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht zu überzeugen: Sowohl bezüglich Pensum wie auch beim Rendement (Leistungsfähigkeit) bestünden aus allgemein internistischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus allgemein-internistischer Sicht hätten zu keinem Zeitpunkt Affektionen mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestanden, abgesehen von Interkurrenten Perioden während Hospitalisationen und Rekonvaleszenzzeiten.

Am Beweiswert des internistischen Teilgutachtens vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Insofern die Beschwerdeführerin geltend macht, der internistische Gutachter ordne eine mögliche Fatigue in unzulässigerweise dem psychiatrischen Fachbereich zu, ist darauf hinzuweisen, dass sowohl die Neurasthenie (ICD-10: F48.0) wie auch das Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS) (G93.3) zu den Krankheitsbildern gehören, die dadurch gekennzeichnet sind, dass ihre funktionellen Auswirkungen qualitativ und quantitativ ungewiss sind. Bei dieser Ausgangslage bedarf es einer besonderen Prüfung, ob die Einschränkung der Leistungsfähigkeit in dem von Gesetzes wegen (Art. 6 ff. ATSG, Art. 4 Abs. 1 IVG) erforderlichen kausalen Zusammenhang mit den in Frage stehenden Gesundheitsschäden steht. Dabei geht es zunächst um die (auf medizinischem Fundament beruhenden) Tatfragen, ob ein solcher Gesundheitsschaden hinreichend erstellt ist und wie weit ein solcher für die funktionellen Ausfälle verantwortlich ist, sowie anschliessend um die Rechtsfrage, ob die Folgen des festgestellten Leidens eine invalidisierende Wirkung haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2013 vom 25. September 2013 E. 4.1). Allfällige diesbezügliche Auswirkungen wären somit zusätzlich im Rahmen der psychiatrischen Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen.

Somit ist auf das beweismässige internistische Teilgutachten der O. ___ abzustellen.

7.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten der O. ___ (A.S. 225 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

Nicht-authentische kognitive Einschränkungen von Aufmerksamkeit, Neugedächtnis und Exekutivfunktionen mit/bei:

Die neuropsychologische Gutachterin führt zur Begründung aus, die Validität der von der Beschwerdeführerin gezeigten Leistungen sei aus folgenden Gründen eingeschränkt: Bei der Leistungsvalidierung gebe es Hinweise auf eine Verfälschung der Befunde. In einem gut standardisierten Leistungsvalidierungstest (Schmand & Lindeboom, 2005) seien die Leistungen auffällig gewesen. Die Leistungen hätten klar unter dem kritischen Grenzwert gelegen, in einem anderen gut standardisierten Leistungsvalidierungstest (Green, 2003) seien die Leistungen aber unauffällig gewesen. Weiter hätten sich folgende auffällige eingebettete Faktoren gezeigt (vgl. Miele et al., 2012, Rickards et al., 2017, Webber et al., 2018): Die dort gezeigten Leistungen fielen in den Bereich eines problematischen Leistungsverhaltens. Die Leistungsbereitschaft habe somit geschwankt und es sei zu konstatieren, dass die Beschwerdeführerin bei der aktuellen Untersuchung ■ zumindest punktuell ■ unter ihrer tatsächlichen Leistungsfähigkeit geblieben sei. So dann sei bei der Beschwerdenuvalidierung die Glaubwürdigkeit der geschilderten Beschwerden ebenfalls herabgesetzt. In einem Fragebogen zu typischen und atypischen kognitiven, psychischen und somatischen Symptomen (Merten et al., 2019) hätten sich eine Menge an Pseudobeschwerden gezeigt, welche über dem kritischen Grenzwert gelegen hätten. Allerdings sei das Verhältnis zwischen echten und Pseudobeschwerden unter dem

Grenzwert gelegen. In einem weiteren Fragebogen zu atypischen Symptomen (SIMS, 2003; durchgeführt im psychiatrischen Gutachten) sei der Gesamtwert ebenfalls über dem kritischen Wert der Beschwerdenübertreibung gelegen. Die Beschwerdeführerin habe eine auffällige Menge an Symptomen angegeben, welche bei Patienten mit authentischen psychischen oder kognitiven Störungen in dieser Menge und Kombination atypisch seien. Es handle sich dabei um unlogische, teilweise bizarre, sehr unwahrscheinliche oder nur selten vorkommende und mit der jeweiligen Störung inkonsistente Symptome. Atypische Symptome seien vor allem in den folgenden Bereichen in auffälligem Ausmass bejaht worden: Neurologische Beeinträchtigungen und affektive Störungen. Alle Angaben zusammengenommen, d.h. mit der schweren Fatiguesymptomatik, sprächen die Daten für eine Beschwerdenübertreibung. Dagegen hätten sich innerhalb und zwischen Tests keine Inkonsistenzen ergeben. Neben den Auffälligkeiten in den eingebetteten Faktoren zeigten sich keine bedeutsamen Inkonsistenzen zwischen den Tests oder innerhalb einzelner Verfahren. Gewisse Leistungsschwankungen (z.B. beim Lernen) könnten auch bei Gesunden auftreten. Jedoch bestünden Inkonsistenzen zwischen den Testleistungen, direkt beobachtetem Verhalten und Fähigkeiten: So hätten sich klinisch keine Hinweise auf bedeutsame Gedächtnisdefizite ergeben, testdiagnostisch seien die Gedächtnisleistungen aber bis zu teilweise schwer defizitär gewesen. Sodann bestünden ebenfalls Inkonsistenzen zwischen Testleistungen und dem aufgrund der Entwicklung und der medizinischen Akten erwarteten Funktionsniveau. 2017 hätten auf Testebene nur geringe kognitive Minderleistungen bestanden (mentales Rotieren, Konzeptfindung). 2020 seien deutlich mehr kognitive Minderleistungen festgestellt worden. Auch aktuell zeigten sich Einschränkungen in einem ähnlichen Ausmass wie 2020, allerdings seien auch einzelne Leistungen besser als noch vor mehr als zwei Jahren (z.B. geteilte Aufmerksamkeit). Der Verlauf spreche gegen eine bedeutsame kognitive Verschlechterung durch den Unfall 2016, zumindest auf kognitiver Ebene. Für die subjektiv verminderte Belastbarkeit seien schon 2017 mehrere Faktoren genannt worden. Ein problematisches Leistungs- und Antwortverhalten sei nachgewiesen. In der Gesamtsicht aller verfügbaren Informationen, in Anlehnung an den Entscheidungsalgorithmus von Slick und Sherman (2013), sei mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Verdeutlichung von Beschwerden und Symptomen festzuhalten, d.h. eine Verstärkung von kognitiven Störungen und berichteten Symptomen, die zu einem wesentlichen Teil als unbewusst zu werten seien. Wie unter Ätiologie beschrieben werde, sei trotz invalider Befunde, mit hoher Wahrscheinlichkeit von tatsächlich bestehenden, wenn auch nicht starken, kognitiven Einschränkungen auszugehen. Diese wären aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt.

Sodann setzt sich die neuropsychologische Gutachterin kritisch mit den Vorakten auseinander und begründet ihre davon teilweise abweichende Beurteilung in nachvollziehbarer Weise. Die neuropsychologischen Ergebnisse von 1994 seien aus heutiger gutachterlicher Sicht ungenügend, da keine Validierung der Befunde vorgenommen worden sei. Es erstaune die Interpretation, dass die klar linkshemisphärischen Defizite mit einem rechtshemisphärischen Tumor übereinstimmen würden. Vielmehr müssten sich aufgrund des Tumorortes v.a. exekutive und visuell-räumliche Einschränkungen zeigen. Auch in der neuropsychologischen Untersuchung von 2017 seien keine Validierungsverfahren verwendet worden. Bei der Frage nach der Fahreignung sei allerdings in der Regel von einer hohen Motivation der Exploranden auszugehen. Es zeigten sich denn auch nur geringe Auffälligkeiten, welche grundsätzlich mit der Tumorlokalisierung vereinbar gewesen seien. Der höhere Schweregrad

habe sich durch die verminderte Belastbarkeit ergeben, welche richtigerweise als multifaktoriell interpretiert worden sei. 2018 sei es zu einem neuropsychologischen Gutachten durch Dr. med. F.____ gekommen, welches gemäss seinen Ergebnissen kein plausibles Testprofil gezeigt habe, dagegen hätten sich deutliche Hinweise auf ein negativ verzerrtes Antwortverhalten in der Beschwerdevalidierung ergeben. Dr. phil. V.____ werde im Nachgang der Begutachtung angefragt, ob Dr. F.____ überhaupt die fachlichen Anforderungen für ein solches Gutachten besitze. Diese Frage habe sie klar mit «Nein» beantwortet, weshalb die Aussagekraft des damaligen Gutachtens erheblich eingeschränkt sei. Die von Dr. F.____ verwendeten Testverfahren seien sehr spärlich gewesen. Allerdings sei das verwendete Validierungsverfahren tatsächlich sehr auffällig gewesen, die dort gezeigten Leistungen wären durch echte Gedächtnisdefizite nicht erklärbar gewesen. 2020 sei erneut ein Gutachten veranlasst worden. Die Neuropsychologin H.____ habe leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen ergeben. Es hätten sich keine Inkonsistenzen zwischen den subjektiv beklagten Symptomen und den objektivierten Befunden ergeben, ebenso keine Aggravationstendenz. Die Befunde habe sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit teilweise auf den Unfall vom 13. Juni 2016 zurückgeführt. Was erstaune, sei die fehlende kritische Auseinandersetzung mit den fast unauffälligen Vorbefunden von 2017 in [...], welche auch nach dem Unfall erhoben worden seien. Die klare Verschlechterung sei nicht weiter eingeordnet worden, denn 2017 habe v.a. die verminderte Belastbarkeit zu dem leichten bis mittelschweren Schweregrad geführt und nicht kognitive Funktionsdefizite per se. Das auffällige Ergebnis im Gutachten von Dr. F.____ sei als möglicher Rosenthal-Effekt diskutiert worden, ein Argument, welches zwar angebracht werden könne, allerdings weiterhin invalide Ergebnisse bedeute. Auch Dr. I.____ interpretiere die Einschränkungen als vorwiegend unfallbedingt, obwohl das kognitive Niveau 2017 nur gering auffällig ausgefallen sei. Die damals verminderte Belastbarkeit sei auch auf unfallfremde Faktoren zurückgeführt worden. Dr. I.____ habe den Hirntumor als Grund für eine verminderte kognitive Reserve angegeben, was grundsätzlich nicht falsch sei. Dennoch sei die Versicherte in der Lage gewesen, eine hochstehende Qualifikation zu erlangen und 100 % zu arbeiten. Es sei schwer nachvollziehbar, dass ein Autounfall ohne nachgewiesene neue Hirnschädigung eine solch drastische Verschlechterung bewirkt haben sollte, zumal eben 2017 die Kognition nur geringfügig auffällig gewesen sei.

Zusammenfassend hielt die neuropsychologische Gutachterin der O.____ fest, die Validität der Ergebnisse sei eingeschränkt, negative Antwort- und Leistungsverzerrungen seien belegbar. Das gezeigte Profil sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gültig. Dies schliesse zwar das Bestehen von tatsächlichen kognitiven Einschränkungen nicht aus, sie bestünden aber nicht im gezeigten Ausmass und könnten weder die Auffälligkeiten im Leistungsvalidierungsverfahren, in den eingebetteten Faktoren, noch die Diskrepanzen erklären. Kognitive Defizite durch den Hirntumor präzentral rechts seien möglich, so seien 2017 Einschränkungen des mentalen Rotierens (bei Rechtshändern eine rechtshemisphärische Funktion) und der Konzeptfindung (exekutive/frontale Funktion) objektiviert worden. Das mentale Rotieren wie auch die Konzeptfindung seien jetzt allerdings im Normalbereich. Dennoch seien exekutive Defizite möglich, visuell-räumliche Fähigkeiten (Wahrnehmung und Konstruktion) erhalten. In der Begutachtung 2020 zeigten sich dann in vergleichbaren Verfahren klar mehr Einschränkungen. Für diese Verschlechterung könne allerdings kaum der Unfall verantwortlich sein. Andere Faktoren dürften vielmehr diese Verschlechterung bewirkt haben. Die aktuellen Leistungen seien

eingeschränkt valide. Das gezeigte Profil würde aber, wären sie valide, maximal einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung entsprechen (ohne Berücksichtigung der subjektiv verminderten Belastbarkeit). Obwohl hirnorganische Ursachen (Hirntumor, unfallbedingt) nicht gänzlich ausgeschlossen seien, dürften andere Faktoren (z.B. psychische Störung, Aggravation, Verdeutlichung) bedeutsame Rollen spielen. Es werde hierfür auf das psychiatrische Gutachten verwiesen. Ebenfalls könne eine reduzierte Belastbarkeit theoretisch bestehen, allerdings seien auch hier mehrere Ursachen dafür möglich. Aufgrund der invaliden Ergebnisse könne keine differenzierte Aussage zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Die Belastbarkeit möge reduziert sein, innerhalb der 4 h 35 min (mit Pausen) hätten sich allerdings keine Hinweise auf eine solche ergeben. Da maximal leichte bis mittelschwere kognitive Einschränkungen bestünden, könne eine maximale Leistungseinschränkung von 30 bis 50 % (gemäss Tabelle Frei et al.) begründet werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei die Leistungseinschränkung geringer.

Auf das schlüssig begründete und damit beweiswertige neuropsychologische Teilgutachten der O.____ ist somit abzustellen. Die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachten Rügen vermögen daran nichts zu ändern. Insofern sie den Umstand rügt, dass die Gutachterin keine fremdanamnestischen Auskünfte eingeholt habe, ist sie darauf hinzuweisen, dass die Notwendigkeit einer Fremdanamnese durch die Gutachterin zu beurteilen ist. Des Weiteren kritisiert Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2023 (Beschwerdebeilage 7) das neuropsychologische Gutachten und macht geltend, der «Amsterdam Kurzzeit-Gedächtnis-Test» (AKGT) sei nicht geeignet, bei Personen mit einer Hirnfunktionsstörung eine verminderte Leistungsbereitschaft zu eruieren. Dem ist einerseits entgegenzuhalten, dass es sich bei Dr. med. I.____ nicht um einen Neuropsychologen handelt, weshalb seine diesbezüglichen Ausführungen nur begrenzt beweiswertig sind. Zum anderen ist bei der Beschwerdeführerin eine organische Hirnfunktionsstörung eben nicht erstellt, weshalb das Argument von Dr. med. I.____ nicht weiterführend ist. Zudem geht die Nichtverwertbarkeit der neuropsychologischen Testresultate auch aus anderen anlässlich der Begutachtung durchgeführten Tests hervor.

7.4 Im neurologischen Teilgutachten der O.____ (A.S. 178 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit (KV-Angestellte):

Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit:

Sodann setzt sich der neurologische Gutachter in nachvollziehbarer Weise mit den Folgen der Tumorerkrankung und den diesbezüglichen Behandlungen auseinander:

Frontalhirnfunktionsdefizite müssten im Fall der Beschwerdeführerin angesichts der Lokalisation des dorsolateral gelegenen Tumors am ehesten einem sogenannten dysexekutiven Prägnanztyp entsprechen. Dabei wären vorrangig Störungen der Initiative, der Strategie, der Flexibilität und des Metagedächtnisses zu erwarten. Solche Störungen seien ausweislich der beruflichen Biografie aber nicht oder mindestens nicht relevant in Erscheinung getreten. Eine verminderte Flexibilität wäre allenfalls auch schon über die aus der frühen Biografie ableitbaren (bei teilweise unsicherem frühem Bindungsstil) Selbstunsicherheit und kompensatorischer leistungsbezogener anankastischer Persönlichkeitsstruktur zu erklären. Es sei auch erklärt, dass sich dieses damalige

Gehirntumorleiden im Alter von 22 Jahren ereignet habe, wo sich das Gehirn noch im sehr hohen Masse durch seine hohe Neuroplastizität an Einflüsse, so auch derartiger Erkrankungen, anzupassen in der Lage sei. Das Gehirn befinde sich in diesem Zeitpunkt noch in der Ausformung und Reifung und könne somit aufgrund dieser sehr hohen neuronalen Plastizität viele Schadenseinflüsse zu einem Grossteil gut kompensieren. Im Übrigen sei auch keine Schädigung der ventromedialen oder orbitofrontalen Regionen des Frontallappens des Gehirns eingetreten, es könne also auch nicht von einem apathischen Präganztyp (Indifferenz, Abulie, Akinese etc.) respektive von einem disinhibiertem Präganztyp (relevant insbesondere auch für Selbstreflexion, Sozialverhalten, Affektsteuerung) ausgegangen werden. Wenn also im Weiteren eine erhöhte Müdigkeit und Aktivierungsbedürfnis angegeben werde, so sei dieses nicht, oder mindestens nicht massgeblich, aus dieser Organpathologie am Gehirn ableitbar. Es müsse hier vielmehr eine multifaktorielle Symptomatik angenommen werden, in welcher nicht zuletzt auch die konstitutionelle respektive Persönlichkeitsaspekte massgeblich mit einflüssen, aber auch psychische dysfunktionale Konfliktbewältigung eine Rolle spiele, zudem auch Inkonsistenzen abzugrenzen seien. Immerhin beschreibe auch die Beschwerdeführerin gemäss aktueller Anamnese, konkret befragt zu kognitiven Funktionen und zu ihren Persönlichkeitszügen explizit, dass keine konkreten Auffälligkeiten in ihren Fähigkeiten die beruflichen Tätigkeiten auszuüben feststellbar gewesen seien. Dies sei ihr genauso gut gelungen wie zuvor. Konzentration, Merkfähigkeit seien unverändert gewesen, sofern sie ihren Sport habe durchführen können, so habe sich eine normale Belastbarkeit erbeben. Auch in ihrer Persönlichkeit habe sie keinerlei Veränderungen zum Status vor der Operation beschrieben. Es sei weder eine erhöhte Adynamie noch Auffälligkeiten von Agitation erkennbar gewesen. Sinngemäss sei eine Persönlichkeitsveränderung durch die Operation nicht eingetreten. Immerhin habe sie auch ihre zuvor schon gesetzten Lebensziele und beruflichen Ziele umgesetzt, indem sie studiert und auch diese hohe Anforderung bewältigt habe. Es könne somit rückblickend betrachtet aus diesen anamnestischen Angaben kein Hinweis abgeleitet werden, dass durch die Gehirnopration 1992 eine signifikante Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen als auch der Persönlichkeitsstruktur entstanden sei. Die Leistungsfähigkeit habe sich auch nachfolgend unverändert gut gezeigt, ausweislich dessen, dass die Versicherte relativ bald schon ihre angestammte Tätigkeit im KV-Bereich mit immerhin dann auch wieder vollem Pensum zu 100 % aufgenommen habe, dann ab 1996 auch ein Vollzeitstudium über drei Jahre hinweg bis 1999 absolviert habe, und dass sie auch nachfolgend wiederum die anschliessenden Arbeitsstellen mit vollem Pensum bewältigt habe, damals zuletzt bei der AA.____, das immerhin bis 2012. Dabei handle es sich immerhin um kognitiv durchaus anspruchsvolle und fordernde Aufgaben, wo dieses ■ wenn es je arbeitsrelevante Störungen gegeben hätte ■ mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte auffallen müssen. Wenn also je irgendwelche kognitive Basisfunktionen oder auch höhere Funktionen gestört gewesen sein sollten, was zwar nicht gänzlich auszuschliessen sei, so seien diese offensichtlich nur sehr minim gewesen und bewegten sich im Rahmen der Normbreite der Bevölkerung. Sodann setzt sich der neurologische Gutachter eingehend und wohlbegründet mit den entgegenstehenden Arztberichten aus den Vorakten auseinander: Die Erwägungen von Dr. I.____ in seinem Bericht vom 19. August 2021, in welchem er zur Frontalhirnfunktionen und Diagnostik exekutiver Störungen zwar grundsätzliche Ausführungen mache, könnten insbesondere zur Bewertung des Schweregrades einer verbleibenden Symptomatik im Verlauf nicht überzeugen. Das Gehirn habe sehr wohl Kompensationsmöglichkeiten, welche gerade auch

bei Frontalhirnschädigungen im Verlauf vieles auszugleichen vermöchten, insbesondere bei jungen Personen mit ihrer hohen Neuroplastizität. Weder seien aktenkundig initiale relevante Auffälligkeiten im Verhalten der Versicherten beschrieben worden (hier hätten insbesondere Auffälligkeiten bestehen können, welche sich im Zeitverlauf zunehmend bessern würden) noch seien von der Versicherten sonstige Auffälligkeiten im psychosozialen und beruflichen Kontext als auffällig geschildert oder bemerkt worden, welche Hinweise auf ein ungewöhnliches Ausmass an Störungen höherer kognitiver Funktionen hätte geben können. Wenn solche Einschränkungen vorlägen oder vorgelegen haben sollten, was zwar insbesondere anfangs nicht auszuschliessen sei, so seien diese in der Ausprägung offensichtlich nicht so ausgeprägt, als dass sie insbesondere anfangs in den Akten einer Erwähnung bedürft hätten, noch das erfolgreiche Absolvieren eines 3-jährigen Vollzeitstudiums (1996-1999) und auch nicht die jahrelange berufliche Vollzeittätigkeit (anschliessend bis 2012) erkennbar eingeschränkt hätten. Die Erklärung von Dr. I.____, Exekutivfunktionsstörungen würden sich in einem extern strukturierten Setting wie einem neuropsychologischen Untersuchungsgang wenig zeigen (also sinngemäss überlernte Handlungen seien möglich), vielmehr im unstrukturierten Alltag manifestieren, möge zwar prinzipiell teilweise zutreffen, jedoch sei dies allenfalls ein Hinweis darauf, dass die Arbeitsplatzbedingungen daran anzupassen wären. Es wäre aber doch sehr erstaunlich, wenn gerade eine anspruchsvolle Tätigkeit in einer Bank, mit durchaus anzunehmender Notwendigkeit einer selbstkritischen, flexiblen und bewussten Handlungskontrolle, auch ausweislich der Arbeitsbiographie jahrelang möglich gewesen sein, nun aber so beeinträchtigt sein solle. Die aktenkundig erwähnten Überlegungen, es wäre damals eine hirnorganische Störungssymptomatik eingetreten und allenfalls nur langfristig kompensiert gewesen, könne rückblickend aus neurologischer Sicht somit in der apodiktischen Darstellung und Schweregradbewertung nicht nachvollzogen werden. Dr. med. I.____ übersehe die Vielzahl von anderen Faktoren mit modulierendem Einfluss auch auf die Entwicklung allfälliger psychoemotionaler Störungen. So seien in der Komplexität eben auch Persönlichkeits- und sozialrelevante Aspekte zu beachten (Persönlichkeitstyp, Attributionsstil, Coping-Strategien, soziale Rollen und Bindungsgestaltung, psychische Vorbelastungen). Es seien aber auch arbeitsplatzbezogene Faktoren relevant (z.B. Arbeitsplatzzufriedenheit), aber auch Entschädigungsansprüche könnten eine Rolle spielen (insbesondere auch in gutachterlichem Kontext zu bedenken, zumal nach dem SHT 6/2016 im Raum solches als Opfer des Unfallereignisses zu diskutieren sei).

Des Weiteren setzt sich der neurologische Gutachter auf einleuchtende Weise mit dem Unfallereignis vom 13. Juni 2016 und dessen Folgen auseinander: Es habe gemäss aktueller Anamnese keine signifikante retrograde Amnesie bestanden. Zumindest akustische Wahrnehmungen seien sogar noch im Unfallmoment geschildert worden. Die Bewertung der anterograden Amnesiedauer sei durch die medizinischen Massnahmen mit Ruhigstellung und Sedierung bei zudem bestehender Rückenverletzung erschwert. Jedoch sei gemäss den rapportierten Berichten auch keine Intubation benötigt worden. Auch seien Erinnerungsinseln während des Fluges im Helikopter erinnerlich. Eine längere Dauer einer Bewusstlosigkeit sei somit nicht ausgewiesen. Diese Einschätzung teile im Übrigen auch Dr. I.____ in seinem Bericht von 19. August 2021. Bei GCS 15/15 und nur kurzer anterograder Bewusstlosigkeit könne somit formal nur von einem leichten Schädelhirntrauma ausgegangen werden. Im Weiteren sei aus neurologischer Sicht die Frage nach allfälliger intrakranieller und insbesondere nach Hirnparenchymschädigung zu klären. Aktenkundig seien diesbezüglich in der ersten orientierenden Bildgebung mit

Schädel-CT keine intrazerebralen Blutungen oder Kontusionsbefunde festgestellt worden. Äusserlich habe nur eine Platzwunde links frontotemporoparietal in der Region der Fixierungshalterung des Haarteiles bestanden. Andere Prellungsmarken seien am Kopf nicht dokumentiert worden. Aber auch die später durchgeführte MRI-Cranium vom 10. Juli 2017 als auch vom 21. Dezember 2018 (letzteres im Rahmen des B.____-Gutachtens) hätten nur den altbekannten zystischen Substanzdefekt im Parenchym frontoparietal rechts ergeben. Dabei werde im Originalbericht vom 10. Juli 2017 auch der Vergleich zu den Bildbefunden vom 15. Februar 2014 beurteilt, in welchem explizit die Ausdehnung und Signalgebung sowie die unveränderte Darstellung des postoperativen rechtsseitigen frontalen Defekts mit angrenzender Gliose beschrieben werde, sowie eine leichte Erweiterung des rechten Seitenventrikels in Abgrenzung zum Resektionsbereich, ohne Befunddynamik im Verlauf. Unverändert würden multiple punktförmige Bloomingartefakte in Venbold-Sequenzen mit Hämosiderinring frontal rechts ohne Befundprogredienz im Verlauf beschrieben. Auch würden keine Hinweise auf ein Rezidiv, keine sonstige intrakranielle Raumforderung oder neue Blutung beschrieben, keine Schrankenstörung auch nach intravenöser Kontrastmittelgabe, keine Diffusionsrestriktion, eine reguläre Darstellung der intrakraniellen arteriellen Gefässstrukturen dokumentiert. Es hätten somit also explizit keine Hinweise auf unfallkausale shearing-injuries oder gar Kontusionsverletzungen festgestellt werden können. Somit sei auch die explizit von Dr. I.____ bei der Beschreibung und Bewertung der MRI-Befunde erwähnte frontobasal rechts an der Markrindengrenze liegende kleine Signalstörung (was einer shearin-injurie hätte entsprechen können) als auch ein Suszeptibilitätsartefakt im temporalen Operculum rechts, explizit schon im Vorbefund von 2014 vor dem Unfallereignis in gleicher Weise vorhanden gewesen. Es liege also keine Änderung der gegenüber einem Schädel-CT sicher wesentlich aussagekräftigeren MRI-Bildbefunde nach dem Unfall vom 13. Juni 2016 vor. Dies konstatiere auch Dr. I.____ explizit gleichermassen. Es könne zusammenfassend somit also kein signifikantes bildtechnisches Korrelat für eine relevante traumatische Hirngewebeschädigung festgestellt werden. Dr. I.____ postuliere zwar die Möglichkeit einer sogenannten diffusen axonalen Schädigung (DAI), was er festmache an einem völlig unspezifischen Befund einer zudem nur sehr diskreten fraglichen Volumenänderung am Gehirn im Vergleich der Bilder von 2014 zu 2018. Solche Befunde seien unspezifisch und sicher kein ausreichender Beleg für eine stattgehabte intrazerebrale traumatische Schädigung. Es sei somit also gemäss klinischer Klassifikation von einem leichtgradigen gedeckten Schädelhirntrauma auszugehen ohne bildtechnischen validen Hinweis für eine relevante Hirnparenchymschädigung durch das Unfallereignis von 13. Juni 2016. Selbst wenn bei dem Schädelhirntrauma geringe diffuse axonale Schädigungen je eingetreten sein sollten, ohne dass aber das Trauma überhaupt shearin-injuries oder gar andere kontusionelle Schädigungs-Zeichen verursacht habe, so dürfe eine weitestgehende Restitution im Heilungsverlauf erwartet werden. Versicherungsmedizinisch könne jedoch ohne einen solchen signifikanten Nachweis einer Hirnparenchym-Schädigung durch ein solch leichtes Schädelhirntrauma eine längerdauernde klinische Beeinträchtigung, auch kognitiver Funktionen, nicht plausibel gemacht werden. Wenn hier längere subjektive Beeinträchtigungen geltend gemacht würden, die über ein halbes Jahr, und allenfalls hier angesichts der Vorschädigung über ein Jahr hinausgingen, so seien andere Einflussfaktoren insbesondere zu klären. Mittlerweile liege das Ereignis auch schon über sechs Jahre zurück. Es könne also die im Weiteren auch derzeit noch immer angegebene Beschwerdesymptomatik nicht ausreichend auf hirnorganischer Grundlage erklärt werden.

Umso mehr relativierten sich aber auch die Ausführungen im neuropsychologischen Bericht von Frau Dr. phil. H.____ vom 27. April 2020. Sie beschreibe leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störungen mit im Vordergrund stehenden mnestischen, attentionalen, und spezifischen exekutiven Minderleistungen, sowie eine deutlich reduzierte Belastbarkeit mit erhöhter Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit bei längerdauernder konzentrativer Beanspruchung. Die Beschreibung dieser auch von der Beschwerdeführerin vorrangig als arbeitsrelevant geltend gemachten erhöhten Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit sei jedoch ein völlig unspezifisches Phänomen. Es sei hier erinnert an die Phänomenologie von HWS-Distorsionstraumen/Schleudertraumen, die eben ohne jedwede Gehirnschädigung zu vergleichbarer Symptomatik führten, weshalb umso mehr diese subjektiv so wesentlich arbeitslimitierend beschriebene Symptomatik als multifaktoriell habe gewertet werden müssen. Solche unspezifischen Phänomene hochakribisch auf einzelne minimale Detailbefunde im Gehirn zurückführen zu wollen (hier die Forderung einer nicht bildgebend nachweisbaren DAI), jetzt noch nach Jahren, folge vielmehr der unzulässigen Logik «post hoc ergo propter hoc». Im vorliegenden Fall müsse vielmehr auf die psychiatrischen und psychosomatischen Zusammenhänge verwiesen werden. Insbesondere seien hier aber auch Aspekte der negativen Antwort- und Leistungsverzerrung gemäss der neuropsychologischen Beurteilung der O.____ durchaus sehr beachtenswert.

Sodann setzt sich der neurologische Gutachter eingehend mit den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden und allfälligen diesbezüglichen Inkonsistenzen auseinander: Gerade die angegebene so erhebliche rasche Ermüdbarkeit und Leistungsminderung im Rahmen des neurologischen Gutachtens habe nicht beobachtet werden können. Immerhin sei die Versicherte zwischen 13:15 bis 18:10 Uhr, also fast fünf Stunden lang neurologisch begutachtet worden, vorgängig aber sei sie bereits zwischen 9:30 und 12:15 Uhr im psychiatrischen Gutachten gefordert worden, nachdem sie die Anreise bewältigt habe. Trotz dieser Belastung habe sich die Beschwerdeführerin im neurologischen Gutachten in ihrer Stimmung ausgeglichen gezeigt, sei durchaus sehr gut schwingungsfähig gewesen, es habe sich in diesem ausgedehnten Gespräch eine durchgängig unauffällige Auffassungsgabe, Umstellungsfähigkeit und völlig unauffälliges Antwortverhalten ohne jegliche erkennbare Beeinträchtigung durch allfällige Müdigkeit gezeigt. Die Stimmmodulation und Stimmkraft seien durchgängig unauffällig geblieben, sie sei gleichermaßen dynamisch und kräftig im gesamten Verlauf geblieben, kein Verlieren des roten Fadens, keine Müdigkeitszeichen wie Reduktion der Stimmkraft, kleine Augen, Reduktion der Mimik oder Gestik. Einzig erst am Schluss ab 17:00 Uhr seien völlig diskrepant zu diesem ansonsten völlig gleichbleibenden Vigilanzniveau scheinbare Ermüdungszeichen im Sinne eines 3 oder 4-maligen Gähnens aufgetreten, mit dem gleichzeitigen subjektiven Hinweis der Versicherten, sie stehe jetzt neben sich und habe Sorge, nicht mehr nach Hause zu kommen. Dieses Erscheinungsbild sei jedoch erst im direkten zeitlichen Zusammenhang aufgetreten, als das Thema der Leistungsminderung und der Belastbarkeitsminderung nochmals angesprochen worden sei mit dem zusätzlichen Hinweis des Referenten, dass sie doch vergleichsweise gut durchgehalten habe in der bisherigen gesamten Begutachtung. Auffällig sei auch, dass die Beschwerdeführerin explizit in dem eine Woche später durchgeführten internistischen Gutachten spontan darauf hingewiesen habe, sie wäre im neurologischen Gutachten fast eingeschlafen. Dieser somit vermittelte Eindruck der hohen Ermüdbarkeit sei aus neurologischer Sicht aber eben nicht zutreffend. Ein settingabhängiges und themenabhängiges Antwortverhalten sei somit erkennbar. Dieses reihe sich in die Beobachtungen im Rahmen der neuropsychologischen

Beurteilung ein, vorgenommen von Frau lic. phil. N.____ vom 20. Juli 2022, in welchem ebenfalls deutliche Zeichen der nichtauthentischen kognitiven Einschränkungen von Aufmerksamkeit, Neugedächtnis und Exekutivfunktionen hätten dokumentiert werden können. Aber auch die subjektiv angegebenen ausgeprägten Schmerzen, insbesondere im rechten Knie, sodass ihr weitgehend sportliche Aktivitäten verwehrt seien, die sie gemäss eigenen Angaben so dringlich bräuchte für ihre subjektive Aktivierung, könnten so nicht nachvollzogen werden. Im klinischen Eindruck fänden sich während der Begutachtung keine Zeichen einer solchen Schmerzsymptomatik, trotz langdauerndem Sitzen. Es seien weder affektiv noch vegetative Schmerzkorrelate nachweisbar, noch sei das Verhalten auffällig gewesen. Wie sodann in der interdisziplinären Besprechung mit dem Orthopäden von diesem ausgeführt werde, seien zwar bei einer mässigen retropatellaren Knorpelschädigung und einer tiefstehenden Patella bei einer muskulären Quadriceps-Insuffizienz Schmerzen zu erwarten bei Tätigkeiten mit Belastung der Kniescheibe, also wenn Anpressdruck auf die Patella ausgeübt werde, jedoch sei eben keine Schädigung im tibiofemorale Gelenkanteil des Kniegelenks vorhanden, so dass sehr wohl natürlich alle axialen Kniebelastungen möglich seien. Es gebe somit also sehr wohl auch genügend Sportarten (z.B. Laufen, Joggen, Schwimmen), welche die Versicherte ausüben könnte, wenn sie diese bräuchte. Und selbst wenn ein gewisser Schmerz ausgelöst sein sollte, so wäre dieses üblicherweise als gut behandelbar zu bewerten. Zudem seien auch hier Therapiereserven gegeben. Die subjektive Interpretation, ihre subjektive Müdigkeit sei insbesondere auch Folge ihrer schmerzbedingt nicht ausübbarer sportlichen Betätigung, könne somit nicht begründet werden und entspreche einem medizinischen Laienmodell ohne objektive plausible Grundlage. Dass im Rahmen ihrer eher asthenen Konstitutionstendenz eine Aktivierung sinnvoll sei, dürfe aber angenommen werden. Dieses entspreche aber ihrer persönlichen Prädisposition, was nicht als krankheitswertig bezeichnet werden dürfe. Versicherungsmedizinisch könne also das Knieleiden ebenfalls nicht verantwortlich gemacht werden für die subjektiv angegebene Leistungsminderung. Aus neurologischer Sicht sei zudem beizutragen, dass auch keine primär neurogenen kniegelenkbezogenen Schädigungskorrelate bestünden. Dieses sei aus der Aktenlage auch retrospektiv zu konstatieren. Aber auch hinsichtlich des Rückenleidens habe zwar im Rahmen des Unfallereignisses von 13. Juni 2016 eine damals aufgetretene instabile Fraktur LWK1, LWK2 und stabile Fraktur LWK5 osteosynthetisch versorgt werden müssen (Fixateur intern Spondylodese BWK11 - LWK3 vom 14. Juni 2016, Metallentfernung 28. Juli 2017). Jedoch gebe die Versicherte selber an, dass sie diesbezüglich recht zufrieden sei mit dem Outcome der bisherigen Behandlung. Auch diesbezüglich fänden sich klinisch-neurologisch keinerlei Hinweise für eine signifikante neurogene Beeinträchtigung, explizit fänden sich auch hier eben keine Hinweise auf primär neurogene Schmerzanteile, speziell eben keine radikuläre Symptomatik. Auch dieses gelte ausweislich der Aktenlage durchgängig retrospektiv. Im Hinblick auf die genannten Kopfschmerzen seien diese deskriptiv zwar als Kombinationskopfschmerz bestehend aus vereinzelt Migräne-Episoden (pulsierend, vereinzelt bis drei Tage Dauer, bei familiärer Disposition väterlicherseits), als auch mit teilweise Spannungskopfschmerzen (holozephal, drückend) zu klassifizieren, bei einer Häufigkeit von ca. allenfalls einmal in der Woche und zumeist Ansprechen auf Medikation, überdies nicht ausgeschöpfter Therapiereserven, begründeten diese ebenfalls keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es dürfe also konstatiert werden, dass eine relevante pathogenetische Grundlage für eine höhergradige Schmerzsymptomatik organisch nicht bestehe. Auch hinsichtlich der angegebenen Schlafstörungen (Ein- und

Durchschlaf sei wegen Schmerz gestört) könne dieses weder aus neurologischer Sicht objektivierbar somatisch begründet werden noch unter Einbezug der orthopädischen gutachterlichen Befunde (im Konsens). Aber auch hinsichtlich der angegebenen Tinnitusymptomatik wechselten offensichtlich die Darstellungsarten. Während die Beschwerdeführerin hier den Tinnitus «seit Unfall von 13. Juni 2016» geltend mache, sei im ORL-Bericht von Dr. AB.____ vom 29. August 2017 explizit zur Anamnese angegeben worden: «Seit 2 - 3 Wochen leidet sie an einem rauschenden Tinnitus links». Der klinische ORL-Befund sei ansonsten normal gewesen. Somit sei auch diesbezüglich eine unfallkausale somatische Pathologie nicht objektivierbar. Aber auch aus allgemeininternistischer Sicht könnten in Gesamtbetrachtung interdisziplinärer keine zusätzlichen Gründe für die angegebenen Beeinträchtigungen objektiviert werden. Allgemein-internistische Gründe für eine Fatigue bestünden nicht. Hinsichtlich der ehemaligen Dünndarm-Schädigung fänden sich keine Folgen. Aus dem Pneumothorax seien keine weiteren Folgen erwachsen.

Des Weiteren führt der neurologische Gutachter zu allfälligen Beeinträchtigungen durch die von ihm gestellten Diagnosen aus, die erhobenen Befunde zeigten objektivierbar kein neurologisches sensomotorisches und koordinatives Störungsmuster. Es ergäben sich keine konkreten Hinweise für entsprechende Schädigungen. Insbesondere seitens des Rückenleidens seien keine neurologischen Folgen verblieben. Selbst die Versicherte erkläre hierzu, dass sie vergleichsweise wenig lumbale Rückenschmerzen habe. Es könne zwar initial eine insgesamt leicht reduzierte lumbale Rückenbelastbarkeit angesichts des Status nach Operation nachvollzogen werden. Die körperlich leichten, wechselbelastenden Arbeiten, wie solche eben auch im administrativen Bereich gefordert seien, könnten somit normal und umfänglich durchgeführt werden, mindestens bestünden keine neurogenen Störungsanteile. Dieses dürfe spätestens auch nach der Osteosynthesematerialentfernung (OSME) 2017 angenommen werden. Hinsichtlich des muskuloskelettal vorrangig im Vordergrund stehenden Knieleidens ergäben sich ebenfalls keine Hinweise für primär neurogene Störungen. Eine Schädigung kniegelenksbezogener Nervenstrukturen könne nicht festgestellt werden. Zwar seien bei tiefstehender Patella und mässiger retropatellarer Knorpelschäden bei Patella-belastenden Tätigkeiten gewisse Beschwerden nachvollziehbar. Dieses sei jedoch nur hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils zu beachten (siehe orthopädisches Gutachten). Zusätzliche Einschränkungen des Funktionsprofils aus neurologischer Sicht ergäben sich diesbezüglich nicht, zumal in der aktuellen klinischen Untersuchung keine signifikante Auffälligkeit im Gangbild feststellbar gewesen sei (kein Schonhinken). Für die angestammte Tätigkeit ergebe sich somit hieraus auch bei Einbezug der orthopädischen Befunde, keine Einschränkung. Die allenfalls gelegentlich kurz zu Ausfällen führenden Migränekopfschmerzen (Analgetika wirkten nicht immer ausreichend, wenn ein höheres Schmerzniveau überschritten sei, teilweise pulsierender Charakter, mit Licht- und Lärmempfindlichkeit und teilweise auch Episoden der Kopfschmerzen von drei bis vier Tage) seien angesichts der familienanamnestischen Auffälligkeiten beim Vater als familiäre, primär angelegte episodische Migräne zu bewerten und seien nicht als dauerhafter posttraumatischer Kopfschmerz zu beurteilen. Selbst wenn initial solche vorgelegen haben sollten, so wären diese zumeist nur kurze Zeit versicherungsmedizinisch unfallkausal anzuerkennen, allenfalls wenige Wochen, allerlängstens in dann aber nur geringem Umfang bis zu einem Jahr. Teilweise werde überlagert aber auch ein holozephaler, drückender, dumpfer, helmförmiger Kopfschmerz beschrieben, der als Spannungskopfschmerz zu klassifizieren sei. Selbst wenn nach dem Unfallereignis 2016

vorübergehend also ein posttraumatischer Kopfschmerz bestanden haben sollte, der zumeist in solcher spannungskopfschmerzartigen Phänomenologie auftreten könnte, so könne dieses angesichts fehlender intracranieller traumatischer Schädigungsfolgen keine längerdauernde Beeinträchtigung erklären. Es wäre im Verlauf also eine überholende Kausalität der Vorzustände, der schon primär angelegten episodischen Migräne respektive Spannungskopfschmerzen zu konstatieren. Auch schon vor dem Unfall habe eine Tendenz zu Kopfschmerzen bestanden, wenngleich nicht in dieser Ausprägung und Häufigkeit, wenn man den subjektiven Angaben folge. Zur Häufigkeit der Kopfschmerzen beschreibe die Versicherte aber auch, dass die ausgeprägte migräneartige intensive Kopfschmerzsymptomatik nur sporadisch auftrete, so zum Beispiel innerhalb der ersten fünf Monate dieses Jahres mit ca. nur drei solcher Episoden. Ansonsten trete der Kopfschmerz als Spannungskopfschmerz, also leichterer Kopfschmerz, etwa nur einmal in der Woche auf. Somit sei die Häufigkeit der Kopfschmerzen ■ unabhängig von der Ätiopathogenese ■ gering und damit nicht als arbeitsrelevant zu bewerten, zumal auch Therapiemöglichkeiten bestünden, welche bislang nicht genutzt worden seien (Basistherapie bei Migräne, Akutmedikamente migränespezifisch). Es könne somit auch bezüglich dieser Kopfschmerzsymptomatik, gleich welcher Pathophysiologie, funktionell keine signifikante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Aber auch das leichte gedeckte Schädelhirntrauma ohne objektiv belegbare Gehirngewebeschädigung könne nur vorübergehend eine Beeinträchtigung erklären, welche im Decrescendo binnen ca. sechs Monaten, allerlängstens ein Jahr, abklingen müsste (angesichts der Vorschädigung verlängerter Zeithorizont, damit werde den allfällig leicht reduzierten Kompensationsreserven bei Vorschädigung genügend Rechnung getragen). Begründbare verbliebene hirnorganische Schäden durch den Unfall vom 13. Juni 2016 seien nicht belegbar, mindestens nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit. Alle entsprechenden Annahmen, so auch von Frau Dr. phil. H.____ (27. April 2020), seien nicht begründbar. Leider könne ausweislich der wiederholt feststellbaren Inkonsistenzen im Sinne der Antwort- und Leistungsverzerrung bei der Beschwerdeführerin nicht auf die gezeigten neuropsychologischen Befunde in Gänze abgestellt werden. Die tatsächlichen Einschränkungen lägen sicherlich deutlich tiefer als in den Untersuchungen gezeigt, was sich auch aus der Biografie zeige. Zudem seien nur vergleichsweise leichte Defizite ehemals feststellbar gewesen als es darum gegangen sei, den Führerschein wieder zu erlangen, also höhere Motivation bestanden habe. Das Unfallereignis vom 13. Juni 2016 ohne objektiven validen Hinweis für eine Hirnsubstanzschädigung erkläre keine längerdauernde Veränderung dieser Ausgangslage aus organischer Sicht. Auch bei Bestehen eines solchen leichten gedeckten Schädel-Hirn-Traumas erklärten sich nicht durchgängig dauerhafte relevante Beeinträchtigungen in der subjektiv so tief angegebenen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Dieses sei neurologisch nicht begründbar. Es sei hier von zusätzlichen Aspekten und Faktoren auszugehen, welche in den Bereich psychoreaktiver Aspekte falle und auch gegenüber Inkonsistenzen abgegrenzt werden müsse. Es seien hier somit multifaktorielle Ursachen zu betrachten. Es müsse diesbezüglich aber auf die psychiatrischen Zusammenhänge verwiesen werden. Es sei an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Versicherte schon vor dem Unfallereignis nur zu 60 % arbeitstätig war, damals reduziert aus persönlichen Gründen. Es dominierten damals also nicht die gesundheitlichen Probleme als eben die wirtschaftlichen Aspekte beim Arbeitgeber. Siehe dazu aber die oben schon beschriebenen Inkonsistenzen bezüglich subjektiver Angabe zu Müdigkeit als auch Schmerz. Es sei hier von mindestens teilweise

von dysfunktionaler Beschwerdeverarbeitung und Symptomausweitung auszugehen, weshalb hier umso mehr auf die psychiatrische Bewertung hinzuweisen sei. Inkonsistent erscheine diesbezüglich aber auch, dass die Versicherte bisherige Therapiemassnahmen psychologisch/psychotherapeutisch nicht erhalten habe, auch ein psychiatrischer Therapieansatz sei von ihr wieder beendet worden und habe gemäss ihren Angaben nur ca. ein halbes Jahr gedauert. Sinngemäss sei sie diesbezüglich nicht adäquat behandelt worden. Hinsichtlich der Persönlichkeit werde auf das psychiatrische Gutachten verwiesen. Gewisse Auffälligkeiten seien erkennbar, aus der frühen Biografie auch teilweise ableitbar. Die Angaben, ungenügend sportlich aktiv sein zu können, sei nicht nachvollziehbar. Die subjektiven vorgebrachten Begründungen seien plakativ. Auch die Angabe von ungerichtetem Schwindelgefühl könne neurologisch nicht erklärt werden und sei im klinischen Befund nicht verifizierbar gewesen. Zusammenfassend könne aus neurologischer Sicht durch das Unfallereignis vom 13. Juni 2016 keine zusätzliche Einschränkung des vorbestehenden Funktions- und Fähigkeitsprofils objektiv begründet werden. Dieses gelte mindestens ab dem Zeitpunkt eines Jahres nach Unfallereignis. In etwa dieser Zeit sei auch die Metallentfernung vorgenommen worden (sowohl lumbal wie auch an der Patella), eine allfällige vorübergehende Beeinträchtigung durch das Schädelhirntrauma wäre zu diesem Zeitpunkt als weitestgehend abgeklungen zu bewerten (dieser Zeithorizont berücksichtige die theoretisch denkbare leicht reduzierte Kompensationsreserve des Gehirns bei Vorschädigung). Die Arbeitsfähigkeit sei aus organisch neurologischen Gründen dann vergleichbar mit der früheren Arbeits- und Leistungsfähigkeit, in welcher die Versicherte jahrelang mit vollem Pensum in durchaus auch kognitiv anspruchsvollen Tätigkeiten gearbeitet habe. Nur aus persönlichen Gründen habe sie 2014 das Pensum reduziert unter Aspekten der Work-Life-Balance und bei damaliger Lebenssituation in finanziell gut gestellter Partnerschaft. Es sei dann zwar zur Trennung im Herbst 2015 gekommen, eine Erhöhung des Arbeitspensums sei an mangelnden Jobangeboten gescheitert. In dieser Situation der zerbrochenen Partnerschaft und auch in der Folge limitierten Finanzen sei es letztlich zu der Unfallsituation gekommen, in welcher sie unverschuldet Opfer in einem Verkehrsunfall geworden sei. Die Auswirkungen dieser psychosozialen Faktoren in Wechselwirkung mit den anfänglichen somatischen Beeinträchtigungen (WS-OP, Knie-OP) seien psychiatrisch zu klären.

Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen erscheint sodann auch die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und des Zumutbarkeitsprofils nachvollziehbar: Die bisherige Tätigkeit im KV-Bereich sei der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht zu 100 % ohne Leistungseinschränkungen zumutbar. Die angestammte Tätigkeit (KV-Tätigkeit) sei als leidensadaptiert zu bewerten. Diese Einschätzung gelte mindestens ein Jahr nach dem Unfallereignis vom 13. Juni 2016. Eine geringe Einschränkung der lumbalen Rückenbelastbarkeit sei ausweislich der Rückenoperation erklärbar. Auch sei eine leichte Einschränkung Patella-belastender Tätigkeiten am rechten Knie begründbar. Somit seien körperlich leichte bis gelegentlich leicht bis mittelschwere Arbeiten möglich. Wegen der Kniepathologie sollten gelegentliche Wechselbelastung und Bewegung für das Knie ermöglicht werden. Kognitive Einschränkungen seien angesichts der Inkonsistenzen nicht genau beurteilbar, lägen aber sicher deutlich unter den mit Antwort- und Leistungsverzerrung gezeigten leicht bis mittelgradigen Einschränkungen im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung. Es sei überwiegend wahrscheinlich auch keine signifikante Verschlechterung gegenüber dem Vorzustand bezüglich des Unfallereignisses vom 13. Juni 2016 aus neurologischer Sicht anzunehmen. Früher habe die Versicherte auch

vollumfänglich jahrelang in kognitiv anspruchsvoller Tätigkeit (Bankangestellte) gearbeitet und habe zuvor noch ein 3-jähriges Studium absolviert. Wegen des Tinnitus als auch wegen der episodischen Kopfschmerzen sollten Arbeiten in lärmender und reizdichter Umgebung vermeiden werden.

Am Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens vermögen weder die Rügen der Beschwerdeführerin noch die entgegenstehenden Arztberichte etwas zu ändern. Die Rügen der Beschwerdeführerin beschränken sich im Wesentlichen darauf darzulegen, dass sich der neurologische Gutachter ungenügend mit den entgegenstehenden Arztberichten auseinandergesetzt habe. Diesbezüglich erübrigen sich aber weitergehende Ausführungen und es kann auf die schlüssigen Erläuterungen des neurologischen Gutachters verwiesen werden. Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, der von ihr geschilderte Schwindel sei von den Gutachtern völlig unberücksichtigt geblieben, ist entgegenzuhalten, dass der neurologische Gutachter diesbezüglich festhielt, die Angabe von ungerichteten Schwindelgefühl könne neurologisch nicht erklärt werden und sei auch im klinischen Befund nicht verifizierbar gewesen. Auch die Rügen im Zusammenhang mit den im Vergleich zum Gutachten divergierenden Tonaufnahmen beschränken sich im Wesentlichen auf kaum relevante Details, welche den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht zu vermindern vermögen. Eine Voreingenommenheit des Gutachters, wie dies von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, ist daraus nicht ersichtlich. Sodann ist auf die Stellungnahme zum Gutachten von Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 4. Juni 2023 (Beschwerdebeilage 7) einzugehen. Dr. med. I.____ führt darin unter anderem aus, das Alter zum Zeitpunkt der Hirntumorbehandlung spreche entgegen der auf veralteten Lehrmeinungen basierenden oder zumindest zu allgemein gehaltenen Darlegungen des Gutachters genau nicht für eine gute, sondern für eine ungünstige langfristige Prognose. Zu beachten sei dabei auch, dass die Frontalhirnfunktionen für die Anpassung an veränderte Umstände sehr wichtig seien. Eine Konsequenz daraus könne sein, dass die kognitiven Ressourcen vermindert seien, die Folgen einer weiteren, späteren Hirnverletzung zu kompensieren. Wenn der neurologische Gutachter zwar anerkenne, dass eine grosse Läsion im Frontalhirn vorhanden sei, aber Auswirkungen davon verneine, weil sich die Symptome von denjenigen unterschieden, die in diesen alten, auf der Forschung des 19. Jahrhunderts basierenden Atlanten eingetragen seien, berücksichtige er den aktuellen Wissensstand nicht. In der damals durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung vom 6. Juni 1994 habe der Neuropsychologe auf jeden Fall kognitive Defizite beschrieben, die er «eindeutig» als psychoorganisch begründet betrachtet habe. In dieser Konstellation sei wahrscheinlicher, dass die damaligen neuropsychiatrischen Symptome organische Folgen der Frontalhirnläsion gewesen seien, als dass es sich (ausschliesslich) um reaktive psychologische Phänomene gehandelt habe. Diesen Ausführungen von Dr. med. I.____ ist aber entgegenzuhalten, dass vorliegend eben nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan ist, dass bei der Beschwerdeführerin verminderte kognitive Ressourcen vorliegen. Die diesbezüglichen neuropsychologischen Befunde waren gemäss dem neuropsychologischen Gutachten der O.____ nicht verwertbar. Sodann macht Dr. med. I.____ weiter geltend, die Beschwerdeführerin sei mittels Operation und Bestrahlung (Radiotherapie) behandelt worden. Das Besondere bei dieser Behandlung sei, dass die Operation zu einem sofortigen Schaden führe, die Radiotherapie jedoch zu einem verzögerten. Die Radiotherapie sei neurotoxisch, also für das Hirn schädlich, und zwar für weite Teile des Hirns, da ja nicht nur die operierte Stelle, sondern das ganze Hirn bestrahlt werde. Diese neurotoxischen Effekte äusserten sich aber erst im jahrelangen

Verlauf, wenn die geschädigten Hirnareale zunehmend zugrunde gingen. Entgegen der allgemeinen Aussage des neurologischen Gutachters sei es gestützt auf Studien bei Überlebenden von Oligodendrogliomen geradezu typisch, dass kognitive Defizite im Verlauf neu aufträten und zunähmen. Die Wahrscheinlichkeit, dass zum Gutachtenzeitpunkt kognitive Folgen der Hirntumorbehandlung vorlägen, sei ■ rein statistisch ■ mit 70 % sehr viel höher als die Wahrscheinlichkeit von lediglich 30 %, dass keine solchen Folgen vorhanden seien. Diese Erläuterungen von Dr. med. I. ___ erscheinen zwar grundsätzlich nachvollziehbar, sie bleiben aber schlussendlich hypothetisch, da sie eben nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen vermögen, dass im konkreten Fall der Beschwerdeführerin durch die Bestrahlung ebenfalls Spätfolgen in Form von entsprechenden kognitiven Defiziten vorliegen, zumal solche gestützt auf die nicht verwertbaren Resultate der neuropsychologischen Resultate eben nicht verifiziert werden konnten. Des Weiteren weist Dr. med. I. ___ darauf hin, dass der neurologische und der psychiatrische Gutachter unterschiedliche psychische Befunde erhoben hätten, welche interdisziplinär hätten diskutiert werden müssen. Dem ist entgegenzuhalten, dass die psychiatrische Befunderhebung grundsätzlich in den psychiatrischen Fachbereich fällt, weshalb diesbezüglich unterschiedliche Befunderhebungen in unterschiedlichen Fachbereichen nicht per se gegen den Beweiswert der Teilgutachten sprechen und auch nicht einer interdisziplinären Beurteilung bedürfen.

Insofern Dr. med. I. ___ in seinen vorhergehenden Berichten die Hirnatrophie als Folge des Unfallereignisses vom 13. Juni 2016 beurteilte, ist sodann Folgendes festzuhalten: Zwar kann bereits ein mittelschweres bis schweres Schädelhirntrauma innerhalb eines halben Jahres zu einer deutlichen Hirnatrophie führen, die dann in den folgenden Jahren fortschreiten kann (Barnes DE, Byers AL, Gardner RC, Seal KH, Boscardin WJ, Yaffe K. Association of Mild Traumatic Brain Injury With and Without Loss of Consciousness With Dementia in US Military Veterans. JAMA Neurol. 2018;75(9):1055-1061. <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2679879>; besucht am 25. September 2023). Jedoch ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin durch den Unfall ein mittelschweres bis schweres Schädelhirntrauma erlitten hat. So sind, wie erwähnt, im Zusammenhang mit dem Unfall keine strukturellen Schädigungen des Gehirns erstellt und im Austrittsbericht des Regionalspitals Locarno vom 13. Juni 2016 (Suva-Nr. 186) wurde der Wert der Glasgow Coma Scale (GCS) bei der Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfallereignis lediglich auf 15 ■ entsprechend dem geringsten Wert ■ festgelegt. Zwar hat die Beschwerdeführerin am Kopf eine Rissquetschwunde erlitten und sie berichtet von einem Bewusstseinsverlust. Insgesamt ist aufgrund der medizinischen Akten aber höchstens von einer leichten Commotio cerebri mit leichter Bewusstseinsstörung auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2016 vom 11. April 2016 E. 5.2.2; vgl. z.B. flexikon.doccheck.com/de/Glasgow_Coma_Scale), womit eine Unfallkausalität der Hirnatrophie auch aus diesem Grund wenig wahrscheinlich erscheint. Im Übrigen kann diesbezüglich auf die vorstehenden überzeugenden Ausführungen des neurologischen Gutachters der O. ___ verwiesen werden. Auch Dr. med. I. ___ räumte in seinem Bericht vom 7. September 2021 ein, dass solche strukturellen Scherverletzungen, welche zu einem Absterben des Axone und damit zu einem messbaren Verlust an Hirnvolumen führten, bei der Beschwerdeführerin nicht hätten bildgebend nachgewiesen werden können. Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass strukturell objektivierbare Unfallfolgen am Gehirn nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

erstellt sind.

Schliesslich ist in diesem Zusammenhang 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 die Berichte von Dr. med. I.____ auch unter diesem Gesichtspunkt nur begrenzt beweiskräftig sind und somit den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht zu vermindern vermögen.

Auf das beweiswertige neurologische Teilgutachten der O.____ ist somit abzustellen.

7.5

7.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten der O.____ (A.S. 137 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit:

Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit:

Sodann begründet der psychiatrische Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise: Bei der Versicherten sei von einer Somatisierungsstörung im Sinne einer somatischen Belastungsstörung auszugehen. Für die Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen spielten u.a. psychische, gesundheitliche, gesellschaftliche und soziale Aspekte sowie Persönlichkeit und hereditäre Veranlagung eine Rolle. Bei der sogenannten somatischen Belastungsstörung gemäss DSM-5 und ICD-11 handle es sich um ein Zustandsbild mit körperlichen Symptomen, die belastend seien oder zu erheblichen Einschränkungen der täglichen Lebensführung führten. Dabei könnten entweder spezifische Symptome wie Schmerzen oder unspezifische Symptome wie z.B. subjektive Erschöpfung vorliegen. Diese gingen definitionsgemäss mit Einbussen der Lebensqualität und einer Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben einher. Die Diagnose einer somatischen Belastungsstörung entspreche gemäss ICD-10 der Diagnose ICD-10 F 45.1. Bei der Versicherten lägen Kriterien gemäss einer mittelschweren somatoformen Störung (analog somatischen Belastungsstörung) vor: Bei der Versicherten bestünden seit Jahren körperliche Symptome, welche die Versicherte belasteten und auf die sie eine besondere Aufmerksamkeit richte. Die körperlichen Symptome der somatischen Belastung sollten anhaltend sein und an den meisten Tagen und mindestens mehrere Monate lang aufträten. Typischerweise solle eine körperliche Belastungsstörung ihre körperlichen Symptome betreffen, die im Laufe der Zeit variieren könnten. Gelegentlich gebe es ein einziges Symptom ■ in der Regel Schmerzen oder Müdigkeit ■ das mit den anderen Merkmalen der Erkrankung verbunden sei (WHO 2018). Bei der Versicherten bestünden zusätzliche Faktoren, welche die Symptomatik verstärkten und beeinflussten. Es lägen bei ihr neben den beiden somatischen Problembereichen (Status nach Hirntumor, Status nach schwerem Unfall) auch Auffälligkeiten der Persönlichkeitsstrukturierung sowie Traumatisierungen in der Vergangenheit vor, welche die Entwicklung der somatoformen Störung begünstigten und die aktuellen Symptome verstärkten; diese würden durch die anhaltende Beschäftigung mit den daraus resultierenden Einschränkungen im Alltagsleben weiter gefördert und aufrechterhalten. Des Weiteren sei bei der Versicherten als Diagnose von einer Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen, dabei wirke die Versicherte introvertiert, in ihrem Lebensstil sozial eher zurückgezogen, nachdenklich, wodurch auch interpersonelle Konflikte entstehen könnten. Es liege eine passiv-abhängige

Grundeinstellung vor, sie sei gewissenhaft, mitunter rigide, aber auch loyal, strebsam, anankastisch und leistungsorientiert. Sie neige zum Grübeln, zu Schuldgefühlen, zu Somatisierung, sie sei oft besorgt über ihre körperliche Verfassung, fühle sich manchmal schon in Alltagssituationen innerlich angespannt, ängstlich und überfordert und es träten vegetative Reaktionen und emotionale Konflikte in Erscheinung. Sie neige zu geringem Selbstvertrauen, schlechter Laune und scheine beeinflussbar, strebe nach Autonomie und Unabhängigkeit. Sodann sei in Bezug auf eine allfällige Frontalhirnstörung unter Berücksichtigung der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung festzuhalten, dass bei Störungen des Frontalhirns Defizite der sozialen und emotionalen Fähigkeiten bestehen könnten, also auch der kognitiven Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Denken auf hohem Niveau und Problemlösung). Wenn auch ein manifestes Frontalhirnsyndrom bei der Versicherten klinisch und testpsychologisch nicht nachweisbar sei, lasse sich ein gewisser Zusammenhang mit diesem speziell im motivationalen und verhaltenspsychologischen Bereich nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Jedoch stelle sich die Frage nach dem Grad der Ausprägung dieser psychoorganischen Störungsanteile. Siehe dazu auch die Ausführungen im neurologischen Gutachten. Hinweise für eine bedeutsame affektive Störung lägen aktuell jedoch nicht vor.

Des Weiteren führt der Gutachter zur Unfallkausalität grundsätzlich nachvollziehbar aus, die psychischen Beschwerden seien allenfalls teilweise unfallkausal. Dies gelte für die weitere Entwicklung der somatoformen Störung (somatische Belastung) F45.1, jedoch auch für die motivationalen Faktoren. Es lägen auch unfallfremde Beschwerden vor, speziell im Hinblick auf ihre Kindheitserfahrungen und Belastungen. Die Symptomatik hätte sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aber anders (positiver) entwickelt, wenn die Versicherte keinen Unfall erlitten hätte. Das Unfallereignis habe eine richtunggebende Verschlimmerung dieses Vorzustandes bewirkt.

Was die Beschwerdeführerin sodann gegen das psychiatrische Teilgutachten vorbringt, vermag dessen Beweiswert nicht zu entkräften. So setzte sich der psychiatrische Gutachter ■ wie hiavor ausgeführt ■ sehr wohl mit möglichen psychoorganischen Störungsanteilen auseinander. Dass sich der Gutachter ■ wie von der Beschwerdeführerin gerügt ■ nicht explizit mit der von Dr. med. AC.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FM, SUVA Versicherungsmedizin, im Bericht vom 8. Juni 2017 (SUVA-Nr. 134) gestellten Diagnose «Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10 F 07.2)» bzw. mit der von Dr. med. AD.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kreisarzt, mit Bericht vom 20. April 2018 (Suva-Nr. 274) gestellten Diagnose «Organische Persönlichkeitsstörung (inhibitorisches Frontalhirnsyndrom) (ICD-10: F07.0)» auseinandersetze, vermindert den Beweiswert des Teilgutachtens somit nicht.

7.5.2 Des Weiteren führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, die Arbeitsfähigkeit liege aus psychiatrischer und neuropsychologischer Hinsicht (gemäss Konsens) in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit bei 50 % integral. Das Zumutbarkeitsprofil laute wie folgt: Kein Zeitdruck, es sollte wohlwollende Atmosphäre bestehen, die Möglichkeit zu zusätzlichen Pausen oder einer kurzfristigen Möglichkeit, die Arbeitszeit im Ausnahmefall der Befindlichkeit der Versicherten anzupassen, sollte gewährt werden. Neuropsychologisch könne die Versicherte Neues sofort notieren, es sollte sich eher um Routineaufgaben handeln. Die Aufträge sollten ihr wiederholt oder schriftlich abgegeben werden, sie sollte

vereinzelt mehr Zeit zur Verfügung haben. Da aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weniger kognitive Störungen bestünden, seien entsprechend weniger Anpassungen für eine normale Leistungsfähigkeit notwendig.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich hielt der psychiatrische Gutachter fest, es sei in Gesamtbetrachtung von einer Somatoformen Störung (somatische Belastung) F45.1 auszugehen, maximal in mittelgradiger Ausprägung.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, die Versicherte befinde sich gegenwärtig nicht in psychiatrische Betreuung. Sie nehme auch keine Psychopharmaka ein. Unter Berücksichtigung der somatoformen Schmerzstörung (somatische Belastung) sollte psychiatrisch einerseits die

Grundversorgung erweitert werden, in der Therapie sollten für die Versicherten realisierbare Bewältigungsmassnahmen aus dem Beschwerdebild abgeleitet werden, und es sollte eine Ermutigung bezüglich des gesundheitsfördernden Verhaltens (intensivere körperliche Bewegung, Sport, soziale Kontakte, Schlafhygiene) erfolgen mit der Entwicklung und Umsetzung von adaptiven Bewältigungsstrategien. Bei dem Schweregrad und der Chronifizierung der Versicherten sei es notwendig, eine psychotherapeutische Behandlung zu etablieren. Falls eine ambulante Behandlung nicht möglich oder erfolgversprechend wäre, sollte die Indikation zu einer multidisziplinären stationären Behandlung überprüft werden. Als Therapieverfahren kämen die kognitive Verhaltenstherapie oder eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie in Betracht. Die Versicherte sollte auch Entspannungsverfahren erlernen, ggf. wäre auch der Einsatz von Biofeedbackverfahren zu erwägen. Auch der Einsatz von Psychopharmakotherapie sollte in Betracht gezogen werden, allerdings könnten unerwünschte Wirkungen katastrophisierende Gedanken und Bewertung der Therapie bei der Versicherten auslösen. Weiter führt der Gutachter aus, aktuell seien berufliche Massnahmen nicht angezeigt. Diese sollten jedoch nach einer Therapie von ca. 12 Monaten abhängig von Ergebnis in Betracht gezogen werden. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist somit im Resultat nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Diesbezüglich wurde im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten, bei Zunahme der psychischen Beschwerden sei von deutlicheren kognitiven Einschränkungen auszugehen. Die kognitiven Leistungen könnten im Rahmen von psychiatrischen Diagnosen schwanken.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Befragung des Gutachters an, an guten Tagen werde sie um 7:00 Uhr wach, an schlechten Tagen stehe sie etwas später auf. An schlechten Tagen

fühle sie sich den ganzen Vormittag müde, dann liege sie wieder ab und stehe manchmal erst mittags auf. Wenn sie arbeite, müsse sie zwischen 8:00 bis 08:30 Uhr vor Ort sein. Sie arbeite in der Regel bis 11:00 Uhr. Sie passe die Arbeitszeit aber auch den Bedürfnissen an, auch wenn sie vormittags Therapien habe, gehe sie etwas früher. Mit den neuen Medikamenten könne sie jetzt besser aufstehen, und auch schlafen. Morgens müsse sie gleich auf das Smartphone schauen, sie schaue immer etwas auf dem Smartphone, auch abends Filme oder andere Sachen. Manchmal sitze sie nur da in der Stille, könne es aber schwer aushalten. In der Nacht könne sie nicht länger als 2-3 Stunden am Stück schlafen. Im Moment werde sie in der Nacht 3 - 4 mal wach. Wenn sie vormittags Therapie habe, gehe sie hin. Sie gehe auch Einkaufen: Schwere Sachen müsse sie aber bestellen und ins Haus liefern lassen. Zum Einkaufen nehme sie das Auto mit, wenn sie Kleinigkeiten einkaufe, gehe sie zu Fuss. Mit dem Auto fahre sie auch zum Arbeitsplatz. Sie versuche dann etwas im Haushalt zu machen, die Wohnung sauber zu halten. Fenster lasse sie putzen, auch für die Terrassenbepflanzung brauche sie Hilfe. Sie könne zwar noch Staubsaugen, müsse sich aber nach ihrer Kraft und momentaner Kondition orientieren. Sonst schaue sie später gerne einen Film oder Serien im TV. Sie lese nicht so viel, da sie sich abgelenkt fühle. Das Lesen erfordere Konzentration, diese sei bei ihr momentan schlecht. Deswegen lese sie nicht so viel und schaue dann eher mehr fern. Manchmal setze sie sich an den PC. Sie liege oft auf dem Sofa, schlafe auch ein. Ins Bett gehe sie zwischen 22:00 und 23:30 Uhr. Wenn sie aufwache, gehe sie auch aufs WC. Zu ihrer Freizeitgestaltung und Hobbys gebe die Versicherte an, dass sie momentan keine habe. Sie habe auch keine Hilfe für den Haushalt, habe momentan keine Spitex, habe früher aber schon Spitex gehabt. Sie fahre Auto auf kurzen Strecken, sonst benutze sie für längere Fahrten, wie heute, den Zug. Ferienreisen mache sie zurzeit keine. Die Versicherte sei momentan sozial relativ zurückgezogen, habe nur wenig Kontakte, weil sie nicht viel mit anderen Personen unternehmen könne, deswegen blieben ihre Kollegen auch weg. Sodann führte der psychiatrische Gutachter aus, die Versicherte verfüge über gute Ressourcen und eine sehr gute berufliche Ausbildung / Weiterbildung sowie Erfahrung. Bei der Versicherten gelte es jedoch auch die inneren (teils unbewussten) Widerstände sowie die teils dysfunktionalen motivationalen Faktoren, um die geschilderten Beschwerden zu überwinden, zu berücksichtigen. Zusammenfassend liegen demnach bei der Beschwerdeführerin neben gewissen Einschränkungen und ■ gemäss ihren Angaben ■ wenigen sozialen Ressourcen überwiegend positive persönliche Ressourcen vor.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich führt der psychiatrische Gutachter aus, bei der Versicherten erscheine das Aktivitätenniveau zwar gleichmässig eingeschränkt, es liege auch ein Leidensdruck vor, jedoch ergäben sich entgegen den Ergebnissen im BDI und SFSS keine Hinweise auf eine depressive Symptomatik, vielmehr entsprächen die Ergebnisse Inkonsistenzen, die auf eine Verdeutlichung bis Aggravation zurückzuführen seien. Ähnliches ergebe sich aus der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist somit zu verneinen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich hielt der psychiatrische Gutachter fest, es liegt ein Leidensdruck vor, die Versicherte nehme derzeit aber keine adäquate psychiatrische Therapie in Anspruch. Demnach ist von einem leichtgradigen Leidensdruck auszugehen.

7.5.3 Insgesamt erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen zwar bis zu einem gewissen Grad als erstellt. Eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie der psychiatrische Gutachter der O. ___ für eine angepasste Tätigkeit postuliert, lässt sich nach dem Gesagten anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 aber nicht erhärten. So darf sich im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) die Verwaltung ■ und im Streitfall das Gericht ■ weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f., 140 V 193 E. 3 S. 194 ff., je mit Hinweisen). Damit ist gestützt auf die vorgehende Indikatorenprüfung im Ergebnis davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei Ausschöpfung ihrer in genügendem Masse vorhandenen psychischen Ressourcen in der Lage ist, eine leidensangepasste Beschäftigung zu verrichten. Schliesslich ist anzufügen, dass aus rechtlichen Gründen von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden darf, ohne dass die ganze Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2). Das psychiatrische Teilgutachten ist denn auch grundsätzlich beweiswertig und es kann ■ abgesehen von der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ■ darauf abgestellt werden.

7.6 Gestützt auf das beweiswertige polydisziplinäre Gutachten der O. ___ vom 28. März 2023 ist somit im Lichte der vorstehenden Ausführungen davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als kaufmännische Leiterin nach wie vor uneingeschränkt zumutbar ist. Auch im Verlauf ist keine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erstellt. So ist gemäss der interdisziplinären Beurteilung der O. ___-Gutachter ein Jahr nach dem Unfall ■ somit ab Juni 2017 von der im Gutachten statuierten Arbeitsfähigkeit auszugehen: Aus neurologischer und internistischer Sicht bestand rückblickend keine Einschränkung. Sodann kann orthopädisch bei klinisch führender Kniebeschwerdesymptomatik nach Entfernung der Draht-Cerclage am rechten Knie, mithin also per 10. November 2016, von der aktuellen vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgegangen werden. Des Weiteren ergab sich aus neuropsychologischer Sicht kein verwertbares Resultat, was sich im Sinne einer Beweislosigkeit zu Ungunsten der Beschwerdeführerin auswirkt (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Zudem ist auch in psychiatrischer Hinsicht gestützt auf die Indikatorenprüfung sowohl aktuell als auch rückblickend von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht ergibt sich denn auch nicht aus den Vorakten.

8. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen kann somit auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet werden. So sind der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit sowie andere, dem Zumutbarkeitsprofil angepasste Tätigkeiten, wieder zu 100 % zuzumuten. Folglich entsprechen sich die Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen), weshalb keine Einkommenseinbusse besteht. Auch rückblickend erübrigt sich die Vornahme eines Einkommensvergleichs, nachdem nach Ablauf des Wartjahres per Juni 2017 keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestand.

9. Abschliessend ist festzuhalten, dass sich im Lichte des beweismässigen Gutachtens der O.____ vom 28. März 2023 die von der Beschwerdeführerin beantragte erneute polydisziplinäre Begutachtung als nicht notwendig erweist und somit abzuweisen ist. Sodann ist auf den Antrag der Beschwerdeführerin einzugehen, es sei der O.____ GmbH den Gutachterauftrag sowohl im Verfahren VSBES.2021.32 als auch im Verfahren VSBES.2021.72 zu entziehen und es sei in beiden Verfahren ein neues Gerichtsgutachten im P.____, im Q.____, in der R.____ oder im S.____ zu initiieren. Insofern die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang geltend macht, das Gutachten sei nicht innert den geforderten 2 - 3 Wochen erstellt worden, weshalb dieses aus den Akten zu weisen sei, ist sie darauf hinzuweisen, dass nicht sie, sondern das Versicherungsgericht Auftraggeberin für die Begutachtung ist und sie somit nicht legitimiert ist, den Gutachtern eine Frist zu Fertigstellung des Gutachtens zu setzen. Zudem wurde seitens des Versicherungsgerichts keine solche Frist gesetzt, weshalb der Umstand, dass das Gutachten nicht innert des von der Gutachterstelle angegebenen Zeitraums erging, sondern erst einige Wochen später, kein Grund darstellt, das Gutachten aus den Akten zu weisen. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Gesamtdauer zwischen Auftragsvergabe und Erstellung im Vergleich mit ähnlich komplexen Fällen nicht übermässig lang ausgefallen ist. Die diesbezüglichen Verfahrensanträge der Beschwerdeführerin vom 13. Januar 2023 und vom 14. März 2023 sowie der Antrag vom 31. Mai 2023, das Gutachten der O.____ vom 27. März 2023 sei aus formell-rechtlichen Gründen aus den Akten zu weisen, sind demnach abzuweisen. Daran vermag auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht zu ändern, wonach zwischen den Begutachtungen und der Erstellung des Gutachtens zwischen acht und zehn Monaten vergangen seien, weshalb sich die Gutachter kaum mehr an die Beschwerdeführerin zu erinnern vermocht hätten. Einerseits handelt es sich hierbei um eine Hypothese der Beschwerdeführerin, andererseits wurden sämtliche Gutachtensgespräche mittels Tonaufnahmen aufgezeichnet und es ist davon auszugehen, dass sich die Gutachter zusätzlich Notizen machten. Zudem ergeben sich aus dem Gutachten keine Hinweise, welche die Hypothese der Beschwerdeführerin zu stützen vermögen.

10. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang, besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.2 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022, weshalb das bis zu diesem Zeitpunkt geltende Recht zur Anwendung kommt. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 2.2. Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). 2.3 Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen ab 50 % auf eine halbe Rente, bei einem solchen ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 28 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). 3. 3.1 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 zu stellen 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 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, 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 hinreichende 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. 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 352 E. 3a). 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 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.

4. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente zu Recht verneint hat.

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das B.____-Gutachten vom 13. Februar 2019 (IV-Nr. 59, S. 3 ff.). Dieses enthielt folgende Diagnosen: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), möglicherweise rezidivierender depressiver Verlauf · Zustand nach operativ behandelte LWK-1/2- und konservativ behandelte LWK-5-Fraktur · Zustand nach dorsalem Fixateur intern-Spondylodese BVVK11 bis LWK3 (14. Juni 2016) und zwischenzeitlicher Materialentfernung (28. Juli 2017) · Endgradige Funktionsstörung des rechten Kniegelenkes nach operativ behandeltem Kniescheibenquerbruch (24. Juni 2016) und zwischenzeitlicher Materialentfernung (22. November 2016) · Initiale Retropatellararthrose rechtes Kniegelenk Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · Schmerzmittelmissbrauch · Verdacht auf NSAR Gastritis · Migräne · Status nach Operation eines anaplastischen Oligodendroglioms (WHO III) rechts präzentral parasagittal · Status nach Fraktur LWK 1, LWK 2 und LWK 5 · Erstgradiger Morbus Dupuytren beider Hände In der Konsensbesprechung gelangten die Experten zum Ergebnis, die bildmorphologischen orthopädischen Befunde (spinal und das rechte Kniegelenk betreffend) bedingten eine reduzierte Belastbarkeit in körperlich schweren und überwiegend

gehend und stehend auszuübenden Tätigkeiten. Die affektiven und vegetativen Störungen im Rahmen des aktuellen depressiven Syndroms bedingten eine zeitlich begrenzte Minderung der Belastbarkeit in jedweder Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aktuell zu 50 % arbeitsfähig. Mittels einer leitliniengerechten antidepressiven Behandlung sei per Ende März 2019 die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Was die übrigen Fachdisziplinen angehe, so ergebe sich weder in der angestammten noch in einer anderen Tätigkeit eine Einschränkung.

4.2 Die Beschwerdeführerin macht nun unter anderem geltend, Dr. med. F.____ mangle es als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der erforderlichen fachlichen Qualifikation für die von ihm durchgeführte neuropsychologische Begutachtung. Wegen seiner Beteiligung habe das B.____-Gutachten keinen Beweiswert. Dieser Einwand ist vorab zu prüfen, bevor allenfalls auf die weiteren Rügen der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten eingegangen wird.

4.2.1 Bevor die IV-Stelle den Auftrag für ein polydisziplinäres Gutachten vergibt (d.h. ein Gutachten, das wie im vorliegenden Fall drei oder mehr Fachdisziplinen umfasst), teilt sie der versicherten Person die Gutachterstelle und die Namen der mit dem Gutachten betrauten Personen nebst den entsprechenden Facharztstiteln mit (Rz 2077.8 Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung / KSVI, Stand am 1. Januar 2018). Die versicherte Person erhält eine Frist von zwölf Tagen, um Einwände zu erheben (Rz 2077.9 KSVI). Sie kann die Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen (Art. 44 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1), z.B. wegen fehlender Fachkompetenz (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.). Die Beschwerdegegnerin bringt vor, die Beschwerdeführerin habe es vor der Begutachtung unterlassen, die vorgebrachten Ausstandsgründe bzw. die fachliche Qualifikation von Dr. med. F.____ innert der ihr gesetzten Frist zu beanstanden (s. E. I. 2.1 hiervor), weshalb der Anspruch auf Anrufung dieser Verfahrensgarantie verwirkt sei. Richtig ist, dass Einwendungen nach Treu und Glauben möglichst bald zu erheben sind, damit diese bereits im Vorfeld der Begutachtung geklärt werden können. Im vorliegenden Fall kann der Beschwerdeführerin aber nicht vorgeworfen werden, sie habe mit dem Einwand gegen Dr. med. F.____, der mit Eingaben vom 11. November 2019 und 19. Dezember 2019 (IV-Nr. 78 und 88) erhoben wurde, zu lange zugewartet. Der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen, der sich mit der neuropsychologischen Qualifikation von Dr. med. F.____ befasste und diese verneinte, erging nämlich erst am 2. Dezember 2019 (s. IV-Nr. 88, S. 3), also nach der Begutachtung. Der Einwand der Beschwerdeführerin gegen die fachliche Eignung von Dr. med. F.____ kann daher nicht aus formellen Gründen verworfen werden (s. dazu Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2019.229 vom 19. Februar 2021 E. II. 3.1).

4.2.2 4.2.2.1 Das Versicherungsgericht hatte bereits in den Urteilen VSBES.2019.229 vom 19. Februar 2021 sowie VSBES.2019.237 vom 8. März 2021 über die vorliegend interessierende Frage zu entscheiden, ob es Dr. med. F.____ als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an der erforderlichen fachlichen Qualifikation für die von ihm durchgeführte neuropsychologische Begutachtung mangelt. Es kann somit im Wesentlichen auf die dortigen Ausführungen verwiesen werden, welche nachfolgend in Auszügen wiedergegeben werden. Es wird darin unter anderem Bezug auf die Stellungnahme von Dr. phil. V.____ vom 23. Juni 2020 genommen, welche in den vorliegenden IV-Akten ebenfalls enthalten ist (s. IV-Nr. 98, S. 14). «(...) Gemäss den von Dr. med. F.____ im damaligen Verfahren eingereichten Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung der Landesärztekammer Thüringen vom 14. November 1994 (...) sind für den Erwerb der Anerkennung als Facharzt «Psychiatrie und

Psychotherapie» (durch Dr. med. F.____ erlangt im Jahr 2008) unter anderem hinreichende Kenntnisse in psychodiagnostischen Testverfahren nachzuweisen. Dazu gehört laut dem Text der Richtlinien «die selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 5 Testuntersuchungen einschliesslich neuropsychologischer Untersuchungsmethoden» (...). Eine andere Fassung erwähnt «eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der psychopathologischen Symptomatik und der neuropsychologischen Diagnostik organischer Erkrankungen und Störungen des zentralen Nervensystems» (...). Die durch Dr. med. F.____ absolvierte Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie umfasst demnach in einem gewissen, beschränkten Umfang die Anwendung neuropsychologischer Testverfahren. Nicht Bestandteil dieser Weiterbildung bildet demgegenüber das vielfältige Hintergrundwissen, das gemäss der Stellungnahme von Dr. phil. V.____ in einem Psychologiestudium mit anschliessender Weiterbildung zum Neuropsychologen FSP (oder einer vergleichbaren Weiterbildung) vermittelt wird (...). Den eingereichten Unterlagen lässt sich ausserdem entnehmen, dass Dr. med. F.____ eine Reihe von Fortbildungen absolviert hat. Bescheinigt sind (...): Die Teilnahme an einer eintägigen Veranstaltung mit dem Titel «Die Rolle der Kognition in der Therapie schizophrener Störungen» im Jahr 2001 (...), an einem viertägigen Workshop zum Thema «learn to use the HCR-20 und the PCL:SV to assess risk of violent behaviour» im Jahr 2004, an einer 42 Unterrichtsstunden umfassenden Fortbildung zum Thema «Kriminal-Prognose» 2004 / 2005, an einer knapp zweistündigen Veranstaltung «Neurobiologie des Lernens» im Jahr 2007, an einer insgesamt zehn Stunden umfassenden Weiterbildungsveranstaltung zu verschiedenen Themen im Jahr 2007, an einer eintägigen Fortbildungsveranstaltung «Geistige Behinderung und Delinquenz» im Jahr 2007, an einer eintägigen Fortbildung zum Thema «Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter» im Jahr 2016, an einem zweitägigen versicherungsmedizinischen Kolloquium im Jahr 2016 (als Teilnehmer und Referent) sowie an einem eintägigen Symposium zur versicherungsmedizinischen Bewertungspraxis im Jahr 2017 (als Teilnehmer und Referent). Weiter geht aus den eingereichten Dokumenten hervor, dass Dr. med. F.____ 2005 / 2006 ein Jahr lang als Stationsarzt auf einer Station für neurologische Frührehabilitation tätig war (p. 128). Zudem arbeitete er in den Jahren 2007 / 2008 etwa 15 Monate lang (ohne Elternzeit) als Assistenzarzt in Weiterbildung an einer Klinik für Forensische Psychiatrie (...).» (s. VSBES.2019.237 E. II. 3.3.3) «Vergleicht man die neuropsychologischen Anteile der von Dr. med. F.____ absolvierten Ausbildung zum Arzt und Psychiater mit den durch Dr. phil. V.____ genannten Elementen der spezifischen Ausbildung zum Neuropsychologen, wird deutlich, dass eine erhebliche Differenz besteht. Die von Dr. med. F.____ über die eigentliche Ausbildung hinaus absolvierten Fortbildungen und seine beruflichen Erfahrungen vermitteln zusätzliches Wissen und zusätzliche Kompetenzen. Ihr Inhalt entspricht jedoch offensichtlich nicht der Differenz zwischen den neuropsychologischen Aspekten der durch Dr. med. F.____ absolvierten Ausbildung und den diesbezüglichen Kenntnissen, die im Rahmen eines Psychologiestudiums mit anschliessender Weiterbildung als Neuropsychologe vermittelt werden. Es kann deshalb nicht als ausgewiesen gelten, dass Dr. med. F.____ durch die Facharztbildung und die absolvierten Fortbildungen zusammengenommen den vollständigen Wissens- und Erfahrungsstand eines Neuropsychologen FSP oder einer damit vergleichbaren Ausbildung erlangt hat (s. VSBES.2019.237 E. II. 3.3.4).» 4.2.2.2 Dr. med. F.____ verfügt somit nicht über einen anerkannten Fachtitel oder einen Ausweis über eine sonstige anerkannte, spezifische Weiterbildung in Neuropsychologie. Dass er trotzdem Kenntnisse aufweist,

welche diesem Niveau entsprechen, ist zwar denkbar, aber nicht hinreichend nachgewiesen. Ihm fehlt es daher an einer hinreichenden, ausgewiesenen Qualifikation zur Erstellung neuropsychologischer Gutachten. Das neuropsychologische Teilgutachten von Dr. med. F.____ stellt sich folglich mangels ausgewiesener fachlicher Qualifikation als nicht beweiswertig heraus (s.a. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2019.229 vom 19. Februar 2021 E. II. 3.3.9). 5. Sodann ist nachfolgend zu prüfen, ob an Stelle des neuropsychologischen Teilgutachtens von Dr. med. F.____ das von der Beschwerdeführerin veranlasste neuropsychologische Privatgutachten von Dr. phil. H.____ vom 27. April 2020 (IV-Nr. 93, S. 6) als Beweisgrundlage dienen kann. Dr. phil. H.____ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung mit im Vordergrund stehenden mnestischen, attentionalen und spezifischen exekutiven Minderleistungen sowie einer deutlich reduzierten Belastbarkeit mit erhöhter Ermüd- und Erschöpfbarkeit bei länger andauernder konzentrativer Beanspruchung. Zur Begründung führte Dr. phil. H.____ aus, im Vordergrund der objektivierbaren kognitiven Minderleistungen stünden reduzierte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen, insbesondere in der selektiven bzw. gerichteten Aufmerksamkeit sowie in der Aufmerksamkeitsteilung und im Arbeitsgedächtnis. Im Arbeitsgedächtnis zeige sich zudem eine Zunahme der Einfachreaktionszeiten im Verlauf, welche klinisch mit einer erhöhten Ermüd- und Erschöpfbarkeit (Fatigue) korreliert sei. Ausserdem manifestierten sich leichte bis deutliche Leistungsminderungen in den mnestischen Funktionen, sowohl im sprachlichen Lern- und Neugedächtnis und im Textgedächtnis als auch im visuell-figuralen und im visuell-räumlichen Lern- und Neugedächtnisvermögen. Hinzu kämen spezifische Minderleistungen im Bereich der Exekutivfunktionen, insbesondere in der Konzepterkennung und im Kategorisierungsvermögen sowie in der verbalen Ideenproduktion und im sprachlichen Arbeitsgedächtnis (verbale Erfassungsspanne rückwärts) sowie eine z.T. verminderte Fehlerkontrolle. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führte Dr. phil. H.____ aus, aufgrund der insgesamt als leicht bis mittelschwer zu beurteilenden neuropsychologischen Funktionsstörung sei gemäss der Richtlinie der Fachgesellschaft (Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Funktionsstörung, A. Frei et. Al. 2016) von einer 30 - 50%igen Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit (in Bezug auf ein volles Arbeitspensum) auszugehen, je nach Anforderungsprofil der Berufstätigkeit. Sowohl in Bezug auf die angestammte Kaderposition einer Diplom-Betriebsökonomin und Finanzplanerin, als auch in der verantwortungsvollen Tätigkeit einer Kaufmännischen Leiterin eines grossen Optikergeschäftes sei zum heutigen Zeitpunkt von einer ca. 50%igen Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit auszugehen, zumal die kognitiven Anforderungen bzgl. Berufstätigkeit gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 2. Februar 2017 durchgehend als hoch eingestuft worden seien. Auch wenn das Gutachten von Dr. phil. H.____ als grundsätzlich nachvollziehbar und eingehend begründet erscheint, kann dennoch nicht alleine auf dieses abgestellt werden. Dr. phil. H.____ wurde vom Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. W.____, mit Schreiben vom 27. Dezember 2019 mit der Begutachtung beauftragt (s. S. 2 des neuropsychologischen Gutachtens von Dr. phil. H.____). Dies offensichtlich als Reaktion auf den ersten Vorbescheid der Beschwerdegegnerin vom 5. November 2019 (IV-Nr. 76), in welchem der Beschwerdeführerin in Aussicht gestellt wurde, ab 1. Juli 2019 bestehe kein Anspruch auf eine Rente mehr. Insoweit muss – analog der diesbezüglichen Rechtsprechung über behandelnde Ärzte (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2006; I

482/06, E. 3.3; BGE 125 V 353 E. 3b/cc) – davon ausgegangen werden, dass Dr. phil. H.____ eher zu Gunsten der Beschwerdeführerin aussagt. 6. Nachdem somit weder auf das Privatgutachten von Dr. phil. H.____ vom 27. April 2020 noch auf das neuropsychologische Teilgutachten von Dr. med. F.____ abgestellt werden kann, bedarf es einer erneuten neuropsychologischen Begutachtung durch eine Gutachterperson mit der erforderlichen Fachkompetenz. Dies hat jedoch auch Auswirkungen auf die übrigen Teile des polydisziplinären B.____-Gutachtens. Um die neuropsychologischen Befunde in einen Gesamtzusammenhang zu stellen und in eine Konsensdiskussion einzubeziehen, ist es nämlich angezeigt, die Begutachtung auch in den vier anderen Disziplinen zu wiederholen. Aus dem Urteil VSBES.2020.22 des Versicherungsgerichts Solothurn vom 19. Januar 2021 lässt sich für den vorliegenden Fall nichts Gegenteiliges ableiten, da es um eine andere Situation ging: Das Versicherungsgericht liess dort offen, ob der Neurologe Prof. Dr. med. X.____ für neuropsychologische Begutachtungen qualifiziert sei, da das entsprechende Teilgutachten, welches er erstellt hatte, für die Beurteilung des Sachverhalts von vornherein entbehrlich war und deshalb ausgeklammert werden konnte, ohne den Beweiswert des polydisziplinären Gesamtgutachtens zu tangieren (s. dortige E. II. 3.5.4). Dagegen ist die neuropsychologische Fachrichtung im vorliegenden Fall durchaus relevant, da in verschiedenen Arztberichten kognitive Defizite attestiert wurden. Insofern die Beschwerdeführerin beantragt, es seien zusätzlich die Fachrichtungen Viszeralchirurgie und Gastroenterologie begutachten zu lassen, ist festzuhalten, dass in den Akten diesbezüglich aktuell weder eine Behandlungsbedürftigkeit noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit postuliert wird. Zudem liegen in diesen Fachrichtungen in den Akten nach 2017 keine Arztberichte mehr vor, so dass nicht davon auszugehen ist, dass diesbezüglich eine Behandlungs- bzw. eine zusätzliche Abklärungsbedürftigkeit besteht. Demnach ist der diesbezügliche Antrag abzuweisen. Zusammenfassend kam das Versicherungsgericht nicht umhin, im vorliegenden Verfahren ein neues polydisziplinäres Gerichtsgutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädie zu veranlassen. Da zudem im parallel laufenden UV-Verfahren nicht auf die kreisärztlichen Beurteilungen abgestellt werden kann und diesbezüglich ebenfalls weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen sind, wird das polydisziplinäre Gerichtsgutachten zur Sicherstellung einer einheitlichen medizinischen Entscheidungsgrundlage im vorliegenden Verfahren als auch im UV-Verfahren VSBES.2021.72 gemeinsam veranlasst. Da ohnehin ein gänzlich neues Gutachten eingeholt werden muss, erübrigt es sich, auf die sonstigen Einwände der Beschwerdeführerin gegen das vorliegende B.____-Gutachten einzugehen.

7. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. J.____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH), Dr. med. K.____ (Facharzt für Neurologie FMH), Dr. med. L.____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), Dr. med. M.____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und lic. phil. N.____ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP), alle von der O.____, ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt. Das Gutachten vom 28. März 2023 (A.S. 88 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt: 7.1 Im orthopädischen Teilgutachten der O.____ (A.S. 122 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt: -
Retropatellararthrose rechts Grad I-II mit M. vastus medialis Insuffizienz und Patella baja o funktionell axial volle Beinbelastbarkeit, o funktionell eingeschränkt sind patellabelastende

Tätigkeiten (z.B. Treppensteigen, Bergabgehen, ständig gebeugtes Kniegelenk sollte vermieden bzw. Wechselposition ermöglicht werden, vermieden werden müssen auch kniende und kauende Positionen). - Knöchern konsolidierte LWK 1, LWK 2 und LWK 5 Fraktur (14. Juni 2016) o Status nach Spondylodese (14. Juni 2016), OSME am 28. Juli 2017 - funktional sehr gutes Gesamtergebnis, keine signifikante Einschränkung der Beweglichkeit, keine Einschränkung der Rückenbelastbarkeit Sodann führt der orthopädische Gutachter aus, objektivierbar beurteile Dr. Y. ____, Oberarzt Orthopädie Z. ____, Hüft- und Knickchirurgie, mit Bericht vom 13. Januar 2020 als Hauptproblem am ehesten eine traumatisch entstandene Patella baja, während hingegen die retropatelläre chondropathischen Veränderungen nur mit Grad I-II beurteilt worden sei und auch femorotibial gemäss MRI vom Juni 2019 altersentsprechend unauffällig mit intaktem Meniskus und Knorpelverhältnissen sowie Ligamenten beschrieben worden sei. Auch das Rotation CT vom November 2019 sei allseits unauffällig gewesen. Dies decke sich mit der aktuellen orthopädischen Befundlage, wo ebenfalls ein leichter Patellatiefstand im Rahmen einer insuffizienten muskulären Führung durch den M. quadriceps feststellbar sei. Somit seien alle Kniebelastungen, welche zu einem kräftigen Anpressen der Patella führten (Anspannung des Quadriceps, Kniebeugeposition), potentiell schmerzzeugend. Dies betreffe funktional somit also Tätigkeiten in hockender und kniender Position, Treppensteigen, Bergabgehen, ständig gebeugte Kniegelenke. Hingegen sei axial das Kniegelenk voll belastbar. Es bestehe gemäss den vorliegenden radiologischen Befunden eben keine Knorpelschädigung femorotibial, es bestehe eine stabile Bandführung, auch keine Meniskuszeichen. Somit seien sämtliche Betätigungen mit axialer Beinbelastung ohne Probleme möglich, so also auch normales Gehen, Joggen, Schwimmen, selbst Velofahren mit geringer Kraftanstrengung (im kleinen Gang gefahren) sollte möglich sein. Aus orthopädischer Sicht könne für solche nicht direkt patellabelastende Tätigkeiten und Sportarten keinerlei zeitliche Einschränkung in deren Durchführung begründet werden. Wenn die Beschwerdeführerin zwar angegeben habe, sie traue sich keine sportliche Betätigung zu, so könne dies aus orthopädischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Gleichermassen nicht begründbar seien die subjektiv angegebenen Schlafstörungen wegen angegebener nächtlicher Schmerzen. Dies könne pathophysiologisch weder von Seiten des Knies noch hinsichtlich des Rückens begründet werden. Gerade auch in Hinblick auf die Lendenwirbelsäule sei bei Status nach konsolidierter LWK 1, LWK 2 und LWK 5 Fraktur ein sehr gutes klinisches Ergebnis erzielt worden. Eine signifikante Funktionseinschränkung der Lendenwirbelsäule könne diesbezüglich nicht begründet werden. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils sowie der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu überzeugen. Diesbezüglich hielt der Gutachter fest, aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der Lage, leichte bis teilweise leicht bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg in rückenschulgerechter Haltung in temperierten Räumen, im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen zu verrichten. Vermieden werden sollten Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten oberhalb von 15 kg ausserhalb des Körperlots, ruckartige Bewegungen, ständige Überstreckung des Rumpfes und der Halswirbelsäule sowie Heben beider Arme über Schulterhöhe. Erschütterungen und ruckartige Bewegungen der Lendenwirbelsäule sollten ebenso vermieden werden. Aufgrund der Patellapathologie rechts bei M. vastus medialis Insuffizienz / Patella baja, seien auch Tätigkeiten, welche zum Anpressen der Patella führten (starke Quadricepsanspannung bei gebeugtem Knie)

schmerzerzeugend. Somit seien Arbeiten in hockender, kauender oder kniender Position nicht gut geeignet. Treppensteigen sei ungünstig. Bei dauerhafter sitzender Tätigkeit sollten gelegentliche Bewegung des Knies möglich sein. Axial bestünden hingegen für das Kniegelenk keine Belastungseinschränkungen. Die angestammte Tätigkeit als kaufmännische Angestellte sei als körperlich leichte, wechselbelastende und sogar überwiegend sitzende Tätigkeit auch gemäss Auskunft Arbeitgeber beschrieben. Diese Tätigkeit stelle keine relevante Rückenbelastung und Kniebelastung dar. Allenfalls sollte eine gelegentliche Wechselbewegung ermöglicht werden, was aber als gegeben bewertet werden dürfe. Somit sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig mit einer um 0 % verminderten Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenz. Retrospektiv könne bei klinisch führender Kniebeschwerdesymptomatik nach Entfernung der Draht-Cerclage am rechten Knie, mithin also 10. November 2016, von der aktuellen vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Am Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Entgegen der Ausführungen der Beschwerdeführerin bezieht sich der orthopädische Gutachter bei seiner Einschätzung der zumutbaren Sportarten ausschliesslich auf die Einschränkungen im Kniebereich. Zudem hat der Gutachter nicht jegliche sportlichen Tätigkeiten als zumutbar erachtet, wie dies die Beschwerdeführerin behauptet. Vielmehr hat er festgehalten, patellabelastende Sportarten wie Fahrradfahren oder Bergsteigen könnten wahrscheinlich nur mit Schmerzen durchgeführt werden. Geradeausgehen, Joggen, Schwimmen, Velofahren im kleinen Gang (mit wenig Beinbelastung) seien aber durchaus gut möglich. Aus orthopädischer Sicht könne für solche nicht direkt patellabelastende Tätigkeiten und Sportarten keinerlei zeitliche Einschränkung in deren Durchführung begründet werden. Demnach steht diese Einschätzung auch nicht der orthopädischen Gesamtbeurteilung entgegen, wonach der Beschwerdeführerin noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten möglich seien. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin hat der Gutachter bei seiner Beurteilung auch nicht die bestehende Femoropatellararthrose ausgeblendet. Vielmehr hat er festgehalten, das Schmerzausmass korreliere weniger mit der Retropatellararthrose als vielmehr mit der Insuffizienz der muskulären Führung der Patella. Dementsprechend erscheint es nachvollziehbar, dass der Gutachter die Retropatellararthrose bei seiner Einschätzung betreffend die noch zumutbaren sportlichen Tätigkeiten nicht gesondert erwähnt hat. Schliesslich macht die Beschwerdeführerin mit Verweis auf die Tonaufnahmen geltend, es habe schon vor der Begutachtung Unstimmigkeiten zwischen ihr und dem Gutachter gegeben. So sei er ziemlich aufbrausend geworden, weil sie lieber nicht habe schriftdeutsch sprechen wollen. Unter diesen Umständen sei keine objektive und unvoreingenommene Begutachtung mehr möglich gewesen. Diese Darstellung kann aufgrund der Tonaufnahmen jedoch nicht bestätigt werden. Nachdem der Gutachter die Beschwerdeführerin fragte, ob sie hochdeutsch antworten könne, wies sie ihn darauf hin, dass sie bei einer Begutachtung erwarte, dass sie diese in ihrer Muttersprache machen könne. In der Schweiz sei nicht Hochdeutsch die gängige Sprache. Der Gutachter blieb hiernach ruhig und reagierte – entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin – nicht aufbrausend. Das Gespräch wurde danach im freundlichen Tonfall weitergeführt. Es ergeben sich keine Hinweise darauf, dass der Gutachter deswegen gegenüber der Beschwerdeführerin voreingenommen gewesen wäre. Bei den weiteren diesbezüglichen Einwänden der Beschwerdeführerin handelt es sich zudem um Details, welche keinen Einfluss auf den Beweiswert des Gutachtens haben, so dass nicht weiter darauf einzugehen

ist. Somit ist auf das beweiswertige orthopädische Teilgutachten der O. ___ abzustellen. Im Übrigen vermag auch der erst nach der Begutachtung ergangene Bericht von Dr. med. U. ___, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 7. Juli 2023 (Beschwerdebeilage 10) nichts an der Beurteilung aus dem beweiswertigen orthopädischen Gutachten zu ändern. So stützt sich dieser Bericht im Wesentlichen auf die Berichte betreffend MRT der LWS und ISG nativ und MRT des rechten Kniegelenkes vom 20. und 22. Juni 2023 (Beschwerdebeilage 8 und 9), welche mehr als zwei Jahre nach der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Januar 2021 ergangen sind. Das Gericht hat den Sachverhalt rechtsprechungsgemäss bis zum Datum der angefochtenen Verfügung zu überprüfen, weshalb die genannten Berichte im vorliegenden Verfahren nicht relevant sind. 7.2 Im internistischen Teilgutachten der O. ___ (A.S. 213 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: Unfallkausale Diagnosen: - keine Nichtunfallkausale Diagnosen: Mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: - keine ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit - St.n. Exzision Oligodendrogliom WHO III 1992 o Nachkontrollen anamnestisch unauffällig - St.n. Polytrauma 06/2016 (Frontalkollision mit Auto) o mit Patellafraktur, Wirbelsäulen-Trauma, Dünndarmperforation o St.n. Netz-Implantation abdominal 06/2017 wegen Narbenhernie Weiter führt der internistische Gutachter aus, von Seiten des Abdomens bestünden Restbeschwerden (geschildert als Durchfall und Obstipation), die die Versicherte subjektiv auf den Unfall zurückführe. Der klinische Befund abdominal sei im Wesentlichen unauffällig, mit leichter Druckdolenz. Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe dadurch keiner. Die Frage der «Fatigue» sei nicht in erster Linie allgemein-internistischer Natur. Internistisch begründbare Einschränkungen der Leistungsfähigkeit würden sich äussern in einer Leistungs-Intoleranz für körperlich anstrengendere Tätigkeiten, eigentlich prinzipiell ausschliesslich während der entsprechenden Leistung, die eben nicht erbracht werden könne – dies prinzipiell unabhängig von vorherigen Belastungen. Einschränkungen beim Pensum – «Erschöpfung» nach einer gewissen Anzahl Stunden – könnten damit in keiner Weise begründet werden. Auch eine Leistungsminderung könne daraus nicht resultieren, ausser für Anteile einer Tätigkeit, die mit grösseren körperlichen Belastungen verbunden wären. Für Bürotätigkeiten treffe dies nach Kenntnis des Gutachters nicht zu. Anamnestisch würden in diesem Fall körperliche Aktivitäten wie Krafttraining und Aquafit nach wie vor ausgeführt; die Versicherte gebe dabei lediglich an, beim Sport im Gegensatz zu früher keine Freude mehr zu verspüren. Obschon vorwiegend von interessierten Kreisen stark in den Vordergrund geschoben, bestünden keine wissenschaftlichen Belege für «Fatigue». Insbesondere existierten auch keine Labor-Untersuchungen, mit denen ein «chronic fatigue syndrome» objektiv nachgewiesen oder ausgeschlossen werden könnte. Begrifflichkeiten wie «Erschöpfung» deuteten eher auf psychiatrisch und nicht allgemein-internistisch zu beurteilende Symptome hin. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht zu überzeugen: Sowohl bezüglich Pensum wie auch beim Rendement (Leistungsfähigkeit) bestünden aus allgemein internistischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus allgemein-internistischer Sicht hätten zu keinem Zeitpunkt Affektionen mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestanden, abgesehen von Interkurrenten Perioden während Hospitalisationen und Rekonvaleszenzzeiten. Am Beweiswert des internistischen Teilgutachtens vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Insofern die Beschwerdeführerin geltend macht, der internistische Gutachter ordne eine mögliche Fatigue in unzulässigerweise dem psychiatrischen Fachbereich zu, ist darauf hinzuweisen, dass sowohl die Neurasthenie (ICD-10: F48.0) wie auch das

Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS) (G93.3) zu den Krankheitsbildern gehören, die dadurch gekennzeichnet sind, dass ihre funktionellen Auswirkungen qualitativ und quantitativ ungewiss sind. Bei dieser Ausgangslage bedarf es einer besonderen Prüfung, ob die Einschränkung der Leistungsfähigkeit in dem von Gesetzes wegen (Art. 6 ff. ATSG, Art. 4 Abs. 1 IVG) erforderlichen kausalen Zusammenhang mit den in Frage stehenden Gesundheitsschäden steht. Dabei geht es zunächst um die (auf medizinischem Fundament beruhenden) Tatfragen, ob ein solcher Gesundheitsschaden hinreichend erstellt ist und wie weit ein solcher für die funktionellen Ausfälle verantwortlich ist, sowie anschliessend um die Rechtsfrage, ob die Folgen des festgestellten Leidens eine invalidisierende Wirkung haben (Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2013 vom 25. September 2013 E. 4.1). Allfällige diesbezügliche Auswirkungen wären somit zusätzlich im Rahmen der psychiatrischen Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen. Somit ist auf das beweismässige internistische Teilgutachten der O.____ abzustellen.

7.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten der O.____ (A.S. 225 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

Nicht-authentische kognitive Einschränkungen von Aufmerksamkeit, Neugedächtnis und Exekutivfunktionen mit/bei: - Problematischem Leistungsverhalten (am ehesten Verdeutlichung DD mit bewussten Anteilen) - Polytrauma mit Schädeltrauma links am 13. Juni 2016 - Status nach Oligodendrogliom präzentral rechts, operativ entfernt 1992 Die neuropsychologische Gutachterin führt zur Begründung aus, die Validität der von der Beschwerdeführerin gezeigten Leistungen sei aus folgenden Gründen eingeschränkt: Bei der Leistungsvalidierung gebe es Hinweise auf eine Verfälschung der Befunde. In einem gut standardisierten Leistungsvalidierungstest (Schmand & Lindeboom, 2005) seien die Leistungen auffällig gewesen. Die Leistungen hätten klar unter dem kritischen Grenzwert gelegen, in einem anderen gut standardisierten Leistungsvalidierungstest (Green, 2003) seien die Leistungen aber unauffällig gewesen. Weiter hätten sich folgende auffällige eingebettete Faktoren gezeigt (vgl. Miele et al., 2012, Rickards et al., 2017, Webber et al., 2018): Die dort gezeigten Leistungen fielen in den Bereich eines problematischen Leistungsverhaltens. Die Leistungsbereitschaft habe somit geschwankt und es sei zu konstatieren, dass die Beschwerdeführerin bei der aktuellen Untersuchung – zumindest punktuell – unter ihrer tatsächlichen Leistungsfähigkeit geblieben sei. So dann sei bei der Beschwerdenvalidierung die Glaubwürdigkeit der geschilderten Beschwerden ebenfalls herabgesetzt. In einem Fragebogen zu typischen und atypischen kognitiven, psychischen und somatischen Symptomen (Merten et al., 2019) hätten sich eine Menge an Pseudobeschwerden gezeigt, welche über dem kritischen Grenzwert gelegen hätten. Allerdings sei das Verhältnis zwischen echten und Pseudobeschwerden unter dem Grenzwert gelegen. In einem weiteren Fragebogen zu atypischen Symptomen (SIMS, 2003; durchgeführt im psychiatrischen Gutachten) sei der Gesamtwert ebenfalls über dem kritischen Wert der Beschwerdenübertreibung gelegen. Die Beschwerdeführerin habe eine auffällige Menge an Symptomen angegeben, welche bei Patienten mit authentischen psychischen oder kognitiven Störungen in dieser Menge und Kombination atypisch seien. Es handle sich dabei um unlogische, teilweise bizarre, sehr unwahrscheinliche oder nur selten vorkommende und mit der jeweiligen Störung inkonsistente Symptome. Atypische Symptome seien vor allem in den folgenden Bereichen in auffälligem Ausmass bejaht worden: Neurologische Beeinträchtigungen und affektive Störungen. Alle Angaben zusammengenommen, d.h. mit der schweren Fatiguesymptomatik, sprächen die Daten für eine Beschwerdenübertreibung. Dagegen hätten sich innerhalb und zwischen Tests keine Inkonsistenzen ergeben. Neben den Auffälligkeiten in den eingebetteten Faktoren zeigten

sich keine bedeutsamen Inkonsistenzen zwischen den Tests oder innerhalb einzelner Verfahren. Gewisse Leistungsschwankungen (z.B. beim Lernen) könnten auch bei Gesunden auftreten. Jedoch bestünden Inkonsistenzen zwischen den Testleistungen, direkt beobachtetem Verhalten und Fähigkeiten: So hätten sich klinisch keine Hinweise auf bedeutsame Gedächtnisdefizite ergeben, testdiagnostisch seien die Gedächtnisleistungen aber bis zu teilweise schwer defizitär gewesen. Sodann bestünden ebenfalls Inkonsistenzen zwischen Testleistungen und dem aufgrund der Entwicklung und der medizinischen Akten erwarteten Funktionsniveau. 2017 hätten auf Testebene nur geringe kognitive Minderleistungen bestanden (mentales Rotieren, Konzeptfindung). 2020 seien deutlich mehr kognitive Minderleistungen festgestellt worden. Auch aktuell zeigten sich Einschränkungen in einem ähnlichen Ausmass wie 2020, allerdings seien auch einzelne Leistungen besser als noch vor mehr als zwei Jahren (z.B. geteilte Aufmerksamkeit). Der Verlauf spreche gegen eine bedeutsame kognitive Verschlechterung durch den Unfall 2016, zumindest auf kognitiver Ebene. Für die subjektiv verminderte Belastbarkeit seien schon 2017 mehrere Faktoren genannt worden. Ein problematisches Leistungs- und Antwortverhalten sei nachgewiesen. In der Gesamtsicht aller verfügbaren Informationen, in Anlehnung an den Entscheidungsalgorithmus von Slick und Sherman (2013), sei mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Verdeutlichung von Beschwerden und Symptomen festzuhalten, d.h. eine Verstärkung von kognitiven Störungen und berichteten Symptomen, die zu einem wesentlichen Teil als unbewusst zu werten seien. Wie unter Ätiologie beschrieben werde, sei trotz invalider Befunde, mit hoher Wahrscheinlichkeit von tatsächlich bestehenden, wenn auch nicht starken, kognitiven Einschränkungen auszugehen. Diese wären aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt. Sodann setzt sich die neuropsychologische Gutachterin kritisch mit den Vorakten auseinander und begründet ihre davon teilweise abweichende Beurteilung in nachvollziehbarer Weise. Die neuropsychologischen Ergebnisse von 1994 seien aus heutiger gutachterlicher Sicht ungenügend, da keine Validierung der Befunde vorgenommen worden sei. Es erstaune die Interpretation, dass die klar linkshemisphärischen Defizite mit einem rechtshemisphärischen Tumor übereinstimmen würden. Vielmehr müssten sich aufgrund des Tumorortes v.a. exekutive und visuell-räumliche Einschränkungen zeigen. Auch in der neuropsychologischen Untersuchung von 2017 seien keine Validierungsverfahren verwendet worden. Bei der Frage nach der Fahreignung sei allerdings in der Regel von einer hohen Motivation der Exploranden auszugehen. Es zeigten sich denn auch nur geringe Auffälligkeiten, welche grundsätzlich mit der Tumorkalisation vereinbar gewesen seien. Der höhere Schweregrad habe sich durch die verminderte Belastbarkeit ergeben, welche richtigerweise als multifaktoriell interpretiert worden sei. 2018 sei es zu einem neuropsychologischen Gutachten durch Dr. med. F. ___ gekommen, welches gemäss seinen Ergebnissen kein plausibles Testprofil gezeigt habe, dagegen hätten sich deutliche Hinweise auf ein negativ verzerrtes Antwortverhalten in der Beschwerdevalidierung ergeben. Dr. phil. V. ___ werde im Nachgang der Begutachtung angefragt, ob Dr. F. ___ überhaupt die fachlichen Anforderungen für ein solches Gutachten besitze. Diese Frage habe sie klar mit «Nein» beantwortet, weshalb die Aussagekraft des damaligen Gutachtens erheblich eingeschränkt sei. Die von Dr. F. ___ verwendeten Testverfahren seien sehr spärlich gewesen. Allerdings sei das verwendete Validierungsverfahren tatsächlich sehr auffällig gewesen, die dort gezeigten Leistungen wären durch echte Gedächtnisdefizite nicht erklärbar gewesen. 2020 sei erneut ein Gutachten veranlasst worden. Die Neuropsychologin H. ___ habe leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen ergeben. Es

hätten sich keine Inkonsistenzen zwischen den subjektiv beklagten Symptomen und den objektivierten Befunden ergeben, ebenso keine Aggravationstendenz. Die Befunde habe sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit teilweise auf den Unfall vom 13. Juni 2016 zurückgeführt. Was erstaune, sei die fehlende kritische Auseinandersetzung mit den fast unauffälligen Vorbefunden von 2017 in [...], welche auch nach dem Unfall erhoben worden seien. Die klare Verschlechterung sei nicht weiter eingeordnet worden, denn 2017 habe v.a. die verminderte Belastbarkeit zu dem leichten bis mittelschweren Schweregrad geführt und nicht kognitive Funktionsdefizite per se. Das auffällige Ergebnis im Gutachten von Dr. F. ___ sei als möglicher Rosenthal-Effekt diskutiert worden, ein Argument, welches zwar angebracht werden könne, allerdings weiterhin invalide Ergebnisse bedeute. Auch Dr. I. ___ interpretiere die Einschränkungen als vorwiegend unfallbedingt, obwohl das kognitive Niveau 2017 nur gering auffällig ausgefallen sei. Die damals verminderte Belastbarkeit sei auch auf unfallfremde Faktoren zurückgeführt worden. Dr. I. ___ habe den Hirntumor als Grund für eine verminderte kognitive Reserve angegeben, was grundsätzlich nicht falsch sei. Dennoch sei die Versicherte in der Lage gewesen, eine hochstehende Qualifikation zu erlangen und 100 % zu arbeiten. Es sei schwer nachvollziehbar, dass ein Autounfall ohne nachgewiesene neue Hirnschädigung eine solch drastische Verschlechterung bewirkt haben sollte, zumal eben 2017 die Kognition nur geringfügig auffällig gewesen sei. Zusammenfassend hielt die neuropsychologische Gutachterin der O. ___ fest, die Validität der Ergebnisse sei eingeschränkt, negative Antwort- und Leistungsverzerrungen seien belegbar. Das gezeigte Profil sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gültig. Dies schliesse zwar das Bestehen von tatsächlichen kognitiven Einschränkungen nicht aus, sie bestünden aber nicht im gezeigten Ausmass und könnten weder die Auffälligkeiten im Leistungsvalidierungsverfahren, in den eingebetteten Faktoren, noch die Diskrepanzen erklären. Kognitive Defizite durch den Hirntumor präzentral rechts seien möglich, so seien 2017 Einschränkungen des mentalen Rotierens (bei Rechtshändern eine rechtshemisphärische Funktion) und der Konzeptfindung (exekutive/frontale Funktion) objektiviert worden. Das mentale Rotieren wie auch die Konzeptfindung seien jetzt allerdings im Normalbereich. Dennoch seien exekutive Defizite möglich, visuell-räumliche Fähigkeiten (Wahrnehmung und Konstruktion) erhalten. In der Begutachtung 2020 zeigten sich dann in vergleichbaren Verfahren klar mehr Einschränkungen. Für diese Verschlechterung könne allerdings kaum der Unfall verantwortlich sein. Andere Faktoren dürften vielmehr diese Verschlechterung bewirkt haben. Die aktuellen Leistungen seien eingeschränkt valide. Das gezeigte Profil würde aber, wären sie valide, maximal einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung entsprechen (ohne Berücksichtigung der subjektiv verminderten Belastbarkeit). Obwohl hirnorganische Ursachen (Hirntumor, unfallbedingt) nicht gänzlich ausgeschlossen seien, dürften andere Faktoren (z.B. psychische Störung, Aggravation, Verdeutlichung) bedeutsame Rollen spielen. Es werde hierfür auf das psychiatrische Gutachten verwiesen. Ebenfalls könne eine reduzierte Belastbarkeit theoretisch bestehen, allerdings seien auch hier mehrere Ursachen dafür möglich. Aufgrund der invaliden Ergebnisse könne keine differenzierte Aussage zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Die Belastbarkeit möge reduziert sein, innerhalb der 4 h 35 min (mit Pausen) hätten sich allerdings keine Hinweise auf eine solche ergeben. Da maximal leichte bis mittelschwere kognitive Einschränkungen bestünden, könne eine maximale Leistungseinschränkung von 30 bis 50 % (gemäss Tabelle Frei et al.) begründet werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei die Leistungseinschränkung geringer. Auf das schlüssig begründete und damit beweiswertige

neuropsychologische Teilgutachten der O.____ ist somit abzustellen. Die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachten Rügen vermögen daran nichts zu ändern. Insofern sie den Umstand rügt, dass die Gutachterin keine fremdanamnestischen Auskünfte eingeholt habe, ist sie darauf hinzuweisen, dass die Notwendigkeit einer Fremdanamnese durch die Gutachterin zu beurteilen ist. Des Weiteren kritisiert Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2023 (Beschwerdebeilage 7) das neuropsychologische Gutachten und macht geltend, der «Amsterdam Kurzzeit-Gedächtnis-Test» (AKGT) sei nicht geeignet, bei Personen mit einer Hirnfunktionsstörung eine verminderte Leistungsbereitschaft zu eruieren. Dem ist einerseits entgegenzuhalten, dass es sich bei Dr. med. I.____ nicht um einen Neuropsychologen handelt, weshalb seine diesbezüglichen Ausführungen nur begrenzt beweismäßig sind. Zum anderen ist bei der Beschwerdeführerin eine organische Hirnfunktionsstörung eben nicht erstellt, weshalb das Argument von Dr. med. I.____ nicht weiterführend ist. Zudem geht die Nichtverwertbarkeit der neuropsychologischen Testresultate auch aus anderen anlässlich der Begutachtung durchgeführten Tests hervor. 7.4 Im neurologischen Teilgutachten der O.____ (A.S. 178 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit (KV-Angestellte): - keine Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: - Polytrauma bei Autounfall am 13. Juni 2016 o mit leichtem gedecktem Schädeltrauma ohne objektiven Nachweis einer Gehirngewebschädigung · aus neurologischer Sicht längstens ein Jahr unfallkausale Symptomatik · nur vorübergehend organisch-neurologisch anzuerkennende Symptomatik § vorübergehend somatisch-neurologisch unfallkausale Symptomatik o Thoraxtrauma mit bilateralen Pneumothorax Thoraxdrainage links (13. Juni 2016), Rippenfraktur C1 links · Ohne Folgen verheilt § Unfallkausal, aber remittiert o Bauchtrauma mit Dünndarmperforation, · diagnostische Laparoskopie, Laparotomie mit Resektion des Jejunalsegments (7 cm) auf Mittellinie, End-zu-End-Anastomose, massive Peritonealspülung (14. Juni 2016), explorative Laparotomie (2nd Look) intraabdominelle Lavage (16. Juni 2016) · ohne Folgen verheilt § unfallkausal, aber remittiert o Rückentrauma mit: LWK-1 und LWK-2 Wirbelfraktur mit Beteiligung der Hinterwandkante. L5 Bruch mit Beteiligung der vorderen oberen Rand. · Mit Osteosynthese BWK11-LWK3 am 14. Juni 2016, OSME am 28. Juli 2017 § Klinisch mit gutem funktionellem Ergebnis § Unfallkausal, aber funktional nicht mehr arbeitsrelevant o Fraktur der rechten Kniescheibe mit teilweise Quadrizepssehnenruptur rechts · offene Osteosynthese der rechten Kniescheibe, Draht-Cerclage (24. Juni 2016). · OSME 22. November 2016 · Funktional mit positions-/belastungsabhängiger Schmerzsymptomatik § bei residualer massiger Retropatellararthrose § und Patella baja bei Quadricepsinsuffizienz § unfallkausale Symptomatik, leichtgradig - St. n. Oligodendrogliom frontal rechts präzentral parasagittal 1992 o Mit osteoplastischer Kraniotomie am 10. September 1992 o Palacos-Plastik am 14. Dezember 1993 · Unfallfremd, Vorzustand früher nicht arbeitsrelevant als KV-Angestellte - Kombinationskopfschmerz o Primäre episodische Migräne ohne Aura (familiäre Disposition) o Spannungskopfschmerz episodisch · Allenfalls vorübergehend unfallkausal als posttraumatischer Kopfschmerz · Ansonsten nicht unfallkausal - Tinnitus links (Rauschtinnitus) o Nicht organisch unfallkausal - Subjektive Angabe von Fatigue und Leistungsminderung o Nicht hinreichend organisch-neurologisch erklärbar o Jedoch Hinweis auf negative Antwort- und Leistungsverzerrung - Nicht-authentische kognitive Einschränkungen von Aufmerksamkeit, Neugedächtnis und Exekutivfunktionen mit/bei: o Problematisches Leistungsverhalten (am

ehesten Verdeutlichung DD mit bewussten Anteilen) o Polytrauma mit Schädeltrauma links am 13. Juni 2016 o Status nach Oligodendrogliom präzentral rechts, operativ entfernt 1992 Sodann setzt sich der neurologische Gutachter in nachvollziehbarer Weise mit den Folgen der Tumorerkrankung und den diesbezüglichen Behandlungen auseinander:

Frontalhirnfunktionsdefizite müssten im Fall der Beschwerdeführerin angesichts der Lokalisation des dorsolateral gelegenen Tumors am ehesten einem sogenannten dysexekutiven Prägnanztyp entsprechen. Dabei wären vorrangig Störungen der Initiative, der Strategie, der Flexibilität und des Metagedächtnisses zu erwarten. Solche Störungen seien ausweislich der beruflichen Biografie aber nicht oder mindestens nicht relevant in Erscheinung getreten. Eine verminderte Flexibilität wäre allenfalls auch schon über die aus der frühen Biografie ableitbaren (bei teilweise unsicherem frühem Bindungsstil) Selbstunsicherheit und kompensatorischer leistungsbezogener anankastischer Persönlichkeitsstruktur zu erklären. Es sei auch erklärt, dass sich dieses damalige Gehirntumorleiden im Alter von 22 Jahren ereignet habe, wo sich das Gehirn noch im sehr hohen Masse durch seine hohe Neuroplastizität an Einflüsse, so auch derartiger Erkrankungen, anzupassen in der Lage sei. Das Gehirn befinde sich in diesem Zeitpunkt noch in der Ausformung und Reifung und könne somit aufgrund dieser sehr hohen neuronalen Plastizität viele Schadenseinflüsse zu einem Grossteil gut kompensieren. Im Übrigen sei auch keine Schädigung der ventromedialen oder orbitofrontalen Regionen des Frontallappens des Gehirns eingetreten, es könne also auch nicht von einem apathischen Prägnanztyp (Indifferenz, Abulie, Akinesie etc.) respektive von einem disinhibiertem Prägnanztyp (relevant insbesondere auch für Selbstreflexion, Sozialverhalten, Affektsteuerung) ausgegangen werden. Wenn also im Weiteren eine erhöhte Müdigkeit und Aktivierungsbedürfnis angegeben werde, so sei dieses nicht, oder mindestens nicht massgeblich, aus dieser Organpathologie am Gehirn ableitbar. Es müsse hier vielmehr eine multifaktorielle Symptomatik angenommen werden, in welcher nicht zuletzt auch die konstitutionelle respektive Persönlichkeitsaspekte massgeblich mit einflüssen, aber auch psychische dysfunktionale Konfliktbewältigung eine Rolle spiele, zudem auch Inkonsistenzen abzugrenzen seien. Immerhin beschreibe auch die Beschwerdeführerin gemäss aktueller Anamnese, konkret befragt zu kognitiven Funktionen und zu ihren Persönlichkeitszügen explizit, dass keine konkreten Auffälligkeiten in ihren Fähigkeiten die beruflichen Tätigkeiten auszuüben feststellbar gewesen seien. Dies sei ihr genauso gut gelungen wie zuvor. Konzentration, Merkfähigkeit seien unverändert gewesen, sofern sie ihren Sport habe durchführen können, so habe sich eine normale Belastbarkeit erbeben. Auch in ihrer Persönlichkeit habe sie keinerlei Veränderungen zum Status vor der Operation beschrieben. Es sei weder eine erhöhte Adynamie noch Auffälligkeiten von Agitation erkennbar gewesen. Sinngemäss sei eine Persönlichkeitsveränderung durch die Operation nicht eingetreten. Immerhin habe sie auch ihre zuvor schon gesetzten Lebensziele und beruflichen Ziele umgesetzt, indem sie studiert und auch diese hohe Anforderung bewältigt habe. Es könne somit rückblickend betrachtet aus diesen anamnestischen Angaben kein Hinweis abgeleitet werden, dass durch die Gehirnopration 1992 eine signifikante Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen als auch der Persönlichkeitsstruktur entstanden sei. Die Leistungsfähigkeit habe sich auch nachfolgend unverändert gut gezeigt, ausweislich dessen, dass die Versicherte relativ bald schon ihre angestammte Tätigkeit im KV-Bereich mit immerhin dann auch wieder vollem Pensum zu 100 % aufgenommen habe, dann ab 1996 auch ein Vollzeitstudium über drei Jahre hinweg bis 1999 absolviert habe, und dass sie auch nachfolgend wiederum die anschliessenden

Arbeitsstellen mit vollem Pensum bewältigt habe, damals zuletzt bei der AA.____, das immerhin bis 2012. Dabei handle es sich immerhin um kognitiv durchaus anspruchsvolle und fordernde Aufgaben, wo dieses – wenn es je arbeitsrelevante Störungen gegeben hätte – mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte auffallen müssen. Wenn also je irgendwelche kognitive Basisfunktionen oder auch höhere Funktionen gestört gewesen sein sollten, was zwar nicht gänzlich auszuschliessen sei, so seien diese offensichtlich nur sehr minim gewesen und bewegten sich im Rahmen der Normbreite der Bevölkerung. Sodann setzt sich der neurologische Gutachter eingehend und wohlbegründet mit den entgegenstehenden Arztberichten aus den Vorakten auseinander: Die Erwägungen von Dr. I.____ in seinem Bericht vom 19. August 2021, in welchem er zur Frontalhirnfunktionen und Diagnostik exekutiver Störungen zwar grundsätzliche Ausführungen mache, könnten insbesondere zur Bewertung des Schweregrades einer verbleibenden Symptomatik im Verlauf nicht überzeugen. Das Gehirn habe sehr wohl Kompensationsmöglichkeiten, welche gerade auch bei Frontalhirnschädigungen im Verlauf vieles auszugleichen vermöchten, insbesondere bei jungen Personen mit ihrer hohen Neuroplastizität. Weder seien aktenkundig initiale relevante Auffälligkeiten im Verhalten der Versicherten beschrieben worden (hier hätten insbesondere Auffälligkeiten bestehen können, welche sich im Zeitverlauf zunehmend bessern würden) noch seien von der Versicherten sonstige Auffälligkeiten im psychosozialen und beruflichen Kontext als auffällig geschildert oder bemerkt worden, welche Hinweise auf ein ungewöhnliches Ausmass an Störungen höherer kognitiver Funktionen hätte geben können. Wenn solche Einschränkungen vorlägen oder vorgelegen haben sollten, was zwar insbesondere anfangs nicht auszuschliessen sei, so seien diese in der Ausprägung offensichtlich nicht so ausgeprägt, als dass sie insbesondere anfangs in den Akten einer Erwähnung bedurft hätten, noch das erfolgreiche Absolvieren eines 3-jährigen Vollzeitstudiums (1996-1999) und auch nicht die jahrelange berufliche Vollzeittätigkeit (anschliessend bis 2012) erkennbar eingeschränkt hätten. Die Erklärung von Dr. I.____, Exekutivfunktionsstörungen würden sich in einem extern strukturierten Setting wie einem neuropsychologischen Untersuchungsgang wenig zeigen (also sinngemäss überlernte Handlungen seien möglich), vielmehr im unstrukturierten Alltag manifestieren, möge zwar prinzipiell teilweise zutreffen, jedoch sei dies allenfalls ein Hinweis darauf, dass die Arbeitsplatzbedingungen daran anzupassen wären. Es wäre aber doch sehr erstaunlich, wenn gerade eine anspruchsvolle Tätigkeit in einer Bank, mit durchaus anzunehmender Notwendigkeit einer selbstkritischen, flexiblen und bewussten Handlungskontrolle, auch ausweislich der Arbeitsbiographie jahrelang möglich gewesen sein, nun aber so beeinträchtigt sein solle. Die aktenkundig erwähnten Überlegungen, es wäre damals eine hirnorganische Störungssymptomatik eingetreten und allenfalls nur langfristig kompensiert gewesen, könne rückblickend aus neurologischer Sicht somit in der apodiktischen Darstellung und Schweregradbewertung nicht nachvollzogen werden. Dr. med. I.____ übersehe die Vielzahl von anderen Faktoren mit modulierendem Einfluss auch auf die Entwicklung allfälliger psychoemotionaler Störungen. So seien in der Komplexität eben auch Persönlichkeits- und sozialrelevante Aspekte zu beachten (Persönlichkeitstyp, Attributionsstil, Coping-Strategien, soziale Rollen und Bindungsgestaltung, psychische Vorbelastungen). Es seien aber auch arbeitsplatzbezogene Faktoren relevant (z.B. Arbeitsplatzzufriedenheit), aber auch Entschädigungsansprüche könnten eine Rolle spielen (insbesondere auch in gutachterlichem Kontext zu bedenken, zumal nach dem SHT 6/2016 im Raum solches als Opfer des Unfallereignisses zu diskutieren sei). Des Weiteren setzt sich der neurologische Gutachter auf einleuchtende Weise mit dem Unfallereignis vom 13.

Juni 2016 und dessen Folgen auseinander: Es habe gemäss aktueller Anamnese keine signifikante retrograde Amnesie bestanden. Zumindest akustische Wahrnehmungen seien sogar noch im Unfallmoment geschildert worden. Die Bewertung der anterograden Amnesiedauer sei durch die medizinischen Massnahmen mit Ruhigstellung und Sedierung bei zudem bestehender Rückenverletzung erschwert. Jedoch sei gemäss den rapportierten Berichten auch keine Intubation benötigt worden. Auch seien Erinnerungsinseln während des Fluges im Helikopter erinnerlich. Eine längere Dauer einer Bewusstlosigkeit sei somit nicht ausgewiesen. Diese Einschätzung teile im Übrigen auch Dr. I. ___ in seinem Bericht von 19. August 2021. Bei GCS 15/15 und nur kurzer anterograder Bewusstlosigkeit könne somit formal nur von einem leichten Schädelhirntrauma ausgegangen werden. Im Weiteren sei aus neurologischer Sicht die Frage nach allfälliger intrakranieller und insbesondere nach Hirnparenchymschädigung zu klären. Aktenkundig seien diesbezüglich in der ersten orientierenden Bildgebung mit Schädel-CT keine intrazerebralen Blutungen oder Kontusionsbefunde festgestellt worden. Äusserlich habe nur eine Platzwunde links frontotemporoparietal in der Region der Fixierungshalterung des Haarteiles bestanden. Andere Prellungsmarken seien am Kopf nicht dokumentiert worden. Aber auch die später durchgeführte MRI-Cranium vom 10. Juli 2017 als auch vom 21. Dezember 2018 (letzteres im Rahmen des B. ___-Gutachtens) hätten nur den altbekannten zystischen Substanzdefekt im Parenchym frontoparietal rechts ergeben. Dabei werde im Originalbericht vom 10. Juli 2017 auch der Vergleich zu den Bildbefunden vom 15. Februar 2014 beurteilt, in welchem explizit die Ausdehnung und Signalgebung sowie die unveränderte Darstellung des postoperativen rechtsseitigen frontalen Defekts mit angrenzender Gliose beschrieben werde, sowie eine leichte Erweiterung des rechten Seitenventrikels in Abgrenzung zum Resektionsbereich, ohne Befunddynamik im Verlauf. Unverändert würden multiple punktförmige Bloomingartefakte in Venbold-Sequenzen mit Hämosiderinring frontal rechts ohne Befundprogredienz im Verlauf beschrieben. Auch würden keine Hinweise auf ein Rezidiv, keine sonstige intrakranielle Raumforderung oder neue Blutung beschrieben, keine Schrankenstörung auch nach intravenöser Kontrastmittelgabe, keine Diffusionsrestriktion, eine reguläre Darstellung der intrakraniellen arteriellen Gefässstrukturen dokumentiert. Es hätten somit also explizit keine Hinweise auf unfallkausale shearing-injuries oder gar Kontusionsverletzungen festgestellt werden können. Somit sei auch die explizit von Dr. I. ___ bei der Beschreibung und Bewertung der MRI-Befunde erwähnte frontobasal rechts an der Markrindengrenze liegende kleine Signalstörung (was einer shearin-injurie hätte entsprechen können) als auch ein Suszeptibilitätsartefakt im temporalen Operculum rechts, explizit schon im Vorbefund von 2014 vor dem Unfallereignis in gleicher Weise vorhanden gewesen. Es liege also keine Änderung der gegenüber einem Schädel-CT sicher wesentlich aussagekräftigeren MRI-Bildbefunde nach dem Unfall vom 13. Juni 2016 vor. Dies konstatiere auch Dr. I. ___ explizit gleichermassen. Es könne zusammenfassend somit also kein signifikantes bildtechnisches Korrelat für eine relevante traumatische Hirngewebschädigung festgestellt werden. Dr. I. ___ postuliere zwar die Möglichkeit einer sogenannten diffusen axonalen Schädigung (DAI), was er festmache an einem völlig unspezifischen Befund einer zudem nur sehr diskreten fraglichen Volumenänderung am Gehirn im Vergleich der Bilder von 2014 zu 2018. Solche Befunde seien unspezifisch und sicher kein ausreichender Beleg für eine stattgehabte intrazerebrale traumatische Schädigung. Es sei somit also gemäss klinischer Klassifikation von einem leichtgradigen gedeckten Schädelhirntrauma auszugehen ohne bildtechnischen validen Hinweis für eine relevante Hirnparenchymschädigung durch das Unfallereignis von 13. Juni 2016. Selbst

wenn bei dem Schädelhirntrauma geringe diffuse axonale Schädigungen je eingetreten sein sollten, ohne dass aber das Trauma überhaupt shearin-injuries oder gar andere kontusionelle Schädigungs-Zeichen verursacht habe, so dürfe eine weitestgehende Restitution im Heilungsverlauf erwartet werden. Versicherungsmedizinisch könne jedoch ohne einen solchen signifikanten Nachweis einer Hirnparenchym-Schädigung durch ein solch leichtes Schädelhirntrauma eine längerdauernde klinische Beeinträchtigung, auch kognitiver Funktionen, nicht plausibel gemacht werden. Wenn hier längere subjektive Beeinträchtigungen geltend gemacht würden, die über ein halbes Jahr, und allenfalls hier angesichts der Vorschädigung über ein Jahr hinausgingen, so seien andere Einflussfaktoren insbesondere zu klären. Mittlerweile liege das Ereignis auch schon über sechs Jahre zurück. Es könne also die im Weiteren auch derzeit noch immer angegebene Beschwerdesymptomatik nicht ausreichend auf hirnorganischer Grundlage erklärt werden. Umso mehr relativierten sich aber auch die Ausführungen im neuropsychologischen Bericht von Frau Dr. phil. H. ___ vom 27. April 2020. Sie beschreibe leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störungen mit im Vordergrund stehenden mnestischen, attentionalen, und spezifischen exekutiven Minderleistungen, sowie eine deutlich reduzierte Belastbarkeit mit erhöhter Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit bei längerdauernder konzentrativer Beanspruchung. Die Beschreibung dieser auch von der Beschwerdeführerin vorrangig als arbeitsrelevant geltend gemachten erhöhten Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit sei jedoch ein völlig unspezifisches Phänomen. Es sei hier erinnert an die Phänomenologie von HWS-Distorsionstraumen/Schleudertraumen, die eben ohne jedwede Gehirnschädigung zu vergleichbarer Symptomatik führten, weshalb umso mehr diese subjektiv so wesentlich arbeitslimitierend beschriebene Symptomatik als multifaktoriell habe gewertet werden müssen. Solche unspezifischen Phänomene hochakribisch auf einzelne minimale Detailbefunde im Gehirn zurückführen zu wollen (hier die Forderung einer nicht bildgebend nachweisbaren DAI), jetzt noch nach Jahren, folge vielmehr der unzulässigen Logik «post hoc ergo propter hoc». Im vorliegenden Fall müsse vielmehr auf die psychiatrischen und psychosomatischen Zusammenhänge verwiesen werden. Insbesondere seien hier aber auch Aspekte der negativen Antwort- und Leistungsverzerrung gemäss der neuropsychologischen Beurteilung der O. ___ durchaus sehr beachtenswert. Sodann setzt sich der neurologische Gutachter eingehend mit den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden und allfälligen diesbezüglichen Inkonsistenzen auseinander: Gerade die angegebene so erhebliche rasche Ermüdbarkeit und Leistungsminderung im Rahmen des neurologischen Gutachtens habe nicht beobachtet werden können. Immerhin sei die Versicherte zwischen 13:15 bis 18:10 Uhr, also fast fünf Stunden lang neurologisch begutachtet worden, vorgängig aber sei sie bereits zwischen 9:30 und 12:15 Uhr im psychiatrischen Gutachten gefordert worden, nachdem sie die Anreise bewältigt habe. Trotz dieser Belastung habe sich die Beschwerdeführerin im neurologischen Gutachten in ihrer Stimmung ausgeglichen gezeigt, sei durchaus sehr gut schwingungsfähig gewesen, es habe sich in diesem ausgedehnten Gespräch eine durchgängig unauffällige Auffassungsgabe, Umstellungsfähigkeit und völlig unauffälliges Antwortverhalten ohne jegliche erkennbare Beeinträchtigung durch allfällige Müdigkeit gezeigt. Die Stimmmodulation und Stimmkraft seien durchgängig unauffällig geblieben, sie sei gleichermassen dynamisch und kräftig im gesamten Verlauf geblieben, kein Verlieren des roten Fadens, keine Müdigkeitszeichen wie Reduktion der Stimmkraft, kleine Augen, Reduktion der Mimik oder Gestik. Einzig erst am Schluss ab 17:00 Uhr seien völlig diskrepant zu diesem ansonsten völlig gleichbleibenden Vigilanzniveau scheinbare Ermüdungszeichen im Sinne eines 3 oder 4-maligen Gähnens

aufgetreten, mit dem gleichzeitigen subjektiven Hinweis der Versicherten, sie stehe jetzt neben sich und habe Sorge, nicht mehr nach Hause zu kommen. Dieses Erscheinungsbild sei jedoch erst im direkten zeitlichen Zusammenhang aufgetreten, als das Thema der Leistungsminderung und der Belastbarkeitsminderung nochmals angesprochen worden sei mit dem zusätzlichen Hinweis des Referenten, dass sie doch vergleichsweise gut durchgehalten habe in der bisherigen gesamten Begutachtung. Auffällig sei auch, dass die Beschwerdeführerin explizit in dem eine Woche später durchgeführten internistischen Gutachten spontan darauf hingewiesen habe, sie wäre im neurologischen Gutachten fast eingeschlafen. Dieser somit vermittelte Eindruck der hohen Ermüdbarkeit sei aus neurologischer Sicht aber eben nicht zutreffend. Ein settingabhängiges und themenabhängiges Antwortverhalten sei somit erkennbar. Dieses reihe sich in die Beobachtungen im Rahmen der neuropsychologischen Beurteilung ein, vorgenommen von Frau lic. phil. N.____ vom 20. Juli 2022, in welchem ebenfalls deutliche Zeichen der nichtauthentischen kognitiven Einschränkungen von Aufmerksamkeit, Neugedächtnis und Exekutivfunktionen hätten dokumentiert werden können. Aber auch die subjektiv angegebenen ausgeprägten Schmerzen, insbesondere im rechten Knie, sodass ihr weitgehend sportliche Aktivitäten verwehrt seien, die sie gemäss eigenen Angaben so dringlich bräuchte für ihre subjektive Aktivierung, könnten so nicht nachvollzogen werden. Im klinischen Eindruck fänden sich während der Begutachtung keine Zeichen einer solchen Schmerzsymptomatik, trotz langdauerndem Sitzen. Es seien weder affektiv noch vegetative Schmerzkorrelate nachweisbar, noch sei das Verhalten auffällig gewesen. Wie sodann in der interdisziplinären Besprechung mit dem Orthopäden von diesem ausgeführt werde, seien zwar bei einer mässigen retropatellaren Knorpelschädigung und einer tiefstehenden Patella bei einer muskulären Quadriceps-Insuffizienz Schmerzen zu erwarten bei Tätigkeiten mit Belastung der Kniescheibe, also wenn Anpressdruck auf die Patella ausgeübt werde, jedoch sei eben keine Schädigung im tibiofemorale Gelenkanteil des Kniegelenks vorhanden, so dass sehr wohl natürlich alle axialen Kniebelastungen möglich seien. Es gebe somit also sehr wohl auch genügend Sportarten (z.B. Laufen, Joggen, Schwimmen), welche die Versicherte ausüben könnte, wenn sie diese bräuchte. Und selbst wenn ein gewisser Schmerz ausgelöst sein sollte, so wäre dieses üblicherweise als gut behandelbar zu bewerten. Zudem seien auch hier Therapiereserven gegeben. Die subjektive Interpretation, ihre subjektive Müdigkeit sei insbesondere auch Folge ihrer schmerzbedingt nicht ausübbarer sportlichen Betätigung, könne somit nicht begründet werden und entspreche einem medizinischen Laienmodell ohne objektive plausible Grundlage. Dass im Rahmen ihrer eher asthenen Konstitutionstendenz eine Aktivierung sinnvoll sei, dürfe aber angenommen werden. Dieses entspreche aber ihrer persönlichen Prädisposition, was nicht als krankheitswertig bezeichnet werden dürfe. Versicherungsmedizinisch könne also das Knieleiden ebenfalls nicht verantwortlich gemacht werden für die subjektiv angegebene Leistungsminderung. Aus neurologischer Sicht sei zudem beizutragen, dass auch keine primär neurogenen kniegelenkbezogenen Schädigungskorrelate bestünden. Dieses sei aus der Aktenlage auch retrospektiv zu konstatieren. Aber auch hinsichtlich des Rückenleidens habe zwar im Rahmen des Unfallereignisses von 13. Juni 2016 eine damals aufgetretene instabile Fraktur LWK1, LWK2 und stabile Fraktur LWK5 osteosynthetisch versorgt werden müssen (Fixateur intern Spondylodese BWK11 - LWK3 vom 14. Juni 2016, Metallentfernung 28. Juli 2017). Jedoch gebe die Versicherte selber an, dass sie diesbezüglich recht zufrieden sei mit dem Outcome der bisherigen Behandlung. Auch diesbezüglich fänden sich klinisch-neurologisch keinerlei Hinweise für eine signifikante

neurogene Beeinträchtigung, explizit fänden sich auch hier eben keine Hinweise auf primär neurogene Schmerzanteile, speziell eben keine radikuläre Symptomatik. Auch dieses gelte ausweislich der Aktenlage durchgängig retrospektiv. Im Hinblick auf die genannten Kopfschmerzen seien diese deskriptiv zwar als Kombinationskopfschmerz bestehend aus vereinzelt Migräne-Episoden (pulsierend, vereinzelt bis drei Tage Dauer, bei familiärer Disposition väterlicherseits), als auch mit teilweise Spannungskopfschmerzen (holozephal, drückend) zu klassifizieren, bei einer Häufigkeit von ca. allenfalls einmal in der Woche und zumeist Ansprechen auf Medikation, überdies nicht ausgeschöpfter Therapiereserven, begründeten diese ebenfalls keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es dürfe also konstatiert werden, dass eine relevante pathogenetische Grundlage für eine höhergradige Schmerzsymptomatik organisch nicht bestehe. Auch hinsichtlich der angegebenen Schlafstörungen (Ein- und Durchschlaf sei wegen Schmerz gestört) könne dieses weder aus neurologischer Sicht objektivierbar somatisch begründet werden noch unter Einbezug der orthopädischen gutachterlichen Befunde (im Konsens). Aber auch hinsichtlich der angegebenen Tinnitussymptomatik wechselten offensichtlich die Darstellungsarten. Während die Beschwerdeführerin hier den Tinnitus «seit Unfall von 13. Juni 2016» geltend mache, sei im ORL-Bericht von Dr. AB. ___ vom 29. August 2017 explizit zur Anamnese angegeben worden: «Seit 2 - 3 Wochen leidet sie an einem rauschenden Tinnitus links». Der klinische ORL-Befund sei ansonsten normal gewesen. Somit sei auch diesbezüglich eine unfallkausale somatische Pathologie nicht objektivierbar. Aber auch aus allgemeininternistischer Sicht könnten in Gesamtbetrachtung interdisziplinärer keine zusätzlichen Gründe für die angegebenen Beeinträchtigungen objektiviert werden. Allgemein-internistische Gründe für eine Fatigue bestünden nicht. Hinsichtlich der ehemaligen Dünndarm-Schädigung fänden sich keine Folgen. Aus dem Pneumothorax seien keine weiteren Folgen erwachsen. Des Weiteren führt der neurologische Gutachter zu allfälligen Beeinträchtigungen durch die von ihm gestellten Diagnosen aus, die erhobenen Befunde zeigten objektivierbar kein neurologisches sensomotorisches und koordinatives Störungsmuster. Es ergäben sich keine konkreten Hinweise für entsprechende Schädigungen. Insbesondere seitens des Rückenleidens seien keine neurologischen Folgen verblieben. Selbst die Versicherte erkläre hierzu, dass sie vergleichsweise wenig lumbale Rückenschmerzen habe. Es könne zwar initial eine insgesamt leicht reduzierte lumbale Rückenbelastbarkeit angesichts des Status nach Operation nachvollzogen werden. Die körperlich leichten, wechselbelastenden Arbeiten, wie solche eben auch im administrativen Bereich gefordert seien, könnten somit normal und umfänglich durchgeführt werden, mindestens bestünden keine neurogenen Störungsanteile. Dieses dürfe spätestens auch nach der Osteosynthesematerialentfernung (OSME) 2017 angenommen werden. Hinsichtlich des muskuloskeletal vorrangig im Vordergrund stehenden Knieleidens ergäben sich ebenfalls keine Hinweise für primär neurogene Störungen. Eine Schädigung kniegelenksbezogener Nervenstrukturen könne nicht festgestellt werden. Zwar seien bei tiefstehender Patella und mässiger retropatellarer Knorpelschäden bei Patella-belastenden Tätigkeiten gewisse Beschwerden nachvollziehbar. Dieses sei jedoch nur hinsichtlich des Zumutbarkeitsprofils zu beachten (siehe orthopädisches Gutachten). Zusätzliche Einschränkungen des Funktionsprofils aus neurologischer Sicht ergäben sich diesbezüglich nicht, zumal in der aktuellen klinischen Untersuchung keine signifikante Auffälligkeit im Gangbild feststellbar gewesen sei (kein Schonhinken). Für die angestammte Tätigkeit ergebe sich somit hieraus auch bei Einbezug der orthopädischen Befunde, keine Einschränkung. Die allenfalls gelegentlich kurz zu

Ausfällen führenden Migränekopfschmerzen (Analgetika wirkten nicht immer ausreichend, wenn ein höheres Schmerzniveau überschritten sei, teilweise pulsierender Charakter, mit Licht- und Lärmempfindlichkeit und teilweise auch Episoden der Kopfschmerzen von drei bis vier Tage) seien angesichts der familienanamnestischen Auffälligkeiten beim Vater als familiäre, primär angelegte episodische Migräne zu bewerten und seien nicht als dauerhafter posttraumatischer Kopfschmerz zu beurteilen. Selbst wenn initial solche vorgelegen haben sollten, so wären diese zumeist nur kurze Zeit versicherungsmedizinisch unfallkausal anzuerkennen, allenfalls wenige Wochen, allerlängstens in dann aber nur geringem Umfang bis zu einem Jahr. Teilweise werde überlagert aber auch ein holozephaler, drückender, dumpfer, helmförmiger Kopfschmerz beschrieben, der als Spannungskopfschmerz zu klassifizieren sei. Selbst wenn nach dem Unfallereignis 2016 vorübergehend also ein posttraumatischer Kopfschmerz bestanden haben sollte, der zumeist in solcher spannungskopfschmerzartigen Phänomenologie auftreten könnte, so könne dieses angesichts fehlender intracranieller traumatischer Schädigungsfolgen keine längerdauernde Beeinträchtigung erklären. Es wäre im Verlauf also eine überholende Kausalität der Vorzustände, der schon primär angelegten episodischen Migräne respektive Spannungskopfschmerzen zu konstatieren. Auch schon vor dem Unfall habe eine Tendenz zu Kopfschmerzen bestanden, wenngleich nicht in dieser Ausprägung und Häufigkeit, wenn man den subjektiven Angaben folge. Zur Häufigkeit der Kopfschmerzen beschreibe die Versicherte aber auch, dass die ausgeprägte migräneartige intensive Kopfschmerzsymptomatik nur sporadisch auftrete, so zum Beispiel innerhalb der ersten fünf Monate dieses Jahres mit ca. nur drei solcher Episoden. Ansonsten trete der Kopfschmerz als Spannungskopfschmerz, also leichter Kopfschmerz, etwa nur einmal in der Woche auf. Somit sei die Häufigkeit der Kopfschmerzen – unabhängig von der Ätiopathogenese – gering und damit nicht als arbeitsrelevant zu bewerten, zumal auch Therapiemöglichkeiten bestünden, welche bislang nicht genutzt worden seien (Basistherapie bei Migräne, Akutmedikamente migränespezifisch). Es könne somit auch bezüglich dieser Kopfschmerzsymptomatik, gleich welcher Pathophysiologie, funktionell keine signifikante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Aber auch das leichte gedeckte Schädelhirntrauma ohne objektiv belegbare Gehirngewebeschädigung könne nur vorübergehend eine Beeinträchtigung erklären, welche im Decrescendo binnen ca. sechs Monaten, allerlängstens ein Jahr, abklingen müsste (angesichts der Vorschädigung verlängerter Zeithorizont, damit werde den allfällig leicht reduzierten Kompensationsreserven bei Vorschädigung genügend Rechnung getragen). Begründbare verbliebene hirnorganische Schäden durch den Unfall vom 13. Juni 2016 seien nicht belegbar, mindestens nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit. Alle entsprechenden Annahmen, so auch von Frau Dr. phil. H. ___ (27. April 2020), seien nicht begründbar. Leider könne ausweislich der wiederholt feststellbaren Inkonsistenzen im Sinne der Antwort- und Leistungsverzerrung bei der Beschwerdeführerin nicht auf die gezeigten neuropsychologischen Befunde in Gänze abgestellt werden. Die tatsächlichen Einschränkungen lägen sicherlich deutlich tiefer als in den Untersuchungen gezeigt, was sich auch aus der Biografie zeige. Zudem seien nur vergleichsweise leichte Defizite ehemals feststellbar gewesen als es darum gegangen sei, den Führerschein wieder zu erlangen, also höhere Motivation bestanden habe. Das Unfallereignis vom 13. Juni 2016 ohne objektiven validen Hinweis für eine Hirnsubstanzschädigung erkläre keine längerdauernde Veränderung dieser Ausgangslage aus organischer Sicht. Auch bei Bestehen eines solchen leichten gedeckten Schädel-Hirn-Traumas erklärten sich nicht

durchgängig dauerhafte relevante Beeinträchtigungen in der subjektiv so tief angegebenen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Dieses sei neurologisch nicht begründbar. Es sei hier von zusätzlichen Aspekten und Faktoren auszugehen, welche in den Bereich psychoreaktiver Aspekte falle und auch gegenüber Inkonsistenzen abgegrenzt werden müsse. Es seien hier somit multifaktorielle Ursachen zu betrachten. Es müsse diesbezüglich aber auf die psychiatrischen Zusammenhänge verwiesen werden. Es sei an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die Versicherte schon vor dem Unfallereignis nur zu 60 % arbeitstätig war, damals reduziert aus persönlichen Gründen. Es dominierten damals also nicht die gesundheitlichen Probleme als eben die wirtschaftlichen Aspekte beim Arbeitgeber. Siehe dazu aber die oben schon beschriebenen Inkonsistenzen bezüglich subjektiver Angabe zu Müdigkeit als auch Schmerz. Es sei hier von mindestens teilweise von dysfunktionaler Beschwerdeverarbeitung und Symptomausweitung auszugehen, weshalb hier umso mehr auf die psychiatrische Bewertung hinzuweisen sei. Inkonsistent erscheine diesbezüglich aber auch, dass die Versicherte bisherige Therapiemassnahmen psychologisch/psychotherapeutisch nicht erhalten habe, auch ein psychiatrischer Therapieansatz sei von ihr wieder beendet worden und habe gemäss ihren Angaben nur ca. ein halbes Jahr gedauert. Sinngemäss sei sie diesbezüglich nicht adäquat behandelt worden. Hinsichtlich der Persönlichkeit werde auf das psychiatrische Gutachten verwiesen. Gewisse Auffälligkeiten seien erkennbar, aus der frühen Biografie auch teilweise ableitbar. Die Angaben, ungenügend sportlich aktiv sein zu können, sei nicht nachvollziehbar. Die subjektiven vorgebrachten Begründungen seien plakativ. Auch die Angabe von ungerichtetem Schwindelgefühl könne neurologisch nicht erklärt werden und sei im klinischen Befund nicht verifizierbar gewesen. Zusammenfassend könne aus neurologischer Sicht durch das Unfallereignis vom 13. Juni 2016 keine zusätzliche Einschränkung des vorbestehenden Funktions- und Fähigkeitsprofils objektiv begründet werden. Dieses gelte mindestens ab dem Zeitpunkt eines Jahres nach Unfallereignis. In etwa dieser Zeit sei auch die Metallentfernung vorgenommen worden (sowohl lumbal wie auch an der Patella), eine allfällige vorübergehende Beeinträchtigung durch das Schädelhirntrauma wäre zu diesem Zeitpunkt als weitestgehend abgeklungen zu bewerten (dieser Zeithorizont berücksichtige die theoretisch denkbare leicht reduzierte Kompensationsreserve des Gehirns bei Vorschädigung). Die Arbeitsfähigkeit sei aus organisch neurologischen Gründen dann vergleichbar mit der früheren Arbeits- und Leistungsfähigkeit, in welcher die Versicherte jahrelang mit vollem Pensum in durchaus auch kognitiv anspruchsvollen Tätigkeiten gearbeitet habe. Nur aus persönlichen Gründen habe sie 2014 das Pensum reduziert unter Aspekten der Work-Life-Balance und bei damaliger Lebenssituation in finanziell gut gestellter Partnerschaft. Es sei dann zwar zur Trennung im Herbst 2015 gekommen, eine Erhöhung des Arbeitspensums sei an mangelnden Jobangeboten gescheitert. In dieser Situation der zerbrochenen Partnerschaft und auch in der Folge limitierten Finanzen sei es letztlich zu der Unfallsituation gekommen, in welcher sie unverschuldet Opfer in einem Verkehrsunfall geworden sei. Die Auswirkungen dieser psychosozialen Faktoren in Wechselwirkung mit den anfänglichen somatischen Beeinträchtigungen (WS-OP, Knie-OP) seien psychiatrisch zu klären. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen erscheint sodann auch die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und des Zumutbarkeitsprofils nachvollziehbar: Die bisherige Tätigkeit im KV-Bereich sei der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht zu 100 % ohne Leistungseinschränkungen zumutbar. Die angestammte Tätigkeit (KV-Tätigkeit) sei als leidensadaptiert zu bewerten. Diese Einschätzung gelte mindestens ein Jahr nach dem Unfallereignis vom 13. Juni 2016. Eine geringe

Einschränkung der lumbalen Rückenbelastbarkeit sei ausweislich der Rückenoperation erklärbar. Auch sei eine leichte Einschränkung Patella-belastender Tätigkeiten am rechten Knie begründbar. Somit seien körperlich leichte bis gelegentlich leicht bis mittelschwere Arbeiten möglich. Wegen der Kniepathologie sollten gelegentliche Wechselbelastung und Bewegung für das Knie ermöglicht werden. Kognitive Einschränkungen seien angesichts der Inkonsistenzen nicht genau beurteilbar, lägen aber sicher deutlich unter den mit Antwort- und Leistungsverzerrung gezeigten leicht bis mittelgradigen Einschränkungen im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung. Es sei überwiegend wahrscheinlich auch keine signifikante Verschlechterung gegenüber dem Vorzustand bezüglich des Unfallereignisses vom 13. Juni 2016 aus neurologischer Sicht anzunehmen. Früher habe die Versicherte auch vollumfänglich jahrelang in kognitiv anspruchsvoller Tätigkeit (Bankangestellte) gearbeitet und habe zuvor noch ein 3-jähriges Studium absolviert. Wegen des Tinnitus als auch wegen der episodischen Kopfschmerzen sollten Arbeiten in lärmender und reizdichter Umgebung vermeiden werden. Am Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens vermögen weder die Rügen der Beschwerdeführerin noch die entgegenstehenden Arztberichte etwas zu ändern. Die Rügen der Beschwerdeführerin beschränken sich im Wesentlichen darauf darzulegen, dass sich der neurologische Gutachter ungenügend mit den entgegenstehenden Arztberichten auseinandergesetzt habe. Diesbezüglich erübrigen sich aber weitergehende Ausführungen und es kann auf die schlüssigen Erläuterungen des neurologischen Gutachters verwiesen werden. Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, der von ihr geschilderte Schwindel sei von den Gutachtern völlig unberücksichtigt geblieben, ist entgegenzuhalten, dass der neurologische Gutachter diesbezüglich festhielt, die Angabe von ungerichtetem Schwindelgefühl könne neurologisch nicht erklärt werden und sei auch im klinischen Befund nicht verifizierbar gewesen. Auch die Rügen im Zusammenhang mit den im Vergleich zum Gutachten divergierenden Tonaufnahmen beschränken sich im Wesentlichen auf kaum relevante Details, welche den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht zu vermindern vermögen. Eine Voreingenommenheit des Gutachters, wie dies von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, ist daraus nicht ersichtlich. Sodann ist auf die Stellungnahme zum Gutachten von Dr. med. I. ____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 4. Juni 2023 (Beschwerdebeilage 7) einzugehen. Dr. med. I. ____ führt darin unter anderem aus, das Alter zum Zeitpunkt der Hirntumorbehandlung spreche entgegen der auf veralteten Lehrmeinungen basierenden oder zumindest zu allgemein gehaltenen Darlegungen des Gutachters genau nicht für eine gute, sondern für eine ungünstige langfristige Prognose. Zu beachten sei dabei auch, dass die Frontalhirnfunktionen für die Anpassung an veränderte Umstände sehr wichtig seien. Eine Konsequenz daraus könne sein, dass die kognitiven Ressourcen vermindert seien, die Folgen einer weiteren, späteren Hirnverletzung zu kompensieren. Wenn der neurologische Gutachter zwar anerkenne, dass eine grosse Läsion im Frontalhirn vorhanden sei, aber Auswirkungen davon verneine, weil sich die Symptome von denjenigen unterschieden, die in diesen alten, auf der Forschung des 19. Jahrhunderts basierenden Atlanten eingetragen seien, berücksichtige er den aktuellen Wissensstand nicht. In der damals durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung vom 6. Juni 1994 habe der Neuropsychologe auf jeden Fall kognitive Defizite beschrieben, die er «eindeutig» als psychoorganisch begründet betrachtet habe. In dieser Konstellation sei wahrscheinlicher, dass die damaligen neuropsychiatrischen Symptome organische Folgen der Frontalhirnläsion gewesen seien, als dass es sich (ausschliesslich) um reaktive psychologische Phänomene gehandelt habe. Diesen Ausführungen von Dr. med. I. ____ ist

aber entgegenzuhalten, dass vorliegend eben nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan ist, dass bei der Beschwerdeführerin verminderte kognitive Ressourcen vorliegen. Die diesbezüglichen neuropsychologischen Befunde waren gemäss dem neuropsychologischen Gutachten der O. ___ nicht verwertbar. Sodann macht Dr. med. I. ___ weiter geltend, die Beschwerdeführerin sei mittels Operation und Bestrahlung (Radiotherapie) behandelt worden. Das Besondere bei dieser Behandlung sei, dass die Operation zu einem sofortigen Schaden führe, die Radiotherapie jedoch zu einem verzögerten. Die Radiotherapie sei neurotoxisch, also für das Hirn schädlich, und zwar für weite Teile des Hirns, da ja nicht nur die operierte Stelle, sondern das ganze Hirn bestrahlt werde. Diese neurotoxischen Effekte äusserten sich aber erst im jahrelangen Verlauf, wenn die geschädigten Hirnareale zunehmend zugrunde gingen. Entgegen der allgemeinen Aussage des neurologischen Gutachters sei es gestützt auf Studien bei Überlebenden von Oligodendrogliomen geradezu typisch, dass kognitive Defizite im Verlauf neu aufträten und zunähmen. Die Wahrscheinlichkeit, dass zum Gutachtenzeitpunkt kognitive Folgen der Hirntumorbehandlung vorlägen, sei – rein statistisch – mit 70 % sehr viel höher als die Wahrscheinlichkeit von lediglich 30 %, dass keine solchen Folgen vorhanden seien. Diese Erläuterungen von Dr. med. I. ___ erscheinen zwar grundsätzlich nachvollziehbar, sie bleiben aber schlussendlich hypothetisch, da sie eben nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen vermögen, dass im konkreten Fall der Beschwerdeführerin durch die Bestrahlung ebenfalls Spätfolgen in Form von entsprechenden kognitiven Defiziten vorliegen, zumal solche gestützt auf die nicht verwertbaren Resultate der neuropsychologischen Resultate eben nicht verifiziert werden konnten. Des Weiteren weist Dr. med. I. ___ darauf hin, dass der neurologische und der psychiatrische Gutachter unterschiedliche psychische Befunde erhoben hätten, welche interdisziplinär hätten diskutiert werden müssen. Dem ist entgegenzuhalten, dass die psychiatrische Befunderhebung grundsätzlich in den psychiatrischen Fachbereich fällt, weshalb diesbezüglich unterschiedliche Befunderhebungen in unterschiedlichen Fachbereichen nicht per se gegen den Beweiswert der Teilgutachten sprechen und auch nicht einer interdisziplinären Beurteilung bedürfen. Insofern Dr. med. I. ___ in seinen vorhergehenden Berichten die Hirnatrophie als Folge des Unfallereignisses vom 13. Juni 2016 beurteilte, ist sodann Folgendes festzuhalten: Zwar kann bereits ein mittelschweres bis schweres Schädelhirntrauma innerhalb eines halben Jahres zu einer deutlichen Hirnatrophie führen, die dann in den folgenden Jahren fortschreiten kann (Barnes DE, Byers AL, Gardner RC, Seal KH, Boscardin WJ, Yaffe K. Association of Mild Traumatic Brain Injury With and Without Loss of Consciousness With Dementia in US Military Veterans. JAMA Neurol. 2018;75(9):1055-1061. <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2679879>; besucht am 25. September 2023). Jedoch ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin durch den Unfall ein mittelschweres bis schweres Schädelhirntrauma erlitten hat. So sind, wie erwähnt, im Zusammenhang mit dem Unfall keine strukturellen Schädigungen des Gehirns erstellt und im Austrittsbericht des Regionalspitals Locarno vom 13. Juni 2016 (Suva-Nr. 186) wurde der Wert der Glasgow Coma Scale (GCS) bei der Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfallereignis lediglich auf 15 – entsprechend dem geringsten Wert – festgelegt. Zwar hat die Beschwerdeführerin am Kopf eine Rissquetschwunde erlitten und sie berichtet von einem Bewusstseinsverlust. Insgesamt ist aufgrund der medizinischen Akten aber höchstens von einer leichten Commotio cerebri mit leichter Bewusstseinsstörung auszugehen (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2016 vom 11. April 2016 E. 5.2.2; vgl. z.B. flexikon.doccheck.com/de /Glasgow_Coma_Scale), womit eine Unfallkausalität der Hirnatrophie auch aus diesem Grund wenig wahrscheinlich erscheint. Im Übrigen kann diesbezüglich auf die vorstehenden überzeugenden Ausführungen des neurologischen Gutachters der O.____ verwiesen werden. Auch Dr. med. I.____ räumte in seinem Bericht vom 7. September 2021 ein, dass solche strukturellen Scherverletzungen, welche zu einem Absterben des Axone und damit zu einem messbaren Verlust an Hirnvolumen führten, bei der Beschwerdeführerin nicht hätten bildgebend nachgewiesen werden können. Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass strukturell objektivierbare Unfallfolgen am Gehirn nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sind. Schliesslich ist in diesem Zusammenhang 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 die Berichte von Dr. med. I.____ auch unter diesem Gesichtspunkt nur begrenzt beweiskräftig sind und somit den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht zu vermindern vermögen. Auf das beweiswertige neurologische Teilgutachten der O.____ ist somit abzustellen. 7.5 7.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten der O.____ (A.S. 137 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit: - Somatoforme Störung (somatische Belastung) F45.1 - Nicht-authentische kognitive Einschränkungen von Aufmerksamkeit, Neugedächtnis und Exekutivfunktionen mit/bei: o Problematisches Leistungsverhalten (am ehesten Verdeutlichung DD mit bewussten Anteilen) o Polytrauma mit Schädeltrauma links am 13. Juni 2016 o Status nach Oligodendrogliom präzentral rechts, operativ entfernt 1992 o St. n. Operation und Bestrahlung eines Oligodendroglioms WHO III 1992 Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: - Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1 - Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z 73 Sodann begründet der psychiatrische Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise: Bei der Versicherten sei von einer Somatisierungsstörung im Sinne einer somatischen Belastungsstörung auszugehen. Für die Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen spielten u.a. psychische, gesundheitliche, gesellschaftliche und soziale Aspekte sowie Persönlichkeit und hereditäre Veranlagung eine Rolle. Bei der sogenannten somatischen Belastungsstörung gemäss DSM-5 und ICD-11 handle es sich um ein Zustandsbild mit körperlichen Symptomen, die belastend seien oder zu erheblichen Einschränkungen der täglichen Lebensführung führten. Dabei könnten entweder spezifische Symptome wie Schmerzen oder unspezifische Symptome wie z.B. subjektive Erschöpfung vorliegen. Diese gingen definitionsgemäss mit Einbussen der Lebensqualität und einer Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsleben einher. Die Diagnose einer somatischen Belastungsstörung entspreche gemäss ICD-10 der Diagnose ICD-10 F 45.1. Bei der Versicherten lägen Kriterien gemäss einer mittelschweren somatoformen Störung (analog somatischen Belastungsstörung) vor: Bei der Versicherten bestünden seit Jahren körperliche Symptome, welche die Versicherte belasteten und auf die sie eine besondere Aufmerksamkeit richte. Die körperlichen Symptome der somatischen Belastung sollten anhaltend sein und an den meisten Tagen und mindestens mehrere Monate lang aufträten. Typischerweise solle eine körperliche Belastungsstörung ihre körperlichen Symptome betreffen, die im Laufe der Zeit variieren könnten. Gelegentlich gebe es ein einziges Symptom – in der Regel Schmerzen oder Müdigkeit – das mit den anderen Merkmalen der Erkrankung verbunden sei (WHO 2018). Bei der Versicherten bestünden zusätzliche Faktoren, welche die Symptomatik verstärkten und beeinflussten. Es

lägen bei ihr neben den beiden somatischen Problembereichen (Status nach Hirntumor, Status nach schwerem Unfall) auch Auffälligkeiten der Persönlichkeitsstrukturierung sowie Traumatisierungen in der Vergangenheit vor, welche die Entwicklung der somatoformen Störung begünstigten und die aktuellen Symptome verstärkten; diese würden durch die anhaltende Beschäftigung mit den daraus resultierenden Einschränkungen im Alltagsleben weiter gefördert und aufrechterhalten. Des Weiteren sei bei der Versicherten als Diagnose von einer Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen, dabei wirke die Versicherte introvertiert, in ihrem Lebensstil sozial eher zurückgezogen, nachdenklich, wodurch auch interpersonelle Konflikte entstehen könnten. Es liege eine passiv-abhängige Grundeinstellung vor, sie sei gewissenhaft, mitunter rigide, aber auch loyal, strebsam, anankastisch und leistungsorientiert. Sie neige zum Grübeln, zu Schuldgefühlen, zu Somatisierung, sie sei oft besorgt über ihre körperliche Verfassung, fühle sich manchmal schon in Alltagssituationen innerlich angespannt, ängstlich und überfordert und es träten vegetative Reaktionen und emotionale Konflikte in Erscheinung. Sie neige zu geringem Selbstvertrauen, schlechter Laune und scheine beeinflussbar, strebe nach Autonomie und Unabhängigkeit. Sodann sei in Bezug auf eine allfällige Frontalhirnstörung unter Berücksichtigung der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung festzuhalten, dass bei Störungen des Frontalhirns Defizite der sozialen und emotionalen Fähigkeiten bestehen könnten, also auch der kognitiven Fähigkeiten (Aufmerksamkeit, Denken auf hohem Niveau und Problemlösung). Wenn auch ein manifestes Frontalhirnsyndrom bei der Versicherten klinisch und testpsychologisch nicht nachweisbar sei, lasse sich ein gewisser Zusammenhang mit diesem speziell im motivationalen und verhaltenspsychologischen Bereich nicht mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Jedoch stelle sich die Frage nach dem Grad der Ausprägung dieser psychoorganischen Störungsanteile. Siehe dazu auch die Ausführungen im neurologischen Gutachten. Hinweise für eine bedeutsame affektive Störung lägen aktuell jedoch nicht vor. Des Weiteren führt der Gutachter zur Unfallkausalität grundsätzlich nachvollziehbar aus, die psychischen Beschwerden seien allenfalls teilweise unfallkausal. Dies gelte für die weitere Entwicklung der somatoformen Störung (somatische Belastung) F45.1, jedoch auch für die motivationalen Faktoren. Es lägen auch unfallfremde Beschwerden vor, speziell im Hinblick auf ihre Kindheitserfahrungen und Belastungen. Die Symptomatik hätte sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aber anders (positiver) entwickelt, wenn die Versicherte keinen Unfall erlitten hätte. Das Unfallereignis habe eine richtunggebende Verschlimmerung dieses Vorzustandes bewirkt. Was die Beschwerdeführerin sodann gegen das psychiatrische Teilgutachten vorbringt, vermag dessen Beweiswert nicht zu entkräften. So setzte sich der psychiatrische Gutachter – wie hiervor ausgeführt – sehr wohl mit möglichen psychoorganischen Störungsanteilen auseinander. Dass sich der Gutachter – wie von der Beschwerdeführerin gerügt – nicht explizit mit der von Dr. med. AC. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FM, SUVA Versicherungsmedizin, im Bericht vom 8. Juni 2017 (SUVA-Nr. 134) gestellten Diagnose «Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10 F 07.2)» bzw. mit der von Dr. med. AD. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kreisarzt, mit Bericht vom 20. April 2018 (Suva-Nr. 274) gestellten Diagnose «Organische Persönlichkeitsstörung (inhibitorisches Frontalhirnsyndrom) (ICD-10: F07.0)» auseinandersetze, vermindert den Beweiswert des Teilgutachtens somit nicht. 7.5.2 Des Weiteren führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, die Arbeitsfähigkeit liege aus psychiatrischer und

neuropsychologischer Hinsicht (gemäss Konsens) in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit bei 50 % integral. Das Zumutbarkeitsprofil laute wie folgt: Kein Zeitdruck, es sollte wohlwollende Atmosphäre bestehen, die Möglichkeit zu zusätzlichen Pausen oder einer kurzfristigen Möglichkeit, die Arbeitszeit im Ausnahmefall der Befindlichkeit der Versicherten anzupassen, sollte gewährt werden. Neuropsychologisch könne die Versicherte Neues sofort notieren, es sollte sich eher um Routineaufgaben handeln. Die Aufträge sollten ihr wiederholt oder schriftlich abgegeben werden, sie sollte vereinzelt mehr Zeit zur Verfügung haben. Da aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weniger kognitive Störungen bestünden, seien entsprechend weniger Anpassungen für eine normale Leistungsfähigkeit notwendig. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraaster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich hielt der psychiatrische Gutachter fest, es sei in Gesamtbetrachtung von einer Somatoformen Störung (somatische Belastung) F45.1 auszugehen, maximal in mittelgradiger Ausprägung. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, die Versicherte befinde sich gegenwärtig nicht in psychiatrische Betreuung. Sie nehme auch keine Psychopharmaka ein. Unter Berücksichtigung der somatoformen Schmerzstörung (somatische Belastung) sollte psychiatrisch einerseits die Grundversorgung erweitert werden, in der Therapie sollten für die Versicherten realisierbare Bewältigungsmassnahmen aus dem Beschwerdebild abgeleitet werden, und es sollte eine Ermutigung bezüglich des gesundheitsfördernden Verhaltens (intensivere körperliche Bewegung, Sport, soziale Kontakte, Schlafhygiene) erfolgen mit der

Entwicklung und Umsetzung von adaptiven Bewältigungsstrategien. Bei dem Schweregrad und der Chronifizierung der Versicherten sei es notwendig, eine psychotherapeutische Behandlung zu etablieren. Falls eine ambulante Behandlung nicht möglich oder erfolgversprechend wäre, sollte die Indikation zu einer multidisziplinären stationären Behandlung überprüft werden. Als Therapieverfahren kämen die kognitive Verhaltenstherapie oder eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie in Betracht. Die Versicherte sollte auch Entspannungsverfahren erlernen, ggf. wäre auch der Einsatz von Biofeedbackverfahren zu erwägen. Auch der Einsatz von Psychopharmakotherapie sollte in Betracht gezogen werden, allerdings könnten unerwünschte Wirkungen katastrophisierende Gedanken und Bewertung der Therapie bei der Versicherten auslösen. Weiter führt der Gutachter aus, aktuell seien berufliche Massnahmen nicht angezeigt. Diese sollten jedoch nach einer Therapie von ca. 12 Monaten abhängig von Ergebnis in Betracht gezogen werden. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist somit im Resultat nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Diesbezüglich wurde im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten, bei Zunahme der psychischen Beschwerden sei von deutlicheren kognitiven Einschränkungen auszugehen. Die kognitiven Leistungen könnten im Rahmen von psychiatrischen Diagnosen schwanken. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Befragung des Gutachters an, an guten Tagen werde sie um 7:00 Uhr wach, an schlechten Tagen stehe sie etwas später auf. An schlechten Tagen fühle sie sich den ganzen Vormittag müde, dann liege sie wieder ab und stehe manchmal erst mittags auf. Wenn sie arbeite, müsse sie zwischen 8:00 bis 08:30 Uhr vor Ort sein. Sie arbeite in der Regel bis 11:00 Uhr. Sie passe die Arbeitszeit aber auch den Bedürfnissen an, auch wenn sie vormittags Therapien habe, gehe sie etwas früher. Mit den neuen Medikamenten könne sie jetzt besser aufstehen, und auch schlafen. Morgens müsse sie

gleich auf das Smartphone schauen, sie schaue immer etwas auf dem Smartphone, auch abends Filme oder andere Sachen. Manchmal sitze sie nur da in der Stille, könne es aber schwer aushalten. In der Nacht könne sie nicht länger als 2-3 Stunden am Stück schlafen. Im Moment werde sie in der Nacht 3 - 4 mal wach. Wenn sie vormittags Therapie habe, gehe sie hin. Sie gehe auch Einkaufen: Schwere Sachen müsse sie aber bestellen und ins Haus liefern lassen. Zum Einkaufen nehme sie das Auto mit, wenn sie Kleinigkeiten einkaufe, gehe sie zu Fuss. Mit dem Auto fahre sie auch zum Arbeitsplatz. Sie versuche dann etwas im Haushalt zu machen, die Wohnung sauber zu halten. Fenster lasse sie putzen, auch für die Terrassenbepflanzung brauche sie Hilfe. Sie könne zwar noch Staubsaugen, müsse sich aber nach ihrer Kraft und momentaner Kondition orientieren. Sonst schaue sie später gerne einen Film oder Serien im TV. Sie lese nicht so viel, da sie sich abgelenkt fühle. Das Lesen erfordere Konzentration, diese sei bei ihr momentan schlecht. Deswegen lese sie nicht so viel und schaue dann eher mehr fern. Manchmal setze sie sich an den PC. Sie liege oft auf dem Sofa, schlafe auch ein. Ins Bett gehe sie zwischen 22:00 und 23:30 Uhr. Wenn sie aufwache, gehe sie auch aufs WC. Zu ihrer Freizeitgestaltung und Hobbys gebe die Versicherte an, dass sie momentan keine habe. Sie habe auch keine Hilfe für den Haushalt, habe momentan keine Spitex, habe früher aber schon Spitex gehabt. Sie fahre Auto auf kurzen Strecken, sonst benutze sie für längere Fahrten, wie heute, den Zug. Ferienreisen mache sie zurzeit keine. Die Versicherte sei momentan sozial relativ zurückgezogen, habe nur wenig Kontakte, weil sie nicht viel mit anderen Personen unternehmen könne, deswegen blieben ihre Kollegen auch weg. Sodann führte der psychiatrische Gutachter aus, die Versicherte verfüge über gute Ressourcen und eine sehr gute berufliche Ausbildung / Weiterbildung sowie Erfahrung. Bei der Versicherten gelte es jedoch auch die inneren (teils unbewussten) Widerstände sowie die teils dysfunktionalen motivationalen Faktoren, um die geschilderten Beschwerden zu überwinden, zu berücksichtigen. Zusammenfassend liegen demnach bei der Beschwerdeführerin neben gewissen Einschränkungen und – gemäss ihren Angaben – wenigen sozialen Ressourcen überwiegend positive persönliche Ressourcen vor. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich führt der psychiatrische Gutachter aus, bei der Versicherten erscheine das Aktivitätenniveau zwar gleichmässig eingeschränkt, es liege auch ein Leidensdruck vor, jedoch ergäben sich entgegen den Ergebnissen im BDI und SFSS keine Hinweise auf eine depressive Symptomatik, vielmehr entsprächen die Ergebnisse Inkonsistenzen, die auf eine Verdeutlichung bis Aggravation zurückzuführen seien. Ähnliches ergebe sich aus der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist somit zu verneinen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich hielt der psychiatrische Gutachter fest, es liegt

ein Leidensdruck vor, die Versicherte nehme derzeit aber keine adäquate psychiatrische Therapie in Anspruch. Demnach ist von einem leichtgradigen Leidensdruck auszugehen.

7.5.3 Insgesamt erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen zwar bis zu einem gewissen Grad als erstellt. Eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie sie der psychiatrische Gutachter der O. ___ für eine angepasste Tätigkeit postuliert, lässt sich nach dem Gesagten anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 aber nicht erhärten. So darf sich im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1 S. 306 f., 140 V 193 E. 3 S. 194 ff., je mit Hinweisen). Damit ist gestützt auf die vorgehende Indikatorenprüfung im Ergebnis davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei Ausschöpfung ihrer in genügendem Masse vorhandenen psychischen Ressourcen in der Lage ist, eine leidensangepasste Beschäftigung zu verrichten. Schliesslich ist anzufügen, dass aus rechtlichen Gründen von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden darf, ohne dass die ganze Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2). Das psychiatrische Teilgutachten ist denn auch grundsätzlich beweiswertig und es kann – abgesehen von der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit – darauf abgestellt werden.

7.6 Gestützt auf das beweiswertige polydisziplinäre Gutachten der O. ___ vom 28. März 2023 ist somit im Lichte der vorstehenden Ausführungen davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als kaufmännische Leiterin nach wie vor uneingeschränkt zumutbar ist. Auch im Verlauf ist keine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erstellt. So ist gemäss der interdisziplinären Beurteilung der O. ___-Gutachter ein Jahr nach dem Unfall – somit ab Juni 2017 von der im Gutachten statuierten Arbeitsfähigkeit auszugehen: Aus neurologischer und internistischer Sicht bestand rückblickend keine Einschränkung. Sodann kann orthopädisch bei klinisch führender Kniebeschwerdesymptomatik nach Entfernung der Draht-Cerclage am rechten Knie, mithin also per 10. November 2016, von der aktuellen vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgegangen werden. Des Weiteren ergab sich aus neuropsychologischer Sicht kein verwertbares Resultat, was sich im Sinne einer Beweislosigkeit zu Ungunsten der Beschwerdeführerin auswirkt (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Zudem ist auch in psychiatrischer Hinsicht gestützt auf die Indikatorenprüfung sowohl aktuell als auch rückblickend von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht ergibt sich denn auch nicht aus den Vorakten.

8. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen kann somit auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet werden. So sind der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit sowie andere, dem Zumutbarkeitsprofil angepasste Tätigkeiten, wieder zu 100 % zuzumuten. Folglich entsprechen sich die Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen), weshalb keine Einkommenseinbusse besteht. Auch rückblickend erübrigt sich die Vornahme eines Einkommensvergleichs, nachdem nach Ablauf des Wartejahres per Juni 2017 keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestand.

9. Abschliessend ist festzuhalten, dass sich im Lichte des beweiswertigen Gutachtens der

O.____ vom 28. März 2023 die von der Beschwerdeführerin beantragte erneute polydisziplinäre Begutachtung als nicht notwendig erweist und somit abzuweisen ist. Sodann ist auf den Antrag der Beschwerdeführerin einzugehen, es sei der O.____ GmbH den Gutachterauftrag sowohl im Verfahren VSBES.2021.32 als auch im Verfahren VSBES.2021.72 zu entziehen und es sei in beiden Verfahren ein neues Gerichtsgutachten im P.____, im Q.____, in der R.____ oder im S.____ zu initiieren. Insofern die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang geltend macht, das Gutachten sei nicht innert den geforderten 2 - 3 Wochen erstellt worden, weshalb dieses aus den Akten zu weisen sei, ist sie darauf hinzuweisen, dass nicht sie, sondern das Versicherungsgericht Auftraggeberin für die Begutachtung ist und sie somit nicht legitimiert ist, den Gutachtern eine Frist zu Fertigstellung des Gutachtens zu setzen. Zudem wurde seitens des Versicherungsgerichts keine solche Frist gesetzt, weshalb der Umstand, dass das Gutachten nicht innert des von der Gutachterstelle angegebenen Zeitraums erging, sondern erst einige Wochen später, kein Grund darstellt, das Gutachten aus den Akten zu weisen. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Gesamtdauer zwischen Auftragsvergabe und Erstellung im Vergleich mit ähnlich komplexen Fällen nicht übermässig lang ausgefallen ist. Die diesbezüglichen Verfahrensanhänge der Beschwerdeführerin vom 13. Januar 2023 und vom 14. März 2023 sowie der Antrag vom 31. Mai 2023, das Gutachten der O.____ vom 27. März 2023 sei aus formell-rechtlichen Gründen aus den Akten zu weisen, sind demnach abzuweisen. Daran vermag auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht zu ändern, wonach zwischen den Begutachtungen und der Erstellung des Gutachtens zwischen acht und zehn Monaten vergangen seien, weshalb sich die Gutachter kaum mehr an die Beschwerdeführerin zu erinnern vermocht hätten. Einerseits handelt es sich hierbei um eine Hypothese der Beschwerdeführerin, andererseits wurden sämtliche Gutachtensgespräche mittels Tonaufnahmen aufgezeichnet und es ist davon auszugehen, dass sich die Gutachter zusätzlich Notizen machten. Zudem ergeben sich aus dem Gutachten keine Hinweise, welche die Hypothese der Beschwerdeführerin zu stützen vermögen. 10. Somit ist die Beschwerde abzuweisen. 10.1 Bei diesem Verfahrensausgang, besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10.2 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden. 10.3 Wie dargelegt hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher einen Anteil der Kosten des Gutachtens der O.____ vom 28. März 2023, welches zur Klärung der offenen Fragen sowohl im vorliegenden Verfahren als auch im parallel laufenden Beschwerdeverfahren VSBES.2021.72 betreffend die Unfallversicherung eingeholt wurde, zu tragen. Nachdem das Gutachten aufgrund der unzureichenden Abklärungen in beiden Verfahren veranlasst werden musste und die Gutachter sowohl invalidenversicherungs- als auch unfallversicherungsrechtliche Aspekte zu beurteilen hatten, rechtfertigt es sich, der Beschwerdegegnerin von den Gesamtkosten von CHF 34'938.70 den hälftigen Anteil im Betrag von CHF 17'469.35 zu überbinden.

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