

# SO\_GERICHTE VSBES.2021.72 vom 9. Juli 2024

SO Obergericht, 2024-07-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.72\\_d20240709](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.72_d20240709)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.72 du 9 juillet 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.72 del 9 luglio 2024

## Regeste

Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1970 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) ist bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. 1.2 Mit undatierter Schadenmeldung UVG (Eingang bei der Beschwerdegegnerin: 5. Juli 2016; Suva-Akten-Nummer [Suva-Nr.] 2, S. 2) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, die Beschwerdeführerin habe am 13. Juni 2016 einen Unfall erlitten. Hierzu ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin als Lenkerin eines Personenwagens mit einem entgegenkommenden Auto frontal kollidierte (s. Suva-Nr. 105) und sich hierbei im Wesentlichen ein Polytrauma mit Schädeltrauma links, ein Thoraxtrauma mit bilateralem Pneumothorax, ein Bauchtrauma mit Dünndarmperforation, ein Rückenrauma mit L1 und L2 Wirbelfraktur und L5 Bruch sowie eine Fraktur der rechten Kniescheibe mit teilweiser Quadrizpesruptur rechts zuzog. Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. 1.3 Nach diversen medizinischen Abklärungen, darunter eine Untersuchung durch einen Konsiliarpsychiater der Suva vom 8. Juni 2017 (IV-Nr. 134, S. 5) sowie kreisärztliche Untersuchungen vom 12. Januar 2018 (Suva-Nr. 237), 20. April 2018 (Suva-Nr. 274) und 28. Mai 2018 (Suva-Nr. 288), teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 12. September 2018 (Suva-Nr. 315) mit, von einer weiteren ärztlichen Behandlung sei keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten, weshalb die bis anhin ausgerichteten Taggelder per 31. Oktober 2018 eingestellt würden. Mit Verfügung vom 10. Dezember 2019 (Suva-Nr. 367, S. 2) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 13. Juni 2016 eine Integritätsentschädigung von 30 % zu, verneinte jedoch den Anspruch auf eine Invalidenrente. Die dagegen erhobene Einsprache vom 24. Januar 2020 (Suva-Nr. 382) wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 1. April 2021 ab (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.).

### E. 1.2

Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren sind die Folgen des Unfalls vom 13. Juni 2016 zu beurteilen. Es bleibt somit das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht anwendbar. 2.

## **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über den 31. Oktober 2018 hinaus die vollumfänglichen Taggeldleistungen nach Massgabe einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit zu erbringen und die vollumfänglichen Heilbehandlungen zu vergüten.

### **E. 2.1**

Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). 2.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG sind Taggelder und Heilkosten nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes «namhaft» durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Der Fallabschluss setzt zudem lediglich voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine erhebliche Verbesserung mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_727/2012 vom 21. Dezember 2012 E. 3.2.2 und 8C\_585/2010 E. 8). Eine allfällige Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht. Das Bundesgericht hat es beispielsweise als ausschlaggebend erachtet, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach ärztlicher Einschätzung dank der fraglichen weiteren Behandlung mit grosser Wahrscheinlichkeit wieder aufnehmen können. Ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen gelten nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3). 2.3 Wenn der Zeitpunkt für den Fallabschluss erreicht ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), sind die vorübergehenden Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung nach Art. 10 UVG) einzustellen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). 2.4 Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist. 2.5 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände,

ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C\_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

2.6 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

2.7 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_879/2014

vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis). 2.8 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung / UVV; SR 832.202). Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 118 V 293 E. 2d S. 297). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296 f.; Kaspar Gehring, in: Kieser/Gehring/Bollinger, KVG UVG Kommentar, 2018, Art. 6 UVG N 28). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2).

3. 3.1 Sowohl das Untersuchungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung 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 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).

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C\_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1, 8C\_816/2013 vom 11. Dezember 2014 E. 3.3). Rechtsprechungsgemäss hat das Gericht im Beschwerdeverfahren den Sachverhalt zu überprüfen, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids entwickelt hat (BGE 143 V 295 E. 4.1.2 S. 299 f.).

3.3 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob diese für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134

V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 3.4 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64f., 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 4. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss zu Recht vorgenommen und den Anspruch auf weitere Taggeldleistungen sowie auf weitere Kostenübernahme von Heilbehandlungen verneint hat. Sodann ist ebenfalls umstritten, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Dagegen hat die Beschwerdeführerin ihre Beschwerde hinsichtlich der von der Beschwerdegegnerin zugesprochenen Integritätsentschädigung von 30 % zurückgezogen. Wie das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn im SOG 2014 Nr. 30 ausgeführt hat, ist die Beschränkung eines Rechtsbegehrens im Laufe des Einspracheverfahrens grundsätzlich zulässig und entspricht im Ergebnis einem Teiltrückzug mit der Folge, dass die angefochtene Verfügung diesbezüglich in Rechtskraft erwächst. Da es sich bei dem Anspruch auf eine Integritätsentschädigung um ein selbständiges «Rechtsverhältnis» handelt und nicht bloss um ein einzelnes Element, welches sich auf die Beurteilung des Rentenanspruchs auswirken kann, ist die Integritätsentschädigung einer separaten Rechtskraft zugänglich und folglich auch ein entsprechender Teiltrückzug möglich. Demnach ist der vorliegend angefochtene Einspracheentscheid hinsichtlich der Integritätsentschädigung in Rechtskraft erwachsen. Im Zusammenhang mit den strittigen Punkten sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang: 4.1 Im Bericht des Regionalspitals O.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 (Suva-Nr. 186) wurden nach der notfallmässigen Einlieferung der Beschwerdeführerin folgende Befunde erhoben: «Vitalparameter bei Eintritt: Blutdruck 135/70, Puls 83, O2-Sättigung 100 %. Patientin wach und orientiert, GCS 15/15. Pupillen isokor, rund und normal lichtreagibel. Herz: Herztöne rein und rhythmisch. Thorax: Hämatom durch Sicherheitsgurt an der linken Schulter, Vesikuläratmen über allen Feldern beidseits, Stridor an den Lungenspitzen beidseits. Abdomen: starke Abdominalschmerzen, Bauch gespannt, stärkste Schmerzintensität in der Regio hypochondriaca sinistra. McBurney negativ, Peritonismus in beiden Regionibus hypochondriacae. Hämatom am rechten Beckenkamm. 8 cm grosse ausgedehnte Wunde an der Kopfhaut im rechten parietalen Bereich, blutend, ca. 2 cm tief.» 4.2 Im Austrittsbericht des Regionalspitals P.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2016 (Suva-Nr. 106) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Polytrauma mit: - Schädelhirntrauma mit: - ausgedehnter Kopfhautverletzung im rechten parietalen Bereich 2. Thoraxtrauma mit/bei: - Pneumothorax beidseits - nicht dislozierte Fraktur der 1. Rippe links 3. Abdominaltrauma mit: - Perforation eines Dünndarmabschnitts 4. Wirbelsäulentrauma mit/bei: - Wirbelfrakturen L1 und L2 mit Deformation durch Hinterwandkompression - Wirbelfraktur L5 mit Ablösung des vorderen oberen Wirbelrands 6. Fraktur der rechten Patella mit Teilruptur der rechten Quadrizepssehne Nebendiagnosen - Zustand nach Entfernung eines Hirntumors links (1992) - Angst- und depressive Störung Die Beschwerdeführerin werde nach einem Autounfall mit frontaler Kollision bei hoher Geschwindigkeit eingeliefert. Es erfolge eine stationäre Aufnahme zwecks Durchführung der erforderlichen Untersuchungen und Behandlungen. Sie sei zunächst in der Notfallstation untersucht worden, wo

Röntgenaufnahmen den oben beschriebenen Pneumothorax gezeigt hätten. Es sei daher die Indikation für die Anlage einer Pleuradrainage beidseits gestellt worden. Aufgrund des Verdachts auf eine Darmperforation sei eine diagnostische Laparoskopie durchgeführt worden, wobei eine Perforation des Leerdarms festgestellt worden sei. Hierauf sei eine Konversion zur medianen subumbilikalischen Laparotomie, eine Resektion eines Leerdarmabschnittes (7 cm) und End-zu-End-Anastomose erfolgt. Bei der Second-Look-Laparotomie hätten sich keine pathologischen Befunde gezeigt. Am 10. postoperativen Tag sei der Darm für Stuhl und Gase durchlässig gewesen. Zudem sei eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt worden, die Frakturen in L1, L2 und L5 mit Verschiebung der hinteren oberen Wirbelhinterkanten in Verbindung mit einer moderaten median-paramedianen Protrusion gezeigt hätten, weshalb die Indikation für eine chirurgische Stabilisierung gestellt worden sei. Der Verlauf sei komplikationslos gewesen und habe zu einer baldigen Besserung geführt. Sie werde in gutem Allgemeinzustand, mit reizlosen Wundverhältnissen, gut kontrollierten Schmerzen und Indikationen für die weiteren Behandlungen und Kontrolluntersuchungen in eine Klinik entlassen.

4.3 Im Austrittsbericht der Q.\_\_\_\_ vom 31. August 2016 (Suva-Nr. 45) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Polytrauma bei Autounfall am 13. Juni 2016 mit - Schädeltrauma links - RQW Wunde des parietalen Kopfhaut rechts 2. Thoraxtrauma mit bilateralen Pneumothorax - Thoraxdrainage links (13. Juni 2016) - Rippenfraktur C1 links 3. 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) 4. Rückentrauma mit: - L1 und L2 Wirbelfraktur mit Beteiligung der Hinterwandkante. - L5 Bruch mit Beteiligung des vorderen oberen Randes - Osteosynthese L1 - L4 5. Fraktur der rechten Kniescheibe mit teilweise Quadrizepssehneruptur rechts - offene Osteosynthese der rechten Kniescheibe, Naht-Cerclage (24. Juni 2016) 6. St.n. Hirntumor Operation frontal rechts 1992 7. Anpassungsstörung F43.2 Bis zum Austritt habe die Beschwerdeführerin die gewünschte sichere Mobilisation mit und ohne Hilfsmittel erreicht. Bei Austritt habe die aktive Kniebeweglichkeit rechts in Flexion/Extension 115/5/0° betragen. Dank den Massnahmen sowie einer angepassten medikamentösen Analgesie hätten die Schmerzen auf ein erträgliches Mass reduziert werden können.

4.4 Im neuropsychologischen Abklärungsbericht des R.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2017 (Suva-Nr. 112) wurde festgehalten, in der neuropsychologischen Untersuchung seien abgesehen von leichten Auffälligkeiten im Bereich des mentalen Rotierens und leichten bis mittelschweren Beeinträchtigungen in der Konzeptfindung grenzwertige bis altersentsprechende Testwerte erzielt worden. Es habe sich eine deutlich verminderte Belastbarkeit mit starker Ermüdbarkeit gezeigt. Auch leide die Beschwerdeführerin gemäss fremdanamnестischen Angaben vermehrt unter Kopfschmerzen und es fänden sich Hinweise auf eine mögliche depressive Symptomatik (aktuell unter Behandlung mit Johanniskrautpräparat keine klaren depressiven Symptome). Die Befunde seien diagnostisch (in Anlehnung an SUVA-Tabelle 8) insgesamt mit einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionseinschränkung vereinbar. Es müsse am ehesten von einer multifaktoriellen Aetiologie ausgegangen werden. Es fänden sich Hinweise, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall an ihrer Belastungsgrenze gewesen sei (nach Hirntumor 1992). Sie berichte über eine zusätzlich verringerte Belastbarkeit mit deutlicher Zunahme der Müdigkeit seit ihrem Unfall (07/2016), diese habe auch im Rahmen der Untersuchung beobachtet werden können.

Hinzu kämen eine mögliche Depression (aktuell keine klare depressive Symptomatik unter Behandlung mit Johanniskrautpräparat) sowie Schmerzen (Kopfschmerzen und Verletzungen aufgrund des Unfalls). Prognostisch sei eine Zunahme der Belastbarkeit im weiteren Verlauf möglich. Die Defizite wirkten sich im Alltag und besonders in der Erwerbstätigkeit aus. Im Vordergrund dürfte die deutlich verminderte Belastbarkeit stehen. Aufgrund derselben könne die Beschwerdeführerin nur während reduzierten Zeitspannen arbeiten und sei auf genügend Erholungsphasen angewiesen. In ihrer aktuellen Anstellung habe sie gemäss ihren Angaben die Möglichkeit für sehr viel Flexibilität und könne ihr Arbeitspensum auf fünf Wochentage aufteilen. Dies seien für sie auf dem Hintergrund ihrer Einschränkungen ideale Arbeitsbedingungen. 4.5 Im Bericht vom 8. Juni 2017 betreffend die psychiatrische Untersuchung vom 24. Mai 2017 (Suva-Nr. 134) stellte Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Konsiliarpsychiater der Suva, folgende Diagnosen: Unfallkausal Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10 F 07.2) mit / bei - leichter bis mittelschwerer neuropsychologischer Funktionseinschränkung Nicht-Unfallkausal Anaplastisches Oligodendrogliom rechts 1992 Weiter führte Dr. med. S.\_\_\_\_ aus, vor dem Hintergrund der heutigen Untersuchung und unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Berichtes vom 9. Februar 2017 des R.\_\_\_\_ seien die neuro-psychiatrischen Folgen nachvollziehbar und plausibel, insbesondere eine verminderte psycho-physische Belastbarkeit mit konsekutiver erhöhter Erschöpf- und Ermüdbarkeit im Zentrum der Beschwerden sei ausgewiesen. Des Weiteren könne in Bezug auf die Kognition eine leichte bis mittelschwere Funktionseinschränkung festgehalten werden. Der Schweregrad der Erkrankung sei als mittelgradig einzustufen. Bei der Versicherten bestehe aufgrund eines im Jahr 1992 diagnostizierten und ebenfalls im Jahr 1992 operierten Oligodendroglioms ein relevanter Vorzustand mit entsprechend ausgewiesenen neuropsychologischen Beeinträchtigungen. Die bestehenden hirnrorganischen Beeinträchtigungen seien in weniger als einem Jahr nach dem Unfallereignis zwar gebessert, jedoch sei der Endzustand noch nicht erreicht. Der Verlauf bleibe abzuwarten. Die Versicherte arbeite derzeit zu 30 % in der Buchhaltung eines Optikergeschäftes. Der Arbeitsplatz schein optimal angepasst, es bestehe eine freie Zeiteinteilung, ein wohlwollendes Umfeld, Rückzugsmöglichkeiten und ein Aufgabengebiet, dass die Versicherte in Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit nicht überfordere. Limitierender Faktor in der Arbeitsfähigkeit sei die erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit mit auch entsprechendem Nachlassen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Das derzeitige Arbeitspensum sei angemessen, eine Steigerung bei positivem Verlauf möglich. Die Leistungs- und Anstrengungsbereitschaft der Versicherten sei hoch und wahrscheinlich schon vor dem Unfallereignis mit dafür ausschlaggebend, dass die Versicherte seinerzeit nach der Tumoroperation trotz ausgewiesener neuropsychologischer und hirnrorganischer Beeinträchtigungen sowohl ein Fachhochschulstudium absolviert habe, als auch über Jahre eine Kaderposition bei einer Bank habe bekleiden können. Aufgrund der hohen Leistungs- und Anstrengungsbereitschaft habe die Versicherte die Beeinträchtigungen wahrscheinlich bis etwa 2012 kompensieren können, die nachfolgend freiwillige Reduktion auf ein Pensum von 60 % in einer weniger komplexen Tätigkeit müsse wohl auch in Zusammenhang mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Vorzustandes gesehen werden. 4.6 Im Bericht betreffend MRT und MRA des Neurokraniums vom 10. Juli 2017 (Suva-Nr. 267) wurden folgende Befunde erhoben: «Im Vergleich zur Voruntersuchung vom

### **E. 3**

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab 1. November 2018 eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 79 % und ab 1. November 2020 eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 62 %, Heilungskosten nach Art. 21 UVG sowie eine Integritätsentschädigung nach Massgabe einer Integritätseinbusse von mindestens 90 % zu entrichten.

#### **E. 4**

Subeventualiter sei eine externe polydisziplinäre Begutachtung unter Einschluss der Disziplinen Neurologie, Neuropsychologie, orthopädische Chirurgie, Viszeralchirurgie, ORL, innere Medizin, Gastroenterologie sowie Psychiatrie zu initiieren.

#### **E. 4.10**

hiervor). Diese ist aber nur bedingt nachvollziehbar und reicht angesichts der im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 19. August 2021 (B 6) und 7. September 2021 (B 7) als Entscheidungsgrundlage nicht aus. So sind die konkreten und differenzierten Einwände des behandelnden Facharztes geeignet, zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung der Beurteilung des Kreisarztes zu wecken. In diesem Zusammenhang ist zudem darauf hinzuweisen, dass bereits ein mittelschweres bis schweres Schädelhirntrauma innerhalb eines halben Jahres zu einer deutlichen Hirnatrophie führen kann, 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 ([jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2679879](http://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/article-abstract/2679879)); besucht am

#### **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Juli 2021 (A.S. 83 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 2.3 Mit Replik vom 6. September 2021 (A.S. 101 ff.) hält die Beschwerdeführerin an ihren Standpunkten fest. 2.4 Mit Eingabe vom 8. September 2021 (A.S. 116 ff.) lässt die Beschwerdeführerin die Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 19. August 2021 und vom 7. September 2021 einreichen. 2.5 Mit Eingabe vom 22. September 2021 (A.S. 122) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer umfassenden Duplik. 2.6 Mit Verfügung vom 27. Oktober 2021 (A.S. 134) werden bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn die IV-Akten betreffend die Beschwerdeführerin eingeholt. 2.7 Mit Verfügung vom 4. Februar 2022 (A.S. 136) wird den Parteien mitgeteilt, es werde ein gerichtliches Gutachten eingeholt. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin Dr. med. C.\_\_\_\_ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH), Dr. med. D.\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie FMH), Dr. med. E.\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), Dr. med. F.\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und lic. phil. G.\_\_\_\_ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP), alle von der H.\_\_\_\_, zu beauftragen. Das Gutachten werde ebenfalls zur Klärung der offenen Fragen im parallel laufenden Beschwerdeverfahren VSBES.2021.32 betreffend die Invalidenversicherung eingeholt. 2.8 Mit Stellungnahme vom 25. Februar 2022 (A.S. 141) lässt die Beschwerdeführerin folgende Verfahrensträge stellen: 1. Es sei von einer Begutachtung in der H.\_\_\_\_ unter Einbezug der Dres. C.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_ sowie G.\_\_\_\_ abzusehen. 2. Es sei eine

polydisziplinäre Begutachtung unter Einschluss der Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Psychiatrie sowie Neuropsychologie im I.\_\_\_\_, im J.\_\_\_\_, in der K.\_\_\_\_, in der L.\_\_\_\_ oder in der M.\_\_\_\_ zu initiieren. 3. Es sei der Fragekatalog entsprechend der vorliegenden Eingabe anzupassen. Eventualiter seien die vorliegenden Fragen als Ergänzungsfragen zuzulassen. 2.9 Mit Stellungnahme vom 25. Februar 2022 (A.S. 147) erhob die Beschwerdegegnerin gegen die vorgeschlagenen Gutachter keine Einwände, beantragte aber ebenfalls Ergänzungsfragen bzw. Änderungen an dem vom Versicherungsgericht vorgeschlagenen Fragekatalog. 2.10 Mit Verfügung vom 10. März 2022 (A.S. 151) werden die Anträge der Beschwerdeführerin, es sei von einer Begutachtung in der H.\_\_\_\_ unter Einbezug der Dres. C.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_ sowie G.\_\_\_\_ abzusehen und das Gutachten stattdessen im I.\_\_\_\_, im J.\_\_\_\_, in der K.\_\_\_\_, in der L.\_\_\_\_ oder in der M.\_\_\_\_ zu initiieren, abgewiesen und die vom Versicherungsgericht mit Verfügung vom 4. Februar 2022 vorgeschlagenen Gutachter (s. E. I. 2.7 hiervor) mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin beauftragt. Zudem werde dem Antrag der Beschwerdegegnerin auf Änderung des gerichtlichen Fragekatalogs teilweise entsprochen. Die von der Beschwerdeführerin beantragte Zusatzfrage lit. e werde in modifizierter Form zugelassen. Die übrigen beantragten Fragen würden abgewiesen. 2.11 Mit Aktennotiz vom 9. März 2023 (A.S. 160) hält die Kanzleimitarbeiterin des Versicherungsgerichts fest, auf Nachfrage bei der H.\_\_\_\_ sei ihr mitgeteilt worden, dass das Zusammentragen der verschiedenen Teilgutachten am Laufen sei, dies aber sicher noch mindestens zwei Wochen dauern werde. 2.12 Mit Eingabe vom 14. März 2023 (A.S. 161) moniert der Vertreter der Beschwerdeführerin, das Gutachten der H.\_\_\_\_ liege immer noch nicht vor. Deshalb werde der Antrag gestellt, es sei der H.\_\_\_\_ 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 I.\_\_\_\_, im J.\_\_\_\_, in der K.\_\_\_\_ oder im L.\_\_\_\_ zu initiieren. 2.13 Mit Verfügung vom 16. März 2023 (A.S. 163) wird festgehalten, über den in der Eingabe vom 14. März 2023 gestellten Antrag der Beschwerdeführerin werde – je nach Sachlage – im Rahmen des Instruktionsverfahrens oder der Beweiswürdigung im Urteil entschieden. 2.14 Das Gutachten der H.\_\_\_\_ ergeht am 28. März 2023 (A.S. 164 ff.). 2.15 Die Beschwerdegegnerin lässt sich dazu mit Eingabe vom 27. April 2023 (A.S. 323 ff.) vernehmen und stellt den Antrag, der Beschwerdeführerin sei eine reformatio in peius anzudrohen mit Senkung der Integritätsentschädigung bei einem Integritätsschaden von nurmehr

## **E. 8**

cm grosse ausgedehnte Wunde an der Kopfhaut im rechten parietalen Bereich, blutend, ca. 2 cm tief.»

4.2 Im Austrittsbericht des Regionalspitals P.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2016 (Suva-Nr. 106) wurden folgende Diagnosen gestellt:

### **Nebendiagnosen**

Die Beschwerdeführerin werde nach einem Autounfall mit frontaler Kollision bei hoher Geschwindigkeit eingeliefert. Es erfolge eine stationäre Aufnahme zwecks Durchführung der erforderlichen Untersuchungen und Behandlungen. Sie sei zunächst in der Notfallstation untersucht worden, wo Röntgenaufnahmen den oben beschriebenen Pneumothorax gezeigt hätten. Es sei daher die Indikation für die Anlage einer Pleuradrainage beidseits gestellt worden. Aufgrund des Verdachts auf eine Darmperforation

sei eine diagnostische Laparoskopie durchgeführt worden, wobei eine Perforation des Leerdarms festgestellt worden sei. Hierauf sei eine Konversion zur medianen subumbilikaligen Laparotomie, eine Resektion eines Leerdarmabschnittes (7 cm) und End-zu-End-Anastomose erfolgt. Bei der Second-Look-Laparotomie hätten sich keine pathologischen Befunde gezeigt. Am 10. postoperativen Tag sei der Darm für Stuhl und Gase durchlässig gewesen. Zudem sei eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt worden, die Frakturen in L1, L2 und L5 mit Verschiebung der hinteren oberen Wirbelhinterkanten in Verbindung mit einer moderaten median-paramedianen Protrusion gezeigt hätten, weshalb die Indikation für eine chirurgische Stabilisierung gestellt worden sei. Der Verlauf sei komplikationslos gewesen und habe zu einer baldigen Besserung geführt. Sie werde in gutem Allgemeinzustand, mit reizlosen Wundverhältnissen, gut kontrollierten Schmerzen und Indikationen für die weiteren Behandlungen und Kontrolluntersuchungen in eine Klinik entlassen.

4.3 Im Austrittsbericht der Q.\_\_\_\_ vom 31. August 2016 (Suva-Nr. 45) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Bis zum Austritt habe die Beschwerdeführerin die gewünschte sichere Mobilisation mit und ohne Hilfsmittel erreicht. Bei Austritt habe die aktive Kniebeweglichkeit rechts in Flexion/Extension 115/5/0° betragen. Dank den Massnahmen sowie einer angepassten medikamentösen Analgesie hätten die Schmerzen auf ein erträgliches Mass reduziert werden können.

4.4 Im neuropsychologischen Abklärungsbericht des R.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2017 (Suva-Nr. 112) wurde festgehalten, in der neuropsychologischen Untersuchung seien abgesehen von leichten Auffälligkeiten im Bereich des mentalen Rotierens und leichten bis mittelschweren Beeinträchtigungen in der Konzeptfindung grenzwertige bis altersentsprechende Testwerte erzielt worden. Es habe sich eine deutlich verminderte Belastbarkeit mit starker Ermüdbarkeit gezeigt. Auch leide die Beschwerdeführerin gemäss fremdanamnestischen Angaben vermehrt unter Kopfschmerzen und es fänden sich Hinweise auf eine mögliche depressive Symptomatik (aktuell unter Behandlung mit Johanniskrautpräparat keine klaren depressiven Symptome). Die Befunde seien diagnostisch (in Anlehnung an SUVA-Tabelle 8) insgesamt mit einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionseinschränkung vereinbar. Es müsse am ehesten von einer multifaktoriellen Aetiologie ausgegangen werden. Es fänden sich Hinweise, dass die Beschwerdeführerin bereits vor dem Unfall an ihrer Belastungsgrenze gewesen sei (nach Hirntumor 1992). Sie berichte über eine zusätzlich verringerte Belastbarkeit mit deutlicher Zunahme der Müdigkeit seit ihrem Unfall (07/2016), diese habe auch im Rahmen der Untersuchung beobachtet werden können. Hinzu kämen eine mögliche Depression (aktuell keine klare depressive Symptomatik unter Behandlung mit Johanniskrautpräparat) sowie Schmerzen (Kopfschmerzen und Verletzungen aufgrund des Unfalls). Prognostisch sei eine Zunahme der Belastbarkeit im weiteren Verlauf möglich. Die Defizite wirkten sich im Alltag und besonders in der Erwerbstätigkeit aus. Im Vordergrund dürfte die deutlich verminderte Belastbarkeit stehen. Aufgrund derselben könne die Beschwerdeführerin nur während reduzierten Zeitspannen arbeiten und sei auf genügend Erholungsphasen angewiesen. In ihrer aktuellen Anstellung habe sie gemäss ihren Angaben die Möglichkeit für sehr viel Flexibilität und könne ihr Arbeitspensum auf fünf Wochentage aufteilen. Dies seien für sie auf dem Hintergrund ihrer Einschränkungen ideale Arbeitsbedingungen.

4.5 Im Bericht vom 8. Juni 2017 betreffend die psychiatrische Untersuchung vom 24. Mai 2017 (Suva-Nr. 134) stellte Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Konsiliarpsychiater der Suva, folgende Diagnosen:

Unfallkausal

Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirntrauma (ICD-10 F 07.2) mit / bei

Nicht-Unfallkausal

Anaplastisches Oligodendrogliom rechts 1992

Weiter führte Dr. med. S.\_\_\_\_ aus, vor dem Hintergrund der heutigen Untersuchung und unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Berichtes vom 9. Februar 2017 des R.\_\_\_\_ seien die neuro-psychiatrischen Folgen nachvollziehbar und plausibel, insbesondere eine verminderte psycho-physische Belastbarkeit mit konsekutiver erhöhter Erschöpf- und Ermüdbarkeit im Zentrum der Beschwerden sei ausgewiesen. Des Weiteren könne in Bezug auf die Kognition eine leichte bis mittelschwere Funktionseinschränkung festgehalten werden. Der Schweregrad der Erkrankung sei als mittelgradig einzustufen. Bei der Versicherten bestehe aufgrund eines im Jahr 1992 diagnostizierten und ebenfalls im Jahr 1992 operierten Oligodendroglioms ein relevanter Vorzustand mit entsprechend ausgewiesenen neuropsychologischen Beeinträchtigungen. Die bestehenden hirnrorganischen Beeinträchtigungen seien in weniger als einem Jahr nach dem Unfallereignis zwar gebessert, jedoch sei der Endzustand noch nicht erreicht. Der Verlauf bleibe abzuwarten. Die Versicherte arbeite derzeit zu 30 % in der Buchhaltung eines Optikergeschäftes. Der Arbeitsplatz schein optimal angepasst, es bestehe eine freie Zeiteinteilung, ein wohlwollendes Umfeld, Rückzugsmöglichkeiten und ein Aufgabengebiet, dass die Versicherte in Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit nicht überfordere. Limitierender Faktor in der Arbeitsfähigkeit sei die erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit mit auch entsprechendem Nachlassen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Das derzeitige Arbeitspensum sei angemessen, eine Steigerung bei positivem Verlauf möglich. Die Leistungs- und Anstrengungsbereitschaft der Versicherten sei hoch und wahrscheinlich schon vor dem Unfallereignis mit dafür ausschlaggebend, dass die Versicherte seinerzeit nach der Tumoroperation trotz ausgewiesener neuropsychologischer und hirnrorganischer Beeinträchtigungen sowohl ein Fachhochschulstudium absolviert habe, als auch über Jahre eine Kaderposition bei einer Bank habe bekleiden können. Aufgrund der hohen Leistungs- und Anstrengungsbereitschaft habe die Versicherte die Beeinträchtigungen wahrscheinlich bis etwa 2012 kompensieren können, die nachfolgend freiwillige Reduktion auf ein Pensum von 60 % in einer weniger komplexen Tätigkeit müsse wohl auch in Zusammenhang mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Vorzustandes gesehen werden.

4.6 Im Bericht betreffend MRT und MRA des Neurokraniums vom 10. Juli 2017 (Suva-Nr. 267) wurden folgende Befunde erhoben:

«Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 15. Februar 2014 in Ausdehnung und Signalgebung unveränderte Darstellung des postoperativen rechtsseitig frontalen Defektes mit angrenzender Gliose. Leichte Erweiterung des rechten Seitenventriekels in Angrenzung zum Resektionsbereich, ohne Befunddynamik im Verlauf. Unverändert multiple punktförmige Bloomingartefakte in Venbold-Sequenzen mit Hämosiderinring frontal rechts, ohne Befundprogredienz im Verlauf. Kein Hinweis auf ein Rezidiv, keine sonstige

intrakranielle Raumforderung oder neuen Blutung, keine Schrankenstörung nach i.v. KM. Keine Diffusionsrestriktion. Reguläre Darstellung der intrakraniellen arteriellen Gefässstrukturen.»

4.7 Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. August 2017 (Suva-Nr. 168) einen Tinnitus links. Die Untersuchung ergebe keinen Hinweis auf eine ernsthafte Erkrankung des Hörsystems. Er, Dr. med. T.\_\_\_\_, habe die bei Tinnitus sinnvollen Verhaltensmassnahmen erläutert, wie Vermeiden von stillen Situationen und Schaffen einer diskreten nächtlichen Geräuschkulisse zur Förderung der weiteren Habituation.

4.8 Im Austrittsbericht des Regionalspitals P.\_\_\_\_ vom 25. September 2017 (Suva-Nr. 206) wurden zusätzlich folgende Diagnosen gestellt:

Angesichts des klinischen und radiologischen Bildes sei die Indikation zu einem kombinierten Eingriff für die Sanierung der Narbenhernie, Beseitigung des Granuloms und ebenfalls Abtragung des kleinen Osteophyten im Bereich der Patella gestellt worden. Der chirurgische Eingriff laufe ohne besondere Komplikationen ab, der postoperative stationäre Verlauf ebenso. Die zunehmende erneute Nahrungsaufnahme werde gut vertragen mit frühzeitiger Öffnung des Darmkanals. Die Wunden zeigten sich stets reizlos und die Schmerzen seien gut unter Kontrolle.

4.9 Im Verlaufsbericht des Regionalspitals P.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2017 (Suva-Nr. 257) wurde ausgeführt, sieben Wochen nach dem Eingriff habe die Beschwerdeführerin zwar keine Schmerzen mehr im Abdominalbereich, ab und zu aber leichte Beschwerden im Sinne eines Spannungsgefühls in der Bauchwand, wobei ein Punkt auf der linken Abdominalhälfte leicht schmerze. Sie esse normal und habe regelmässig Stuhlgang. Das Spannungsgefühl an der Bauchwand dürfte auf das dort liegende Mesh zurückgehen. An der linken Bauchseite habe die Patientin bisweilen Beschwerden; wahrscheinlich sei dort eine Klammer platziert worden. Die Behandlung könne an dieser Stelle abgeschlossen werden.

4.10 Mit Aktenbeurteilung vom 15. Dezember 2017 (Suva-Nr. 225) hielt Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Suva, fest, die Beschwerdeführerin habe im Juni 2016 bei dem Unfallereignis ihre hauptsächlichen Verletzungen im Bereich des Beckens und der Wirbelsäule erlitten. Sie habe eine äussere Kopfverletzung rechts parietal aufgewiesen, die am 13. Juni 2016 operiert worden sei. Echtzeitlich seien keine intrakraniellen Traumafolgen festgestellt worden. Die Versicherte sei gemäss Austrittsbericht des Spitals P.\_\_\_\_ im Jahr 1992 an einem rechtsfrontal gelegenen Hirntumor operiert worden.

Computertomographisch sehe man die Eingriffsfolgen und einen ausgedehnten frontalen Parenchymdefekt mit konsekutiver innerer und äusserer Atrophie der rechten Hirnhemisphäre. Dieser Befund sei auch kernspintomografisch bestätigt worden, zuletzt am 1. Dezember 2017. Im V.\_\_\_\_ seien Residuen von Hämossiderindepots beschrieben worden, am ehesten als Folge des genannten Eingriffs. Somit lägen in Übereinstimmung mit der Anamnese keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen am Gehirn vor. Anfang Februar 2017 habe die neuropsychologische Untersuchung des R.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin eine allgemeine erhöhte Erschöpfbarkeit bzw. eine reduzierte Belastbarkeit ausgewiesen. Diese Befunde seien unspezifisch und angesichts der psychischen Komorbidität und des Vorzustandes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 13. Juni 2016 zurückzuführen.

4.11 Im Bericht vom 12. Januar 2018 betreffend die kreisärztliche Untersuchung vom 10. Januar 2018 (Suva-Nr. 237) führte med. pract. W.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, aus, die Versicherte habe sich heute bei der kreisärztlichen Untersuchung in einem guten Allgemeinzustand präsentiert. Sie habe über moderate rezidivierende Schmerzen des rechten Kniegelenkes, des Rückens sowie kolikartige beidseitige Unterbauchschmerzen berichtet. Ausserdem habe sie über Schlafstörungen, gelegentliche Kopfschmerzen und Tinnitus linksseitig geklagt. Unter Belastung spüre sie eine gewisse Beschwerdezunahme. Unter der Physiotherapie, welche sie regelmässig durchführe, spüre sie nur eine leichte Besserung des Gesundheitszustandes. Sie nehme jeden Tag die Analgetika ein. Sie nutze keine orthopädischen Hilfsmittel. Sie treibe keinen Sport. In ihrem Alltag fühle sie sich noch deutlich eingeschränkt. Klinisch habe sich bei der heutigen Untersuchung eine mässig eingeschränkte Beweglichkeit der LWS und des BWS/LWS-Übergangs gezeigt. Deutliche Klopfdolenz im oben erwähnten Wirbelsäulenabschnitt. Keine neurologischen Defizite. Es habe sich eine deutliche Kraftminderung an allen Extremitäten gezeigt. Die Paravertebralmuskulatur der LWS sei deutlich verspannt. Alle postoperativen Narben seien reizlos. Im Bereich des rechten Kniegelenkes nur minimal im Vergleich mit der gesunden linken Seite eingeschränkte Flexion des rechten Kniegelenkes, welche insgesamt als gut einzuschätzen sei. Kein Streckdefizit. Auch infrapatellär / lateral des unteren Patellapols minimale Schwellung, ansonsten keine Schwellungen, keine Ergüsse im Bereich des rechten Kniegelenkes. Klinisch auch keine Hinweise für Bandinstabilitäten und keine Meniskuszeichen. Im Bereich des rechten Sprunggelenkes keine pathologischen Befunde. Auch die Untersuchung des Thorax und des Bauches ohne pathologischen Befunde, insbesondere keine Rezidivhernie. Zur weiteren Stabilisierung des unfallbedingten Gesundheitszustandes empfehle er, med. pract. W.\_\_\_\_, die Fortführung der bisherigen Physiotherapie für noch mindestens zwei Monate, ausserdem gleichzeitig eine MTT zum weiteren Muskelaufbau bei deutlicher Muskelatrophie des Beines. Zur weiteren Objektivierung der klinischen Befunde empfehle er folgende bildmorphologische Untersuchungen: 1. MRI des rechten Kniegelenkes. Frage: Verdacht auf retropatellare Arthrose; 2. Abdomen-Sonographie. Sonographische Verlaufskontrolle zum Ausschluss einer Rezidiv-Bauchwandhernie sowie zur Beurteilung der intraabdominellen Organe; 3. Röntgen der LWS und BWS im Sinne sogenannter Funktionsaufnahmen zur Beurteilung der posttraumatischen Unfallfolgen und/oder Wirbelkörperinstabilitäten. Die erneute Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Zumutbarkeit oder des weiteren medizinischen Procederes solle nach den oben erwähnten radiologischen Untersuchungen erfolgen. Ausserdem empfehle er eine nochmalige neurologische Beurteilung in der Praxis Dr. med. X.\_\_\_\_ in [...] mit der Bitte um Klärung der Frage, ob im aktuellen Beschwerdebild der Versicherte die Unfallfolgen des Ereignisses vom

#### **E. 8.5.1**

Im psychiatrischen Teilgutachten der H.\_\_\_\_ (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:

oProblematisches Leistungsverhalten (am ehesten Verdeutlichung DD mit bewussten Anteilen)

oPolytrauma mit Schädeltrauma links am

### **E. 8.5.2**

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. Sodann sei auch in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Der Gesundheitszustand zeige einen undulierenden Verlauf, jedoch lasse sich gegenwärtig keine Auftrennung zwischen unfallbedingt und nicht unfallbedingt in Prozenten ausdrücken; die Trennung könne möglicherweise aber nach einer adäquaten Therapie inkl. beruflicher Massnahmen vorgenommen werden.

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 sich 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.

8.5.3 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 H. \_\_\_ 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.

8.6 Gestützt auf das beweismässige polydisziplinäre Gutachten der H.\_\_\_\_ 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 H.\_\_\_\_-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 ab dem 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. 3.1 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.

9. Da gestützt auf das Gutachten der H.\_\_\_\_ vom 28. März 2023 ein Einfluss der geltend gemachten psychischen und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit verneint wurde, kann eine Adäquanzprüfung unterbleiben. Aber selbst wenn vorliegend eine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bejahen wäre, wäre die adäquate Kausalität dieser Beschwerden zu verneinen, wie nachfolgend darzulegen ist.

9.1 Treten nach einem Unfall psychische und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Eine analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis ist vorliegend nicht gerechtfertigt. Wie bereits erwähnt wurde im Austrittsbericht des O.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 (Suva-Nr. 186) der Wert der Glasgow Coma Scale (GCS) bei der Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfallereignis lediglich auf 15 ■ entsprechende dem geringsten Wert ■ festgelegt. Zwar hat die Beschwerdeführerin am Kopf eine Rissquetschwunde erlitten und sie berichtet von einem Bewusstseinsverlust sowie einer Amnesie (vgl. Polizeibericht, Suva-Nr. 93 S. 31, Zeile 29-30). Dies ändert aber nichts daran, dass ärztlich lediglich ein GCS von 15 dokumentiert wurde. Somit ist aufgrund der medizinischen Akten insgesamt 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](http://flexikon.doccheck.com/de/Glasgow_Coma_Scale)), weshalb sich die analoge Anwendung der Schleudertraumarechtsprechung nicht rechtfertigt. Vielmehr ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen).

9.2 Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren

Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Diese Kriterien sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6, SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfall einstuft, müssen vier Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweis). Bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen ist die Adäquanz zu bejahen, wenn ein Kriterium erfüllt ist; nicht notwendigerweise in besonders ausgeprägter Weise. Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f.).

9.3 Die Unfallschwere beurteilt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil des Bundesgerichts U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1, SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26; 8C\_435/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2, SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83). Bezüglich des vorliegenden Unfallereignisses ist von folgendem Geschehensablauf ■ soweit aktenmässig rekonstruierbar ■ auszugehen (Suva-Nr. 93 und 105, S. 3): Gemäss Polizeirapport vom 4. August 2016 ereignete sich der Unfall auf einer geradlinigen Hauptstrasse bei erlaubter Höchstgeschwindigkeit von 80 km/h und schönem, trockenem Wetter in einem Tunnel. Eine Autolenkerin kam von ihrer Spur ab und kollidierte ■ nachdem sie bereits seitlich mit dem Aussenspiegel eines entgegenkommenden Autos kollidiert war ■ frontal mit dem Auto der Versicherten, die in entgegengesetzter Richtung unterwegs war. Die Versicherte gab der Polizei gegenüber an, sie wisse nicht mehr, wie schnell sie gefahren sei, aber wahrscheinlich maximal um die 60 - 80 km/h (Suva-Nr. 93 S. 32, Zeile 3).

Bei der Qualifikation der Unfallschwere nicht zu berücksichtigen sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin die durch das Ereignis verursachten Verletzungen. Wie ein Blick auf vergleichbare Fälle zeigt, hat die Rechtsprechung solche Frontalkollisionen in der Regel dem eigentlich mittleren Bereich zugeordnet. Es kann diesbezüglich auf die treffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid verwiesen werden. Das Bundesgericht stellte bei einer Frontalkollision zwischen zwei

Personenwagen, wobei die Wucht des Aufpralls die Fahrzeuge ins angrenzende Wiesland schleuderte, wo diese auf ihren Rädern zum Stillstand gekommen sind und alle beteiligten Personen die Autos selbstständig verlassen konnten, fest, damit sei nicht eine höhere Krafteinwirkung verbunden als bei zahlreichen anderen Unfallereignissen, welche von der Rechtsprechung noch als im engeren Sinne mittelschwer beurteilt worden seien (Urteil des Bundesgerichts vom 8C\_212/2019 vom 21. August 2019 E. 4.2.2). Etwas heftiger verlief derjenige Unfall, wo die versicherte Person mit ihrem Fahrzeug bei einer Geschwindigkeit von 80 km/h auf die Gegenfahrbahn geriet, es mit einem ersten Auto zu einer Streifkollision und anschliessend mit einem weiteren zu einer Frontalkollision kam und das Fahrzeug der versicherten Person bei ausgelösten Airbags ins angrenzende Wiesland geschleudert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_720/2017 vom 12. März 2018 E. 4.3). Auch dieser Unfall wurde als im engeren Sinne mittelschwer qualifiziert. Im Vergleich dazu ist beim vorliegenden Unfall kein Schleudern erstellt. Dafür fand der Unfall vorliegend in einem Tunnel statt. Ansonsten war die Versicherte ebenfalls in eine Frontalkollision involviert, bei vermutlich ca. 80 km/h. Somit sind die Unfälle vergleichbar mit den Unfällen aus der vorgenannten Rechtsprechung. Der Unfall vom 13. Juni 2016 ist demnach nach dem augenfälligen Geschehensablauf rechtsprechungsgemäss als mittelschwer im engeren Sinn zu qualifizieren. Daran vermag auch das Argument der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach bei den vorgenannten Fällen im Unterschied zum vorliegenden Fall die versicherte Person noch selbstständig aus dem Auto habe aussteigen können. So hat das Bundesgericht im Urteil 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 5.2 bezüglich einer vergleichbaren Fallkonstellation bei einer Frontalkollision auf einer Strasse mit einer Höchstgeschwindigkeit von 80 km/h festgehalten, die Tatsachen des Einklemmtseins und der Bergung durch die Feuerwehr seien beim Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfen (E. 7 hienach; SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83 E. 4.2 [8C\_435/2011]; Urteil 8C\_488/2011 E. 5.1.2), führten jedoch im Resultat nicht dazu, den Unfall anders als den mittelschweren Unfällen im engeren Sinn zuzurechnen. Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich geltend macht, als schweres Ereignis sei etwa eine Frontalkollision mit schwerer Verletzung des Fahrers qualifiziert worden (Murer/Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 63), ist darauf hinzuweisen, dass der dortige Fall nur bedingt mit dem vorliegenden Unfallereignis zu vergleichen ist, da dort der Mitfahrer getötet wurde (n. publ. Urteil vom 15. Dezember 1994, zit. in RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91 E. b). Somit bleibt es bei der Einteilung als mittelschweres Unfallereignis im engeren Sinne.

Bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn ist die Adäquanz, wie vorgehend ausgeführt, zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien oder eines der Kriterien in ausgeprägter Weise erfüllt sind.

9.4 Dem vorliegenden Unfallereignis ist eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzuspüren. Auch objektiv betrachtet erscheinen die Begleitumstände verhältnismässig eindrücklich. Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht ausgeführt hat, spricht gegen eine besondere Eindrücklichkeit der Umstände, dass sich die Versicherte nicht mehr an den Zusammenprall erinnern kann (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7, 8C\_389/2011 vom 7. Oktober 2011 E. 8.3 und 8C\_721/2011 vom 11. November 2011 E. 5.1). So kann sie sich gemäss Polizeibericht vom Moment des Unfalls bis zum Transport mit dem Hubschrauber an absolut nichts erinnern (Suva-Nr. 93 S. 31,

Zeile 29 - 30). Vor diesem Hintergrund erfüllt das Geschehen vom 13. Juni 2016 das Kriterium nicht. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass die Beschwerdeführerin gemäss Bericht von Dr. med. S.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2017 (Suva-Nr. 134) angegeben hat, sie sei zwischenzeitlich erwacht und habe miterlebt, wie die Sanitäter sie medizinisch versorgten, zumal in diesem Zusammenhang auf die Rechtsprechung bezüglich der sogenannten Aussage der ersten Stunde hinzuweisen ist, wonach einer solchen Aussage grösseres Gewicht beizumessen ist als die späteren Angaben der versicherten Person, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen versicherungsrechtlichen Überlegungen beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47).

Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist besondere deren erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_435/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2.7). Hierbei kann wiederum auf die treffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid verwiesen werden: Verneint wurde das Kriterium u.a. bei einem von den Ärzten als schwer bezeichneten Polytrauma mit Thorax- und Abdominaltrauma sowie offenen Gesichtsschädelfrakturen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2009 vom 19. November 2009 E. 3.6) und bei einer traumatischen Milzruptur, Rippenserienfraktur mit Hämato-pneumothorax links und Rissquetschwunde frontal am Kopf links (Urteil des Bundesgerichts 8C\_396/2009 vom 23. September 2009 E. 4.5.6). Demnach vermögen auch das von der Beschwerdeführerin erlittene Polytrauma mit Rissquetschwunde der parietalen Kopfhaut, bilateralem Pneumothorax, Rippenfraktur CI links, Dünndarmperforation und Fraktur der rechten Kniescheibe nicht dazu zu führen, dass dieses Kriterium zu bejahen wäre. Auch der Umstand, dass bei der Beschwerdeführerin ein Status nach Hirnoperation bei Hirntumor vorliegt, kann, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, nicht zu einem anderen Resultat führen, da sie beim betreffenden Unfall lediglich ein leichtes Schädel-Hirntrauma erlitten hat.

Mit Blick auf das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung somatischer Beschwerden ist festzuhalten, dass dieses gemäss der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen ist. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gegeben sein. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes, (haus-)ärztliche Verlaufskontrollen sowie medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteil 8C\_964/2009 vom 19. Februar 2010 E. 5.2.1 mit Hinweisen). Dieses Kriterium ist vorliegend zu verneinen. Die Versicherte war nach dem Unfall drei Wochen hospitalisiert und musste sich währenddessen drei Operationen (Dünndarm, Rücken, Knie) unterziehen. Anschliessend wurde sie für acht Wochen in die Rehabilitation überwiesen. Für die Entfernung des Osteosynthesematerials (Rücken und Knie) war sie jeweils drei Tage im Spital. In der Folge war sie nochmals für eine Woche hospitalisiert als eine Bauchdeckenhernie auftrat und operativ versorgt werden musste. Nach dem 6. September 2017 fanden keine weiteren stationären Aufenthalte oder Operationen mehr statt. Zwar war die intensivmedizinische Versorgung damit erst nach rund 15 Monaten abgeschlossen. Aber

dennoch kann beim vorliegenden Sachverhalt nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer bzw. einer ungewöhnlich hohen Anzahl von Operationen gesprochen werden.

Bezüglich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen ist massgebend, ob über den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden vorlagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.2). Zu berücksichtigen sind lediglich jene Beschwerden, die durch ein unfallbedingtes, objektivierbares organisches Substrat erklärt werden können. Gestützt auf die Vorakten und das eingeholte Gerichtsgutachten sind die geklagten Schmerzen nicht ausreichend durch ein unfallbedingtes, objektivierbares organisches Substrat erklärbar. Der orthopädische Gutachter der H. \_\_\_ hielt diesbezüglich fest, die geltend gemachten Schmerzen könnten 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. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin steht dazu die kreisärztliche Beurteilung des Integritätsschadens vom 28. Mai 2018 nicht im Widerspruch, wo der Beschwerdeführerin wegen der radiologischen und klinischen Befunde der LWS ■ «St. n. LWK-Fraktur mit zunehmenden Belastungs- und auch Ruheschmerzen» ■ eine Integritätsentschädigung von 10 % gewährt wurde. So beziehen sich thorakale Beschwerden auf den Brustkorb, während die LWS-Beschwerden die Lendenwirbelsäule betreffen. Neben den LWS-Beschwerden organisch ebenfalls erklärbar dürften die geltend gemachten Schmerzen am rechten Knie sein, obwohl es fraglich ist, ob diese als Dauerschmerzen zu bezeichnen sind, da sie gemäss Aktenlage vor allem bei Belastungen auftreten. Damit ist das Kriterium der Dauerschmerzen aufgrund der geltend gemachten LWS-Beschwerden tendenziell zu bejahen, wenn auch nicht in ausgeprägter Weise.

Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenfalls nicht gesprochen werden.

Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8 mit Hinweis). Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt allein nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.3). Solche besonderen Gründe sind vorliegend nicht ersichtlich. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin stellt die Entfernung des Osteosynthesematerials eine Behandlung im normalen Rahmen und die Behandlung von Narbenhernien keine erhebliche Komplikation dar.

Bei der Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 sind beim Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nur jene Zeiten zu berücksichtigen, welche die versicherte Person aufgrund einer rein physischen Betrachtungsweise arbeitsunfähig war (Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.5). Arbeitete die versicherte Person wie im vorliegenden Fall vor dem Unfall teilzeitlich (60%-Pensum), ist bei der Bestimmung des Kriteriums des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich vom vormaligen Teilpensum auszugehen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts U 146/05 vom 29.

August 2005 E. 4.5). Die Beschwerdeführerin konnte ihre angestammte Tätigkeit bereits ab dem 10. Oktober 2016, also rund vier Monate nach dem Unfall, zu 50 % wieder aufnehmen (Suva-Nr. 64). Zudem ist auch diese Arbeitsunfähigkeit nur noch teilweise auf physisch objektivierbare Beschwerden zurückzuführen, weshalb dieses Kriterium zu verneinen ist.

Somit ist eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Damit ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten nicht objektivierbaren / psychischen Beschwerden zu verneinen.

10. Hinsichtlich der ebenfalls umstrittenen Invaliditätsberechnung kann im Resultat den Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid gefolgt werden. Gestützt auf das beweiswertige Gutachten der H. \_\_\_ sind der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit sowie andere, dem Zumutbarkeitsprofil angepasste Tätigkeiten, wieder zu 100 % zuzumuten. Da sich die Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) folglich entsprechen, besteht nach dem Fallabschluss ■ würde die Versicherte ihre Arbeitsfähigkeit voll ausschöpfen ■ keine Einkommenseinbusse mehr. Die Voraussetzungen zur Ausrichtung einer Invalidenrente sind folglich nicht erfüllt. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt überzeugt nicht. So ist bezüglich der Erwerbsfähigkeit auf den in allen Zweigen des Sozialversicherungsrechts geltenden Rechtsgrundsatz der Schadenminderungspflicht hinzuweisen. Danach hat eine versicherte Person von sich aus alles ihr Zumutbare vorzukehren, und zwar selbst um den Preis beträchtlicher Anstrengungen, um die Folgen eines erlittenen Unfalles bestmöglich zu mildern (BGE 117 V 394 E. 4b, 107 V 17 E. 2c). Für den Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG darf daher nicht einfach darauf abgestellt werden, welche Arbeitsleistung die versicherte Person nach dem Unfall tatsächlich noch erbringt und was sie dabei verdient. Aufgrund der genannten Schadenminderungspflicht ist einzig entscheidend, was sie trotz der Unfallfolgen zumutbarerweise noch zu erwerben fähig ist (BGE 107 V 17 E. 2c). Da es der Beschwerdeführerin zugemutet werden kann, wiederum ihre angestammte Tätigkeit wie vor dem Unfall in einem 100%-Pensum auszuüben, kann, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, für das Invalideneinkommen nicht auf das aktuell erzielte Einkommen abgestellt werden, da die Beschwerdeführerin dort die ihr zumutbare Erwerbsfähigkeit nicht ausschöpft.

11. Abschliessend ist festzuhalten, dass sich im Lichte des beweiswertigen Gutachtens der H. \_\_\_ vom 28. März 2023 die von der Beschwerdeführerin beantragte erneute polydisziplinäre Begutachtung als nicht notwendig erweist und abzuweisen ist. Insofern die Beschwerdeführerin sodann 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. Was sodann den Antrag auf eine zusätzliche ORL-Abklärung anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung keine medizinisch gesicherte Grundlage besteht, um den von der Beschwerdeführerin geklagten Tinnitus als körperliches Leiden zu betrachten oder ihn (zwingend) einer organischen Ursache zuzuordnen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_498/2011 vom 3. Mai 2012), weshalb diesbezüglich eine Adäquanzprüfung vorzunehmen ist. Da die adäquate Kausalität der psychischen und/oder nicht objektivierbaren Beschwerden wie vorstehend festgehalten, zu

verneinen ist, erübrigen sich diesbezüglich weitere Abklärungen. Demnach sind diese Anträge ebenfalls abzuweisen. Schliesslich ist auf den Antrag der Beschwerdeführerin einzugehen, es sei der H.\_\_\_\_ GmbH der 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 I.\_\_\_\_, im J.\_\_\_\_, in der K.\_\_\_\_ oder im L.\_\_\_\_ 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. Der diesbezügliche Verfahrensantrag der Beschwerdeführerin vom 14. März 2023 sowie der Antrag vom 31. Mai 2023, das Gutachten der H.\_\_\_\_ 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 hätte. Einerseits handelt es sich hierbei um eine Hypothese der Beschwerdeführerin, andererseits wurden sämtliche Gutachtengespräche 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.

12. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteischädigung.

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

12.3 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 H.\_\_\_\_ vom 28. März 2023, welches zur Klärung der offenen Fragen sowohl im vorliegenden Verfahren als auch im parallel laufenden Beschwerdeverfahren VSBES.2021.32 betreffend die Invalidenversicherung 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.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder eine Parteischädigung zugesprochen noch Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Suva hat von den Kosten des Gerichtsgutachtens der H.\_\_\_\_ einen Anteil von CHF 17'469.35 zu bezahlen.

#### Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_498/2024 vom 12. August 2025 bestätigt.

#### **E. 10**

%. 2.16 Mit Stellungnahme vom 31. Mai 2023 (A.S. 332 ff.) lässt die Beschwerdeführerin folgende Anträge stellen: 1. Das Gutachten der H.\_\_\_\_ vom 27. März 2023 sei aus formell-rechtlichen Gründen aus den Akten zu weisen. 2. Dem Unterzeichnenden seien die vollständigen Tonaufnahmen betreffend das Gutachten der H.\_\_\_\_ vom 27. März 2023 zu edieren, verbunden mit Ansetzung einer Frist zur Stellungnahme in diesem Punkt. 2.17 Mit Eingabe vom 6. Juni 2023 (A.S. 359 ff.) reicht die Beschwerdeführerin die Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2023 zu den Akten. 2.18 Am 3. Juli 2023 (A.S. 367 ff.) reicht die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme ein. 2.19 Mit Eingabe vom 10. Juli 2023 (A.S. 378) reicht die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2023 zu den Akten. 2.20 Mit Schreiben vom 21. Februar 2024 (A.S. 388) droht die Präsidentin der Beschwerdeführerin bezüglich der Integritätsentschädigung eine reformatio in peius an und setzt der Beschwerdeführerin Frist, insbesondere zwecks Vermeidens einer Schlechterstellung, die Beschwerde gegen den angefochtenen Entscheid in diesem Punkt zurückzuziehen. 2.21 Mit Schreiben vom 5. April 2024 (A.S. 394 ff.) lässt sich die Beschwerdeführerin vernehmen und zieht die Beschwerde, soweit in Rechtsbegehren Ziff. 3 eine Integritätsentschädigung nach Massgabe einer Integritätseinbusse von mindestens 90 % gefordert werde, im Sinne eines Teiltrückzugs zurück. Weiter führt die Beschwerdeführerin aus, dieser Teiltrückzug beschränke sich explizit auf den Streitgegenstand der von der SUVA zu gesprochenen Integritätsentschädigung von 30 %. In den übrigen Teilgehalten werde an der Beschwerde explizit festgehalten. Dies führe zur Anpassung der Rechtsbegehren wie folgt: 1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 1. April 2021 sowie die diesem zugrundeliegende Verfügung vom 10. Dezember 2019 seien bis auf die zugesprochene Integritätsentschädigung nach Massgabe eines Integritätsschadens von 30 % aufzuheben. 2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über den 31. Oktober 2018 hinaus die vollumfänglichen Taggeldleistungen nach Massgabe einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit zu erbringen und die vollumfänglichen Heilbehandlungen zu vergüten. 3. Eventualiter sei die

Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab 1. November 2018 eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 79 % und ab 1. November 2020 eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 62 % sowie Heilungskosten nach Art. 21 UVG zu entrichten. 4. Subeventualiter sei eine externe polydisziplinäre Begutachtung unter Einschluss der Disziplinen Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädische Chirurgie, Viszeralchirurgie, ORL, Innere Medizin, Gastroenterologie sowie Psychiatrie zu initiieren. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 13**

Juni 2016

oStatus nach Oligodendrogliom präzentral rechts, operativ entfernt 1992

oSt. 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 in 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. S. \_\_\_\_, 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. Y. \_\_\_\_, 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.

## **E. 15**

Februar 2014 in Ausdehnung und Signalgebung unveränderte Darstellung des postoperativen rechtsseitig frontalen Defektes mit angrenzender Gliose. Leichte

Erweiterung des rechten Seitenventrikel in Angrenzung zum Resektionsbereich, ohne Befunddynamik im Verlauf. Unverändert multiple punktförmige Bloomingartefakte in Venbold-Sequenzen mit Hämosiderinring frontal rechts, ohne Befundprogredienz im Verlauf. Kein Hinweis auf ein Rezidiv, keine sonstige intrakranielle Raumforderung oder neuen Blutung, keine Schrankenstörung nach i.v. KM. Keine Diffusionsrestriktion. Reguläre Darstellung der intrakraniellen arteriellen Gefässstrukturen.» 4.7 Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. August 2017 (Suva-Nr. 168) einen Tinnitus links. Die Untersuchung ergebe keinen Hinweis auf eine ernsthafte Erkrankung des Hörsystems. Er, Dr. med. T.\_\_\_\_, habe die bei Tinnitus sinnvollen Verhaltensmassnahmen erläutert, wie Vermeiden von stillen Situationen und Schaffen einer diskreten nächtlichen Geräuschkulisse zur Förderung der weiteren Habituation. 4.8 Im Austrittsbericht des Regionalspitals P.\_\_\_\_ vom 25. September 2017 (Suva-Nr. 206) wurden zusätzlich folgende Diagnosen gestellt: 1. Kleine Narbenhernie im distalen Bereich der medianen Laparotomie. 2. Kleines subkutanen Granulom im distalen Bereich der medianen Laparotomie. 3. Kleiner Fremdkörper im Bereich der rechten Patella antero-medial. Angesichts des klinischen und radiologischen Bildes sei die Indikation zu einem kombinierten Eingriff für die Sanierung der Narbenhernie, Beseitigung des Granuloms und ebenfalls Abtragung des kleinen Osteophyten im Bereich der Patella gestellt worden. Der chirurgische Eingriff laufe ohne besondere Komplikationen ab, der postoperative stationäre Verlauf ebenso. Die zunehmende erneute Nahrungsaufnahme werde gut vertragen mit frühzeitiger Öffnung des Darmkanals. Die Wunden zeigten sich stets reizlos und die Schmerzen seien gut unter Kontrolle. 4.9 Im Verlaufsbericht des Regionalspitals P.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2017 (Suva-Nr. 257) wurde ausgeführt, sieben Wochen nach dem Eingriff habe die Beschwerdeführerin zwar keine Schmerzen mehr im Abdominalbereich, ab und zu aber leichte Beschwerden im Sinne eines Spannungsgefühls in der Bauchwand, wobei ein Punkt auf der linken Abdominalhälfte leicht schmerze. Sie esse normal und habe regelmässig Stuhlgang. Das Spannungsgefühl an der Bauchwand dürfe auf das dort liegende Mesh zurückgehen. An der linken Bauchseite habe die Patientin bisweilen Beschwerden; wahrscheinlich sei dort eine Klammer platziert worden. Die Behandlung könne an dieser Stelle abgeschlossen werden. 4.10 Mit Aktenbeurteilung vom 15. Dezember 2017 (Suva-Nr. 225) hielt Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Suva, fest, die Beschwerdeführerin habe im Juni 2016 bei dem Unfallereignis ihre hauptsächlichsten Verletzungen im Bereich des Beckens und der Wirbelsäule erlitten. Sie habe eine äussere Kopfverletzung rechts parietal aufgewiesen, die am 13. Juni 2016 operiert worden sei. Echtzeitlich seien keine intrakraniellen Traumafolgen festgestellt worden. Die Versicherte sei gemäss Austrittsbericht des Spitals P.\_\_\_\_ im Jahr 1992 an einem rechtsfrontal gelegenen Hirntumor operiert worden. Computertomographisch sehe man die Eingriffsfolgen und einen ausgedehnten frontalen Parenchymdefekt mit konsekutiver innerer und äusserer Atrophie der rechten Hirnhemisphäre. Dieser Befund sei auch kernspintomografisch bestätigt worden, zuletzt am 1. Dezember 2017. Im V.\_\_\_\_ seien Residuen von Hämosiderindepots beschrieben worden, am ehesten als Folge des genannten Eingriffs. Somit lägen in Übereinstimmung mit der Anamnese keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen am Gehirn vor. Anfang Februar 2017 habe die neuropsychologische Untersuchung des R.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin eine allgemeine erhöhte Erschöpfbarkeit bzw. eine reduzierte Belastbarkeit ausgewiesen. Diese Befunde seien unspezifisch und angesichts der psychischen Komorbidität und des Vorzustandes nicht mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 13. Juni 2016 zurückzuführen. 4.11 Im Bericht vom 12. Januar 2018 betreffend die kreisärztliche Untersuchung vom 10. Januar 2018 (Suva-Nr. 237) führte med. pract. W.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, aus, die Versicherte habe sich heute bei der kreisärztlichen Untersuchung in einem guten Allgemeinzustand präsentiert. Sie habe über moderate rezidivierende Schmerzen des rechten Kniegelenkes, des Rückens sowie kolikartige beidseitige Unterbauchschmerzen berichtet. Ausserdem habe sie über Schlafstörungen, gelegentliche Kopfschmerzen und Tinnitus linksseitig geklagt. Unter Belastung spüre sie eine gewisse Beschwerdezunahme. Unter der Physiotherapie, welche sie regelmässig durchführe, spüre sie nur eine leichte Besserung des Gesundheitszustandes. Sie nehme jeden Tag die Analgetika ein. Sie nutze keine orthopädischen Hilfsmittel. Sie treibe keinen Sport. In ihrem Alltag fühle sie sich noch deutlich eingeschränkt. Klinisch habe sich bei der heutigen Untersuchung eine mässig eingeschränkte Beweglichkeit der LWS und des BWS/LWS-Übergangs gezeigt. Deutliche Klopfdolenz im oben erwähnten Wirbelsäulenabschnitt. Keine neurologischen Defizite. Es habe sich eine deutliche Kraftminderung an allen Extremitäten gezeigt. Die Paravertebralmuskulatur der LWS sei deutlich verspannt. Alle postoperativen Narben seien reizlos. Im Bereich des rechten Kniegelenkes nur minimal im Vergleich mit der gesunden linken Seite eingeschränkte Flexion des rechten Kniegelenkes, welche insgesamt als gut einzuschätzen sei. Kein Streckdefizit. Auch infrapatellär / lateral des unteren Patellapols minimale Schwellung, ansonsten keine Schwellungen, keine Ergüsse im Bereich des rechten Kniegelenkes. Klinisch auch keine Hinweise für Bandinstabilitäten und keine Meniskuszeichen. Im Bereich des rechten Sprunggelenkes keine pathologischen Befunde. Auch die Untersuchung des Thorax und des Bauches ohne pathologischen Befunde, insbesondere keine Rezidivhernie. Zur weiteren Stabilisierung des unfallbedingten Gesundheitszustandes empfehle er, med. pract. W.\_\_\_\_, die Fortführung der bisherigen Physiotherapie für noch mindestens zwei Monate, ausserdem gleichzeitig eine MTT zum weiteren Muskelaufbau bei deutlicher Muskelatrophie des Beines. Zur weiteren Objektivierung der klinischen Befunde empfehle er folgende bildmorphologische Untersuchungen: 1. MRI des rechten Kniegelenkes. Frage: Verdacht auf retropatellare Arthrose; 2. Abdomen-Sonographie. Sonographische Verlaufskontrolle zum Ausschluss einer Rezidiv-Bauchwandhernie sowie zur Beurteilung der intraabdominellen Organe; 3. Röntgen der LWS und BWS im Sinne sogenannter Funktionsaufnahmen zur Beurteilung der posttraumatischen Unfallfolgen und/oder Wirbelkörperinstabilitäten. Die erneute Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Zumutbarkeit oder des weiteren medizinischen Procederes solle nach den oben erwähnten radiologischen Untersuchungen erfolgen. Ausserdem empfehle er eine nochmalige neurologische Beurteilung in der Praxis Dr. med. X.\_\_\_\_ in [...] mit der Bitte um Klärung der Frage, ob im aktuellen Beschwerdebild der Versicherte die Unfallfolgen des Ereignisses vom 13. Juni 2016 noch eine Rolle spielen und wenn ja, ob mit einer namhaften Besserung unter weiterer Therapie zu rechnen sei. Bis dahin sei die Versicherte, wie aktuell, zu 50 % (zeitmässig) in ihrer angestammten Tätigkeit als kaufmännische Leiterin arbeitsfähig. 4.12 Im Bericht vom 20. April 2018 betreffend die psychiatrische Untersuchung vom 13. April 2018 (Suva-Nr. 274) stellte Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kreisarzt, folgende psychiatrischen Diagnosen: - Organische Persönlichkeitsstörung (inhibitorisches Frontalhirnsyndrom) ICD-10: F07.0 - Bei ausgedehntem, frontalem Parenchymdefekt rechts, mit konsekutiver, innerer und äusserer Atrophie der rechten Hirnhemisphäre - Nach Operation eines anaplastische Oligodendroglioms rechts präzentral parasagittal 10. September 1992 -

Zusätzliche Dekompensation durch Polytrauma am 13. Juni 2016 (ohne zusätzliche Hirnverletzung) - Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionseinschränkung

Bezüglich der Diagnosestellung führte Dr. med. Y.\_\_\_\_ aus, der ausgesprochen bösartige Hirntumor (anaplastisches Oligodendrogliom) und dessen intensive Behandlung (vor allem die Operation des rechts zentral liegenden Tumors) im Jahr 1992 hätten einen ausgedehnten, frontalen Parenchymdefekt, mit konsekutiver, innerer und äusserer Atrophie der rechten Hirnhemisphäre hinterlassen. Dies habe damals zu einer leichten neuropsychologischen Funktionsstörung sowie zu einer hirnorganisch bedingten Wesensveränderung geführt. Bei dem Suva-versicherten Verkehrsunfall am 21. Juli 2016 (recte: 13. Juni 2016) sei es zu einem komplexen Polytrauma gekommen, welches zahlreiche Operationen notwendig gemacht habe – letztmals am 6. September 2017. Glücklicherweise sei dabei trotz eines Schädel-Traumas überwiegend wahrscheinlich kein Hirngewebe verletzt worden (weshalb dieser Unfall aus rein neurologischer Sicht keine Folgen habe betreffend die berufliche Zumutbarkeit). Trotzdem sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dieser Verkehrsunfall erhebliche, anhaltende Auswirkungen auf das psychische Zustandsbild und auf die Arbeitsfähigkeit habe. In psychiatrischer Hinsicht ergebe sich aus den Akten und der eigenen Untersuchung ein konsistentes Gesamtbild, wie bereits durch Dr. med. S.\_\_\_\_ beschrieben worden sei. Eine neuropsychologische Abklärung 02/2017 habe eine deutliche Zunahme der neuropsychologischen Beeinträchtigungen und nun eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörung gezeigt. Diesbezüglich sei anzumerken, dass sich bereits eine derartige Funktionsstörung (trotz der Bezeichnung «leicht bis mittelgradig») in aller Regel im Alltag und im Beruf in einer ganz erheblich einschränkenden Weise auswirke (stärker als in der künstlichen Untersuchungssituation). Dazu kämen deutliche Auffälligkeiten von Affekten und Verhalten, als Ausdruck der bereits 1994 beschriebenen, hirnorganischen Wesensveränderung. An stärksten einschränkend wirke sich eine stark erhöhte Erschöpfbarkeit aus, welche jeweils zu erheblichen Konzentrationsstörungen führe. Der Beschwerdeführerin sei es während etlicher Jahre gelungen, ihre ausgedehnte Hirnverletzung (bedingt durch die Operation) aussergewöhnlich gut zu kompensieren. Das dabei von ihr gezeigte, ausgesprochen hohe Ausmass an Willenskraft, Leistungs- und Leidens-Bereitschaft könne aus medizinischer Sicht keineswegs vorausgesetzt und erwartet werden. Zum Zeitpunkt der Erkrankung an dem bösartigen Hirntumor sei die Versicherte erst 22 Jahre alt gewesen, und mittlerweile sei sie 47-jährig. Es entspreche dem zu erwartenden Verlauf, dass sie mit zunehmenden Alter über weniger seelische Kraft verfüge, um die Auswirkungen ihrer grossräumigen Hirnläsionen zu kompensieren. Bereits vor dem zu beurteilenden Ereignis habe ihre Leistungsfähigkeit langsam abgenommen. Zum Zeitpunkt des Verkehrsunfalls sei sie zu 60 % erwerbstätig gewesen, und damit habe sie sich sehr wahrscheinlich an der oberen Grenze ihrer Belastbarkeit gefunden. Das bei dem Unfall erlittene Polytrauma und dessen Auswirkungen seien vielfältig und insgesamt schwer, unter anderem mit etlichen operativen Eingriffen. Dr. med. S.\_\_\_\_, Psychiater der Suva, habe die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10: F07.2) gestellt. Dies sei zu präzisieren. Die vorliegende psychiatrische Störung entspreche insgesamt einem inhibitorischen Frontalhirnsyndrom, welches auf der vor allem rechts frontalen, ausgedehnten Hirnverletzung aufgrund der Operation eines bösartigen Tumors im Jahr 1992 beruhe. Gemäss der ICD-10 sei dies als organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10:F07.0) zu klassifizieren. Dies entspreche dem Gesamtbild

deutlich besser als die Diagnose eines organischen Psychosyndroms, unter anderem wegen der Charakteristik der hier vorliegenden Auffälligkeiten von Affekten und Verhalten. Ein inhibitorisches Frontalhirnsyndrom gehe typischerweise mit einer Verminderung von Motivation, Antrieb und Willenskraft einher (im Gegensatz zur disinhibitorischen Form, bei welcher es zu Enthemmung und Antriebssteigerung komme). Zugleich sei anzumerken, dass die genaue diagnostische Zuteilung (ICD-10: F07.2 oder F07.0) grundsätzlich keine Auswirkungen auf die Beurteilung von Kausalität und Arbeitsfähigkeit habe. Sodann führte Dr. med. Y.\_\_\_\_ zur Beurteilung der Kausalität aus, das Polytrauma bei dem Suva-versicherten Verkehrsunfall am 13. Juni 2016 habe zwar überwiegend wahrscheinlich nicht zu einer erneuten Hirnverletzung geführt, aber dessen Auswirkungen hätten viel Kraft gekostet. Unter anderem sei die Beschwerdeführerin wegen der somatischen Folgen nur eingeschränkt fähig gewesen, intensiv Sport zu betreiben – wodurch sie sich während Jahren habe psychisch stabilisieren können. Auf der einen Seite wäre die berufliche Leistungsfähigkeit über Jahre hinweg auch ohne den Verkehrsunfall sehr wahrscheinlich weiterhin langsam gesunken, wie in den vorhergehenden Jahren. Allerdings sei aus medizinischer Sicht nicht einschätzbar, wie rasch dieser Prozess dann fortgeschritten wäre. 08/2009 sei die Versicherte letztmals zu 100 % arbeitstätig gewesen, und danach habe sie ihr Pensum schrittweise gesenkt. Zum Zeitpunkt des Verkehrsunfalls habe sie noch zu 60 % gearbeitet. Dabei sei in Anbetracht ihrer hohen Motivation und Leistungsbereitschaft davon auszugehen, dass sie ihre Restarbeitsfähigkeit jeweils in optimaler Weise ausgeschöpft habe. Auf der anderen Seite habe das Suva-versicherte Ereignis überwiegend wahrscheinlich zu einer deutlichen Beschleunigung dieses Prozesses geführt, weil es insgesamt viel Kraft geraubt habe, welche nun zu einer optimalen Kompensation der hirnorganisch bedingten Defizite fehle. Deshalb sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bestätigen, dass der Rückgang der Arbeitsfähigkeit von 60 % auf aktuell 30 % überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen, teilkasualen Zusammenhang stehe mit dem Verkehrsunfall vom 13. Juni 2016. Des Weiteren führte Dr. med. Y.\_\_\_\_ zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus, aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei die Versicherte grundsätzlich als ausgesprochen motiviert und leistungsbereit zu beurteilen. Allerdings bestehe aufgrund des inhibitorischen Frontalhirnsyndroms, welches sich seit dem bei der Suva-versicherten Verkehrsunfall wesentlich stärker manifestiere (siehe oben) eine stark erhöhte Ermüdbarkeit, welche jeweils recht rasch zu Erschöpfung und zu Konzentrationsstörungen führe. Deshalb befinde sie sich mit ihrer aktuellen Arbeitstätigkeit von 30 % trotz eines optimalen Umfelds am Arbeitsplatz überwiegend wahrscheinlich an der Grenze ihrer Belastbarkeit. Die Beschwerdeführerin selbst hoffe, dass sie Ihre berufliche Leistungsfähigkeit wieder erhöhen könne, wenn sie von den somatischen Unfallfolgen her wieder wie früher intensiv Sport treiben könne. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei dies allerdings wenig wahrscheinlich. Die ausgedehnte Hirnverletzung bestehe in einer definitiven Weise, und Kompensationsmöglichkeiten des Gehirns (durch Knüpfen neuer neuronaler Verbindungen) seien seit über zwanzig Jahren abgeschlossen. Dazu komme, dass der Verkehrsunfall bereits bald zwei Jahre zurückliege, was eine weitere, namhafte Verbesserung unwahrscheinlich mache. 4.13 Im Bericht vom 28. Mai 2018 betreffend die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 24. Mai 2018 (Suva-Nr. 289) führte med. pract. W.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt, aus, von chirurgischer Seite handle es sich aktuell um einen medizinisch stabilen Zustand und die heutige kreisärztliche Untersuchung könne aus somatischer Sicht als Abschlussuntersuchung angesehen werden. Von weiteren

Behandlungen sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des somatischen, unfallbedingten Gesundheitszustandes zu erwarten. Die beklagten Beschwerden seien unter Würdigung der klinischen, operativen und radiologischen Befunde medizinisch nur zum Teil erklärbar und die Beschwerdeintensität aus unfallchirurgischer Sicht nicht nachvollziehbar. Auch die von der Versicherten gezeigte leicht verminderte Kraftentwicklung bei fehlenden neurologischen und muskulären Defiziten sei medizinisch weder nachvollzieh- noch erklärbar. Ebenso seien die von der Versicherten geäußerten subjektiven thoracalen und abdominalen Beschwerden bei unauffälligen objektivierbaren klinischen, radiologischen und sonographischen Befunden medizinisch weder nachvollzieh- noch erklärbar. Aus neurologischer Sicht sei zu beurteilen, dass echtzeitlich keine intracraniellen Unfallfolgen festgestellt worden seien. Im Rahmen des Ereignisses vom 13. Juni 2016 habe sich die Versicherte eine Kopfhautverletzung im linken parietalen Bereich zugezogen. Die kernspintomographischen Residuen im Rahmen des MRI des Kopfes vom 1. Dezember 2017 seien am wahrscheinlichsten als Folge der 1992 durchgeführten Hirntumorexstirpation rechts zu werten. Somit lägen in Übereinstimmung mit der Anamnese keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen am Gehirn vor. Anfang Januar 2017 sei durch die neuropsychologische Untersuchung des R.\_\_\_\_ bei der Versicherten eine allgemein erhöhte Erschöpfbarkeit, bzw. reduzierte Belastbarkeit, ausgewiesen worden. Diese Befunde seien unspezifisch und angesichts der psychischen Komorbidität und des Vorzustandes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 13. Juni 2016 zurückzuführen. Zusammenfassend, rein aus somatischer Sicht und unter Berücksichtigung der objektiven klinischen, radiologischen und sonographischen Befunde, sollte in einer angepassten sehr leichten bis leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Es sei zu erwarten, dass unter Einhalten des Belastbarkeitsprofils aus somatischer Sicht eine ganztägige Arbeit als kaufmännische Leiterin wahrnehmbar sei.

4.14 Mit Schreiben vom 18. Oktober 2018 (Suva-Nr. 327, S. 2) führte Dr. med. Z.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, aus, im Zusammenhang mit den gesundheitlichen Folgen des Verkehrsunfalls von 2016 bestünden immer noch erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen. Diese bezögen sich einerseits klar und messbar auf körperliche/orthopädische Themen, aber auch im Bereich der allgemeinen Belastbarkeit seien bis zum heutigen Tag deutliche Defizite vorhanden. Bisher habe die Beschwerdeführerin einer 30%igen Beschäftigung nachgehen können und mit dem bisherigen Arbeitgeber sei auch eine Steigerung auf ca. 60 % in Verhandlung. Leider habe dieser Plan nicht weiter konkretisiert werden können, weil geschäftsintern die entsprechenden Möglichkeiten nicht (mehr) vorhanden gewesen seien. Bereits die bisherige 30%ige Beschäftigung sei nur umsetzbar gewesen, weil der Beschwerdeführerin eine sehr grosszügige und individuelle Gestaltung der Arbeitszeit zugestanden worden seien. Es sei nämlich so, dass sich die allgemeine Belastbarkeit sehr unberechenbar und vor allem sehr schnell ändere und daher die Flexibilität der Anwesenheit unbedingt notwendig gewesen sei. Die in Aussicht gestellte 60%ige Beschäftigung hätte ebenfalls nur unter dieser Prämisse umgesetzt werden können. Zum jetzigen Zeitpunkt und wahrscheinlich bis auf weiteres müsse aus medizinischen Gründen festgehalten werden, dass die Verdoppelung des Arbeitspensums an jeder anderen Arbeitsstelle sehr unrealistisch sei.

4.15 Im Bericht betreffend MRI LWS nativ und MRI Gehirn inkl. Schädelkalotte vom 21. Dezember 2018 (Suva-Nr. 358) wurde zur Beurteilung festgehalten: - Status nach Entfernung einer dorsal instrumentierten Spondylodese BWK 11,12 und LWK 2. - Ältere

Deckplattenimpressionsfrakturen LWK 1,2 und 5. - Kein Hinweis auf eine frische Fraktur. - Geringe degenerative Veränderungen mit Spondylose in den unteren LWS ohne Spinalkanalstenose oder foraminale Stenose. - Status nach Kraniotomie und Tumorresektion frontal rechts mit entsprechenden postoperativen narbigen Veränderungen ohne Hinweis auf ein Rezidiv soweit nativ beurteilbar. Keine neu aufgetretene suspekta Läsion. - Blutabbauprodukte betont rechts bei St. n. Schädel-Hirn-Trauma. 4.16 In dem von der IV-Stelle des Kantons Solothurn veranlassten AA.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Februar 2019 (Suva-Nr. 357; Fachrichtungen: Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädie) wurden folgende Diagnosen gestellt: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), möglicherweise rezidivierender depressiver Verlauf · Zustand nach operativ behandelter LWK-1/2- und konservativ behandelter LWK-5-Fraktur · Zustand nach dorsalem Fixateur intern-Spondylodese BWK11 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: · Schmerzmittelfehlgebrauch · 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 Arbeit eine Einschränkung. 4.17 Im Bericht von Dr. med. AB.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 25. Juli 2019 (Suva-Nr. 353, S. 2) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Progrediente, mittelgradig ausgeprägte posttraumatische Retropatellararthrose bei - Status nach Frontalkollision am 13. Juni 2016 mit Patella-Fraktur und Mitbeteiligung Patellarsehne/Quadrizeps-Muskel Knie rechts - Status nach Osteosynthese mittels Cerclage - Status nach Metallentfernung 11/2016 Befund Knie rechts: Die Beschwerdeführerin zeige ein angedeutetes Verkürzungshinken. Unveränderte muskuläre Hypotrophie der beuge- und streckseitigen Muskulatur, weiterbestehende leichte Kapselschwellung ohne Ergussbildung, keine Entzündungszeichen. Unveränderte längsverlaufende und verbreiterte Narbe. Beweglichkeit: Extension/Flexion 0/0/140° identisch zur Voruntersuchung. Stabile Seitenbandführung in Streckung als auch in Flexionsposition, unveränderter sicherer Anschlag am VKB und HKB bei unauffälligen Meniskuszeichen innen- wie aussenseitig. Persistierendes mittelgradiges retropatellares Krepitieren bei ebensolchen Anpressdruck und Verschiebeschmerz und positivem Zohlen-Zeichen. Keine femoropatellare Instabilität. Bei klinischem Augenmerk im Seitenvergleich deutlich tiefer stehender Patella im Sinn einer klinischen Patella baja. Verlaufs-MRT Knie rechts vom 14. Juni 2019 (AC.\_\_\_\_): Bei der eigenen Durchsicht zeige sich die Knorpelschädigung an der medialen Zone der Patella

im Sinne einer CM Grad IIIc nach ICRS-Kriterien. Im Vergleich zu dem Seitbild im Röntgen vom vergangenen Jahr quasi unveränderte Stellung der Patella mit einem Insall-Salvati Index von 0.71, was formal den Kriterien nach dieser Bewertung für eine Patella baja entspreche. Prozedere: Insbesondere im MRT zeigten sich auch durch die zystischen Veränderungen ein Fortschreiten im Bereich der Knorpelknochengrenze im Sinne einer posttraumatischen Schädigung. Bei der aktuellen Beschwerdesituation rate er, Dr. med. AB.\_\_\_\_, der Beschwerdeführerin aber zum Fortführen einer konservativen Therapie. Seines Erachtens sollte dieses Vorgehen solange als möglich durchgeführt werden unter Ausschöpfung sämtlicher Optionen. Eines Tages werde eventuell der gezielte Patella-Rückflächenersatz notwendig werden. 4.18 Mit Bericht vom 6. Januar 2020 (Suva-Nr. 379, S. 2) führte Dr. med. AB.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, aus, im Rahmen der Konsultation schildere die Beschwerdeführerin, dass sie im Moment mit 1200 mg Irfen und einem Generikum von Zaldiar zur Nacht zurechtkomme. Die Beweglichkeit im Kniegelenk sei nach wie vor recht ordentlich, gestört sei sie durch die schmerzhaften Einschränkungen und das gesamthaft wechselhafte Beschwerdebild. Prozedere: In einem Gespräch seien jedwede möglichen Massnahmen sei es konservativ, arthroskopisch oder bereits durch einen Teil-Oberflächenersatz des femoropatellaren Gleittraumes besprochen worden. Insbesondere seien die Komplikationsmöglichkeiten und die zu erwartenden Erfolgsaussichten offen dargelegt worden. Es müsse festgehalten werden, dass auch ein isolierter Patella-Rückflächenersatz primär der Beschwerdelinderung diene, sportliche Ambitionen wie beispielsweise Joggen oder Impact-Sportarten wie Squash, Tennis, etc. seien auch nach einer solchen Operation, wenngleich erfolgreich, nicht mehr empfehlenswert. Freizeitsportarten wie Nordic-Walking, Schwimmen, Velofahren, etc. seien selbstverständlich möglich. Es wäre jedoch ein invasives Vorgehen mit einer Rehabilitation von rund drei Monaten postoperativ. Schlussendlich sei man so verblieben, dass die Beschwerdeführerin im Moment den weiteren Verlauf beobachte. Sie dürfe sich gerne jederzeit melden. Man könne zu einem solchen Zeitpunkt die Intervention nochmals aufgreifen und erneut besprechen. 4.19 Im Bericht der AD.\_\_\_\_, [...], vom 13. Januar 2020 (Suva-Nr. 380) wurde ausgeführt, als Hauptproblem lasse sich am ehesten die traumatisch entstandene Patella baja identifizieren. Die MRI-Untersuchung dokumentiere patellofemorale noch zufriedenstellende Knorpelverhältnisse, sodass ein endoprothetischer Gelenkersatz bei der Beschwerdeführerin mit Sicherheit nicht angezeigt sei. Als Lösungsvorschlag könne eine operative Verlagerung der Tuberositas tibiae, gegebenenfalls kombiniert mit einer Patellasehnen-Verlängerungsplastik diskutiert werden. Die Beschwerdeführerin wolle sich diesbezüglich noch besprechen. Sofern von Ihrer Seite aus ein Wunsch nach operativem Vorgehen bestehe, könne sie sich wieder melden. 4.20 In seiner ärztlichen Beurteilung vom 28. Februar 2020 (Suva-Nr. 390) hielt Dr. med. AE.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, Kreisarzt, fest, die geklagten belastungsabhängigen Beschwerden am Kniegelenk rechts seien auf das Unfallereignis von 2016 zurückzuführen. Es bestehe eine deutliche Patella baja mit unregelmässiger Knochentextur im Bereich des Patellaoberpols. Retropatellär finde sich nach Patellafraktur eine fissurale Veränderung bei chondropathischer Veränderung Grad I - II. Der Knorpel an der Trochlea sei intakt, jedoch höhengemindert. Seit dem Behandlungsabschluss vom 24. Mai 2018 bzw. 19. September 2018 sei unfallbedingt keine objektivierbare Verschlimmerung eingetreten, insbesondere keine, welche auf die beurteilte Arbeitsfähigkeit in angestammter Bürotätigkeit einen Einfluss nehmen könnte. Anlässlich der Konsultation in der AD.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2020 sei eine flüssiges und hinkfreies Gangbild ohne erkennbare Rotationsabweichung der

unteren Extremität befundet. Reizlose Narbenverhältnisse. Volle Extension sowie problemlose Flexion bis 140°. Bandapparat stabil, keine relevanten Druckdolenzen. Kein patellofemorales Krepitieren. Kein Apprehension-Zeichen, Patella-Anpressschmerz negativ. Es habe sich lediglich eine diskrete Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur gezeigt. Als möglicher Lösungsvorschlag für die von der Versicherten geklagten Beschwerdesymptomatik sei eine operative Verlagerung der Tuberositas tibiae, gegebenenfalls kombiniert mit einer Patellasehnenverlängerungsplastik diskutiert worden. Für diesen Eingriff bestehe eine relative Indikation mit fraglichem Verbesserungspotential bezüglich der subjektiven Beschwerdesymptomatik. Auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit hätte dieser Eingriff keinerlei Einfluss, insbesondere nicht im Sinne einer möglichen Verbesserung.

4.21 Im neuropsychologischen Privatgutachten vom 27. April 2020 (Suva-Nr. 403) diagnostizierte Dr. phil. AF.\_\_\_\_ 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. AF.\_\_\_\_ 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. AF.\_\_\_\_ 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.

4.22 Im Bericht der AD.\_\_\_\_, [...], vom 10. Dezember 2020 (Suva-Nr. 415) wurde ausgeführt, insgesamt bestünden nahezu unveränderte ubiquitäre Knieschmerzen rechts, wobei zu erwähnen sei, dass in der Physiotherapie aus Zeitgründen lediglich eine Ultraschall- und Elektrotherapie stattgefunden habe und bisher kein entsprechender Muskelaufbau. Es sei mit der Beschwerdeführerin erneut ausführlich darüber gesprochen worden, dass aufgrund der Vorgeschichte und bereits langjährigen Knieproblematik ein spezifischer Muskelaufbau der knie- und patellazentrierenden

Muskulatur wichtig sei. Eine erneute Verordnung für die Physiotherapie mit entsprechenden Empfehlungen sei abgegeben worden. Geplant sei eine klinische Verlaufskontrolle in zwei Monaten. 4.23 Mit Stellungnahme vom 19. August 2021 (B [Beilage der Beschwerdeführerin] 6) hielt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, fest, die Frage, ob die von der Beschwerdeführerin geschilderten neuropsychiatrischen Beschwerden auf eine strukturelle Schädigung des Hirns zurückgeführt werden könnten und diejenige nach der natürlichen Kausalität des aktuellen Gesundheitszustandes in Bezug auf den Unfall vom 13. Juni 2016 könne er aufgrund der ihm vorliegenden Unterlagen und Befunde nicht abschliessend beantworten. Eindeutig sei jedoch, dass auch das polydisziplinäre Gutachten vom 19. Februar 2019 diese Fragen nicht beantworten könne. Die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer neuropsychologischen Untersuchung bei einer Person, der aufgrund der Behandlung eines Hirntumors ein grosser Teil des rechten Frontallappens fehle, ein pathologischer Befund gefunden werde, sei aber äusserst hoch. Vor diesem Hintergrund sei es überraschend, dass im neuropsychologischen Teilgutachten eine Einschränkung verneint werde. Der neuropsychologische Gutachter habe nicht sachgerechte Testverfahren angewendet, indem er in seinem Testverfahren ohne Begründung von den einschlägigen Leitlinien abgewichen sei. Aus den unvollständig erhobenen Befunden habe er zudem Schlussfolgerungen gezogen, die einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhielten. Die gutachterliche neuropsychologische Untersuchung könne deshalb nicht als Grundlage für eine umfassende medizinische Beurteilung dienen. Auch die neurologische gutachterliche Beurteilung sei offensichtlich fehlerhaft. Sie enthalte sowohl formelle als auch inhaltliche Fehler. Inhaltlich sei die Beurteilung offensichtlich unvollständig, weil sie die äusserst wichtige Frage des Vorliegens einer traumatischen Hirnverletzung trotz den Angaben der Beschwerdeführerin komplett ausblende. Sodann zeige das im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung veranlasste MRI einen auffälligen Befund. An zwei Lokalisationen, die ebenfalls in der rechten Grosshirnhälfte lägen, aber mehrere Zentimeter von den durch die Tumoroperation bedingten Veränderungen entfernt seien, fänden sich ebenfalls Läsionen. Eine davon liege an der Grenze zwischen Hirnrinde und -mark an der Schädel-Basis des Frontalhirns. Es handle sich um eine Lokalisation, an der nur selten sogenannte unspezifische Veränderungen zu sehen seien, die aber eine typische Prädilektionsstelle für traumatisch bedingte Hirnläsionen sei. Bei der anderen Läsion handle es sich um eine Blutung im Hirngewebe mit deutlicher Distanz zum Operations- und Bestrahlungsgebiet. Diese beiden Läsionen liessen sich nicht gut mit den durch den Hirntumor und dessen Behandlung entstehenden Veränderungen in Übereinstimmung bringen lassen. Es sei deshalb nachvollziehbar, wenn der durchführende Neuroradiologe diese beiden Läsionen (eine vom Operationsgebiet deutlich räumlich entfernte Hirnblutung und eine Läsion an einer Prädilektionsstelle für traumatische Hirnverletzungen) als «Blutabbauprodukte bei Status nach Schädel-Hirn-Trauma» beschrieben habe. Mit diesem Befund wäre es im Rahmen eines Gutachtens nun angezeigt gewesen zu überprüfen, ob es sich bei diesen Blutabbauprodukten tatsächlich um Folgen einer traumatischen Hirnverletzung handle. Der Gutachter habe aber weitere Untersuchungen unterlassen, ohne dies zu kommentieren. Dies habe er, Dr. med. B.\_\_\_\_ nun nachgeholt. Das Röntgeninstitut AC.\_\_\_\_ habe ihm die Bilder von 2017 liefern können. Die Bilder der Untersuchung 2014 seien bei der Z.\_\_\_\_ offenbar nicht mehr archiviert. Der Radiologe, der die Untersuchung 2017 durchgeführt habe, habe damals die Bilder von 2014 noch zur Einsicht gehabt und die beiden Untersuchungen verglichen. Er sei zum Schluss gekommen, dass der Befund 2017 und 2014 identisch

gewesen sei. Der persönliche Vergleich habe nun bestätigt, dass auch die Bilder 2017 und 2018 identisch seien. Somit zeige sich, dass die oben ausführlich diskutierten ungewöhnlichen Läsionen bereits 2014 an gleicher Stelle und in gleicher Art vorhanden gewesen seien. Es handle sich somit nicht um Folgen des Unfalls von 2016. Der Unfall von 2016 habe nicht zu neuen Veränderungen im Schädel-MRI geführt. Der entscheidende Punkt sei aber nun ein anderer: Der neurologische Gutachter habe im Gutachten wörtlich den Befund des Radiologen zitiert (Untersuchung von 2018). Er habe den Satz «Blutabbauprodukte bei Status nach Schädel-Hirn-Trauma» aber einfach weggelassen, ohne dies zu kommentieren. Damit habe der neurologische Gutachter einen wesentlichen Befund aktiv unterdrückt. Wenn dies in einem Punkt nun nachgewiesen sei, könne dem ganzen übrigen neurologischen Gutachten nicht mehr vertraut werden. 4.24 Mit Bericht vom 7. September 2021 (B 7) führte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, aus, nach Erstellung seines Berichts vom 19. August 2021 hätten zwischenzeitlich doch noch die Originalbilder des Schädel-MRI vom 15. April 2014 organisiert werden können. Es zeige sich, dass die fokalen Läsionen (an der Mark-Rinden-Grenze frontobasal rechts, im temporalen Operculum rechts) in der Tat bereits 2014 vorhanden gewesen seien. Es handle sich also nicht um unfallbedingte Läsionen. Auffällig sei hingegen, dass zwischen 2014 und 2017 ein Verlust an Hirnvolumen aufgetreten sei. Zwischen 2017 und 2018 hingegen sei das Hirnvolumen stabil. Weil die Bilder nicht ganz genau gleich geschnitten seien, sei die Messung nicht auf Zehntelsmillimeter genau. Es sei aber doch eindeutig, dass der mit Wasser gefüllte Raum zwischen 2014 und 2017 relevant viel, nämlich ungefähr 3 mm in einer Raumebene, grösser geworden sei. Das sei darauf zurückzuführen, dass das Hirn um das gleiche Ausmass kleiner geworden sei. Eine solche Schrumpfung/Atrophie des Hirns in lediglich drei Jahren sei eindeutig mehr, als dies dem natürlichen Alterungsvorgang entsprechen würde. Als Ursache des Verlusts komme in erster Linie eine diffuse axonale Schädigung infrage (Synonyme: diffuse axonal injury/DAI, shearing injuries, Scherverletzungen). Wenn es bei einem Unfall zu einer genügend abrupten Krafteinwirkung auf das Hirn komme (in der Regel bei Unfallmechanismen mit hoher kinetischer Energie, beispielsweise Autounfälle), könne es zu einer ZerreiSSung der Nervenaxone am Übergang zwischen Hirnrinde und Hirnmark kommen. Diese diffus verteilten, mikroskopisch kleinen, aber in der Regel äusserst zahlreichen Verletzungen seien bekanntermassen radiologisch sehr schwer fassbar. Dies gelte insbesondere für die nicht eingekbluteten (nicht hämorrhagischen) Formen. Die beste Chance, solche Verletzungen direkt nachzuweisen, habe man in einem MRI einige Tage bis wenige Wochen nach dem Unfall. In dieser Zeit werde aber kaum je ein MRI durchgeführt. Auch bei der Versicherten sei eine Bildgebung beim Unfall nur in der Akutphase (mittels CT) und in der chronischen Phase (mittels MRI) erfolgt – also zu Zeitpunkten, an denen Scherverletzungen radiologisch oft nicht nachweisbar seien, auch wenn sie in Wirklichkeit vorhanden seien. Durch die Scherverletzung werde das Nervenaxon vom Zellkern getrennt. Da die gesamte Nährstoffversorgung vom Kern komme, führe die Scherverletzung dazu, dass das Axon im Verlauf absterbe. Wenn genügend viele Axone absterben würden, führe dies zu einem messbaren Verlust an Hirnvolumen; genau dies sei bei der Beschwerdeführerin die wahrscheinlichste Ursache des zwischen 2014 und 2017 eingetretenen Verlusts an Hirnvolumen. Insgesamt zeige der differenzierte Vergleich der Bilder also, dass zwischen 2014 und 2017 ein relevanter Verlust an Hirnvolumen aufgetreten sei. Mit Abstand wahrscheinlichste Ursache dieses Verlusts (der sich zwischen 2017 und 2018 nicht fortgesetzt habe) sei eine diffuse axonale Verletzung anlässlich des

Unfalls 2016. Aufgrund der Bildanalyse müsse somit festgestellt werden, dass der Unfall 2016 überwiegend wahrscheinlich zu einer strukturellen Schädigung des Hirns geführt habe. Die nach dem Unfall durch Dr. AF.\_\_\_\_ lege artis erhobenen neuropsychologischen Befunde dokumentierten zudem eine Verschlechterung mehrerer kognitiver Funktionsbereiche im Vergleich zur Zeit vor dem Unfall. Dies führe zur Schlussfolgerung, dass der Unfall respektive die dabei überwiegend wahrscheinlich aufgetretene strukturelle Schädigung des Hirns zu einer anhaltenden kognitiven Verschlechterung geführt habe.

5. Vorweg ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin vorliegend zu Recht davon ausgegangen ist, bei der Beschwerdeführerin sei aus gesundheitlicher Sicht der Endzustand erreicht und sie gestützt darauf zu Recht per 31. Oktober 2018 den Fallabschluss vorgenommen hat.

5.1 Laut Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Rechtsprechungsgemäss folgt aus dieser Bestimmung, dass dann, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten ist, der sogenannte «Fallabschluss» vorzunehmen ist: Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen sind einzustellen und es ist der Anspruch der versicherten Person auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu prüfen (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich 2012, S. 143, mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten (im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG) zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Da die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, bestimmt sich dies namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt. Der Begriff «namhaft» verdeutlicht, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Ist eine versicherte Person wieder in der Lage, in ihrer angestammten Tätigkeit vollzeitlich erwerbstätig zu sein, ist eine weitere erhebliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr möglich. Deshalb ist der Fall in dieser Konstellation abzuschliessen, selbst wenn die Befindlichkeit der versicherten Person durch die Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch verbessert werden könnte (vgl. Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 143, mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C\_432/2009 vom 2. November 2009 E. 5.1). Sodann muss eine namhafte Besserung nicht nur möglich, sondern überwiegend wahrscheinlich sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_346/2010 vom 21. Juli 2010 E. 2.2). Des Weiteren gilt, dass der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht auf Grund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 4.2 mit Hinweisen).

5.2 Die Beschwerdeführerin macht in diesem Zusammenhang im Wesentlichen geltend, der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht, da gemäss Bericht von Dr. AB.\_\_\_\_ vom 19. November 2018 ein nicht austherapierter Zustand im Zusammenhang mit dem Knie bestehe. So habe Dr. med. AB.\_\_\_\_ eine Kapselschwellung und eine deutliche muskuläre Hypotrophie der Muskulatur erhoben. Er habe externe physikalische Massnahmen, Einlagenversorgung, Schuhzurichtung, Infiltrationsbehandlungen sowie Physiotherapie und im schlimmsten Falle auch ein Patellofemoral-Ersatz empfohlen. Die Knieproblematik dauere noch immer an, habe sich

zwischenzeitlich sogar noch verschlechtert. Besagte Problematik sei aber noch immer dem Grundfall zuzuordnen und nicht einem Rückfall, wie dies die Beschwerdegegnerin behauptet habe. Dem ist entgegenzuhalten, dass von keinem behandelnden Arzt der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird, dass die vorgenannten und allfälligen weiteren Behandlungen eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten – was, wie vorstehend unter E. II. 6.1 hiervor ausgeführt, bei der Beurteilung der Möglichkeit einer namhaften Besserung relevant ist. Zudem hat Dr. med. AB.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin im Bericht vom 25. Juli 2019 im Wesentlichen zum Fortführen einer konservativen Therapie geraten und mit Bericht vom 6. Januar 2020 festgehalten, dass auch ein isolierter Patella-Rückflächenersatz primär der Beschwerdelinderung diene. Sodann wurde im Bericht der AD.\_\_\_\_, [...], vom 13. Januar 2020 ausgeführt, die MRI-Untersuchung dokumentiere patellofemorale noch zufriedenstellende Knorpelverhältnisse, sodass ein endoprothetischer Gelenkersatz bei der Beschwerdeführerin mit Sicherheit nicht angezeigt sei. Als Lösungsvorschlag könne eine operative Verlagerung der Tuberositas tibiae, gegebenenfalls kombiniert mit einer Patellasehnen-Verlängerungsplastik diskutiert werden. Die Beschwerdeführerin wolle sich diesbezüglich noch besprechen. Sofern von Ihrer Seite aus ein Wunsch nach einem operativen Vorgehen bestehe, könne sie sich wieder melden. Im Bericht der AD.\_\_\_\_, [...], vom 10. Dezember 2020 wurde eine operative Therapie dann jedoch nicht mehr diskutiert. Eine medizinische Notwendigkeit zur Durchführung einer solchen Behandlung ist damit nicht gegeben, zumal eine namhafte Besserung mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht nur möglich, sondern überwiegend wahrscheinlich sein müsste, was vorliegend ebenfalls nicht erstellt ist. Im Übrigen kann auch bezüglich der anderen anlässlich des Unfalls vom 13. Juni 2016 erlittenen Verletzungen von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden, was denn auch von der Beschwerdeführerin nicht in Abrede gestellt wird. Diesbezüglich kann auf die überzeugenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin in ihren Rechtsschriften verwiesen werden (s. S. 14 ff. hiervor). Zusammenfassend erscheint demnach eine relevante Verbesserung im Sinne einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich. Somit ist es nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss vorgenommen und den Anspruch auf weitere Taggeldleistungen sowie auf weitere Kostenübernahme von Heilbehandlungen verneint hat. 6. Sodann ist zu prüfen, ob die noch geklagten Beschwerden auf das Unfallereignis vom 13. Juni 2016 zurückzuführen sind. In somatischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf den Bericht vom 28. Mai 2018 betreffend die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 24. Mai 2018 (Suva-Nr. 289) von med. pract. W.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Umstritten ist unter anderem, ob strukturell objektivierbare Unfallfolgen am Gehirn vorliegen. In diesem Zusammenhang macht die Beschwerdeführerin geltend, im MRI des AG.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2018 sei unter anderem der Befund «Blutabbauprodukte betont rechts bei St. n. Schädel-Hirn-Trauma» erhoben worden. Nach Massgabe von besagtem MRI sei ein Teil der Hirnschädigung entgegen der falschen Ansicht des Kreisarztes sowie der Beschwerdegegnerin sehr wohl auf das Unfallereignis zurückzuführen und es sei vom Bestehen struktureller Läsionen unfallbedingt auszugehen. Diesbezüglich geht aus den von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Neurologie, vom 19. August 2021 und 7. September 2021 (B 6 und 7; vgl. E. II. 5.23 und 5.24 hiervor) hervor, dass gemäss den Originalbildern des Schädel-MRI vom 15. April 2014 die fokalen Läsionen (an der

Mark-Rinden-Grenze frontobasal rechts, im temporalen Operculum rechts) bereits 2014 vorhanden gewesen seien. Damit könne es sich auch bei den Blutabbauprodukten – nicht um unfallbedingte Läsionen handeln. Des Weiteren stellt sich Dr. med. B.\_\_\_\_ aber auf den Standpunkt, auffällig sei aufgrund der vorliegenden MRI-Bilder hingegen, dass zwischen 2014 und 2017 ein Verlust an Hirnvolumen bzw. eine Hirnatrophie aufgetreten sei. Wenn es bei einem Unfall zu einer genügend abrupten Krafteinwirkung auf das Hirn komme (in der Regel bei Unfallmechanismen mit hoher kinetischer Energie, beispielsweise Autounfälle), könne es zu einer ZerreiSSung der Nervenaxone am Übergang zwischen Hirnrinde und Hirnmark kommen. Diese diffus verteilten, mikroskopisch kleinen, aber in der Regel äusserst zahlreichen Verletzungen seien bekanntermassen radiologisch sehr schwer fassbar. Mit Abstand wahrscheinlichste Ursache dieses Verlusts (der sich zwischen 2017 und 2018 nicht fortgesetzt habe) sei eine diffuse axonale Verletzung anlässlich des Unfalls 2016. Die nach dem Unfall durch Dr. med. AF.\_\_\_\_ lege artis erhobenen neuropsychologischen Befunde dokumentierten zudem eine Verschlechterung mehrerer kognitiver Funktionsbereiche im Vergleich zur Zeit vor dem Unfall. Dies führe zur Schlussfolgerung, dass der Unfall, respektive die dabei überwiegend wahrscheinlich aufgetretene strukturelle Schädigung des Hirns, zu einer anhaltenden kognitiven Verschlechterung geführt habe. Der Beurteilung von Dr. med. B.\_\_\_\_ hielt der Kreisarzt med. pract. W.\_\_\_\_ entgegen, aus neurologischer Sicht sei zu beurteilen, dass echtzeitlich keine intracraniellen Unfallfolgen festgestellt worden seien. Im Rahmen des Ereignisses vom 13. Juni 2016 habe sich die Versicherte eine Kopfhautverletzung im linken parietalen Bereich zugezogen. Die kernspintomographischen Residuen im Rahmen des MRI des Kopfes vom 1. Dezember 2017 seien am wahrscheinlichsten als Folge der 1992 durchgeführten Hirntumorexstirpation rechts zu werten. Somit lägen in Übereinstimmung mit der Anamnese keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen am Gehirn vor. Wie die Beschwerdeführerin diesbezüglich aber zu Recht vorbringt, hat med. pract. W.\_\_\_\_ noch mit Bericht vom 10. Januar 2018 festgehalten, es bedürfe einer fachneurologischen Untersuchung. Später habe er dann die Defizite als unfallfremd qualifiziert. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Neurologen Dr. med. X.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 18. Januar 2018 (Suva-Nr. 248) gebeten hat, die Beschwerdeführerin zur neurologische Beurteilung einzuladen und folgende Fragen zu beantworten: «Spielen im aktuellen Beschwerdebild der Versicherten die Unfallfolgen des Ereignisses vom 13. Juni 2016 noch eine Rolle und falls ja, ist unter einer weiteren Therapie mit einer namhaften Besserung zu rechnen?». Wie sodann aus der Aktennotiz vom 23. Februar 2018 (Suva-Nr. 258) ersichtlich, hat ein Telefongespräch zwischen med. pract. W.\_\_\_\_ und Dr. med. X.\_\_\_\_ stattgefunden, worin Dr. med. X.\_\_\_\_ mitgeteilt habe, er könne zur Frage gemäss Schreiben vom 18. Januar 2018 nicht genug ausführlich Stellung nehmen. Sie seien verblieben, dass die Untersuchung nicht stattfinden werde. Der Verzicht auf weitere neurologische Abklärungen ist angesichts der vorliegenden Aktenlage aber nicht nachvollziehbar, zumal med. pract. W.\_\_\_\_ solche eben als notwendig erachtet hat. Stattdessen stützt sich med. pract. W.\_\_\_\_ auf die Aktenbeurteilung des Neurologen Dr. med. U.\_\_\_\_, Suva-Versicherungsmedizin, vom 15. Dezember 2017 (Suva-Nr. 225; E. II.

## **E. 18**

September 2023). Bei dieser Ausgangslage kann nicht auf die versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden, sondern es bedarf vielmehr eines externen medizinischen Gutachtens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3).

7. Sodann bringt die Beschwerdeführerin diverse Rügen gegen das von der IV-Stelle

veranlasste AA.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Februar 2019 vor und macht unter anderem geltend, Dr. med. Y.\_\_\_\_ 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 W.\_\_\_\_-Gutachten keinen Beweiswert. Zwar stellt die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid nicht auf das AA.\_\_\_\_-Gutachten ab, dieses ist aber dennoch in den vorliegenden UV-Akten enthalten (s. E. II. 4.16 hiervor), weshalb es bei der vorliegenden Beurteilung nicht ausser Acht gelassen werden kann. Somit ist vorab der vorgehende Einwand der Beschwerdeführerin zu prüfen, bevor allenfalls auf die weiteren Rügen der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten eingegangen wird.

7.1 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 Facharzttiteln 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.). Einwendungen nach Treu und Glauben sind möglichst bald zu erheben, damit diese bereits im Vorfeld der Begutachtung geklärt werden können. Im parallel laufenden IV-Verfahren kann der Beschwerdeführerin aber nicht vorgeworfen werden, sie habe mit dem Einwand gegen Dr. med. Y.\_\_\_\_, 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. Y.\_\_\_\_ 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. Y.\_\_\_\_ kann daher nicht einfach aus formellen Gründen verworfen werden (s. dazu Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2019.229 vom 19. Februar 2021 E. II. 3.1).

7.2 7.2.1 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. Y.\_\_\_\_ 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. AH.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2020 genommen, welche in den vorliegend beigezogenen IV-Akten ebenfalls enthalten ist (s. IV-Nr. 98, S. 14). «(...) Gemäss den von Dr. med. Y.\_\_\_\_ 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. Y.\_\_\_\_ 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 fünf 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. Y.\_\_\_\_ 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. AH.\_\_\_\_ 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. Y.\_\_\_\_ 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. Y.\_\_\_\_ 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. Y.\_\_\_\_ absolvierten Ausbildung zum Arzt und Psychiater mit den durch Dr. phil. AH.\_\_\_\_ genannten Elementen der spezifischen Ausbildung zum Neuropsychologen, wird deutlich, dass eine erhebliche Differenz besteht. Die von Dr. med. Y.\_\_\_\_ 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. Y.\_\_\_\_ 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. Y.\_\_\_\_ 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).» 7.2.2 Dr. med. Y.\_\_\_\_ 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. Y.\_\_\_\_ 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). 7.3 Sodann ist nachfolgend zu

prüfen, ob an Stelle des neuropsychologischen Teilgutachtens von Dr. med. Y.\_\_\_\_ das von der Beschwerdeführerin veranlasste neuropsychologische Privatgutachten von Dr. phil. AF.\_\_\_\_ vom 27. April 2020 (IV-Nr. 93, S. 6) als Beweisgrundlage dienen kann. Dr. phil. AF.\_\_\_\_ 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. AF.\_\_\_\_ 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. AF.\_\_\_\_ 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. AF.\_\_\_\_ als grundsätzlich nachvollziehbar und eingehend begründet erscheint, kann dennoch nicht alleine auf dieses abgestellt werden. Dr. phil. AF.\_\_\_\_ wurde vom Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. AI.\_\_\_\_, mit Schreiben vom 27. Dezember 2019 mit der Begutachtung beauftragt (s. S. 2 des neuropsychologischen Gutachtens von Dr. phil. AF.\_\_\_\_). 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 I 482/06 vom 18. Dezember 2006 E. 3.3; BGE 125 V 353 E. 3b/cc) – davon ausgegangen werden, dass Dr. phil. AF.\_\_\_\_ eher zu Gunsten der Beschwerdeführerin aussagt. 7.4 Nachdem somit weder auf das Privatgutachten von Dr. phil. AF.\_\_\_\_ vom 27. April 2020 noch auf das neuropsychologische Teilgutachten von Dr. med. Y.\_\_\_\_ abgestellt werden kann, bedarf es im parallel laufenden IV-Verfahren einer erneuten neuropsychologischen Begutachtung durch eine Gutachterperson mit der erforderlichen Fachkompetenz. Dies hat jedoch auch

Auswirkungen auf die übrigen Teile des polydisziplinären W.\_\_\_\_-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. AJ.\_\_\_\_ 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 vorliegend durchaus relevant, da in verschiedenen Arztberichten kognitive Defizite attestiert wurden. 7.5 Nachdem somit auf das AA.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Februar 2019, welches für die IV-Stelle die Entscheidungsgrundlage im parallel laufenden IV-Verfahren darstellte, nicht mehr abgestellt werden kann, kommt das Versicherungsgericht nicht umhin, im dortigen Verfahren ein neues polydisziplinäres Gerichtsgutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie, Orthopädie zu veranlassen. Da zudem, wie in E. II. 6. hiavor festgehalten, auch nicht auf die kreisärztlichen Beurteilungen abgestellt werden kann und diesbezügliche ebenfalls weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen sind, wird das polydisziplinäre Gerichtsgutachten zur Sicherstellung einer einheitlichen medizinischen Entscheidungsgrundlage sowohl im vorliegenden UV-Verfahren als auch im parallel laufenden IV-Verfahren VSBES.2021.32 gemeinsam veranlasst. Da ohnehin ein gänzlich neues Gutachten eingeholt werden muss, erübrigt es sich, auf die sonstigen Einwände der Beschwerdeführerin gegen das vorliegende W.\_\_\_\_-Gutachten einzugehen. 8. Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. C.\_\_\_\_ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH), Dr. med. D.\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie FMH), Dr. med. E.\_\_\_\_ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), Dr. med. F.\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und lic. phil. G.\_\_\_\_ (Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP), alle von der H.\_\_\_\_, 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: 8.1 Im orthopädischen Teilgutachten der H.\_\_\_\_ (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 kauernde 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. AK.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie AD.\_\_\_\_, 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. Ergänzend führt der Gutachter zur Unfallkausalität der gestellten Diagnosen aus, die Patellaquerfraktur rechts und die daraus resultierende Patella baja bei Insuffizienz der muskulären Führung / Quadriceps-Insuffizienz und sich entwickelnder Retropatellararthrose rechts seien unfallkausal. Es bestehe ein St.n. LWK-1, LWK2- und LWK-5-Fraktur. Diese seien nach Spondylodese (OSME nach einem Jahr) aber sehr gut konsolidiert. Es bestehe ein leichter Patellatiefstand im Rahmen einer insuffizienten muskulären Führung durch den M. quadriceps. Unter Quadriceps-Anspannung komme es zu einer Verlagerung der Patella nach lateral. 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. Die Rückenbelastbarkeit sei hingegen ordentlich, wenngleich weiterhin leicht vermindert. Es sei kein signifikanter Vorzustand auf orthopädischem Fachgebiet nachweisbar. Die aktuellen Beschwerden am rechten Knie und geringgradig am Rücken seien somit unfallkausal, seien aber in der Schwere geringgradig und damit nicht mehr quantitativ arbeitsrelevant. Dieses gelte mindestens seit 11/2016. Ein Status quo sine sei angesichts

erfolgter Operationen an LWS und Patella nicht mehr erreichbar, zumal sich auch eine Patella baja rechts entwickelt habe, als auch eine leichte Retropatellararthrose rechts. Auch sei kein Status quo ante zu attestieren angesichts der zumindest noch weiterhin bestehenden Beschwerden durch die Patella baja / Retropatellararthrose. Nur hinsichtlich des Rückenleidens könne eine ordentliche Rückbildung der Beschwerden attestiert werden, wenngleich eine gering verminderte lumbale Belastbarkeit weiterhin bestehe. 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 knieender 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 ab dem 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 hiernach 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 H. \_\_\_ abzustellen. Im Übrigen vermag auch der erst nach der Begutachtung ergangene Bericht von Dr. med. N. \_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 7. Juli 2023 (Beschwerdebeilage 11) 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 9 und 10), welche mehr als zwei Jahre nach dem vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 1. April 2021 ergangen sind. So hat das Gericht den Sachverhalt rechtsprechungsgemäss bis zum Datum des angefochtenen Einspracheentscheids zu überprüfen, weshalb die genannten Berichte im vorliegenden Verfahren nicht relevant sind.

8.2 Im internistischen Teilgutachten der H. \_\_\_ (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 H. \_\_\_ abzustellen.

### 8.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten der H. \_\_\_ (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 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 Beschwerdvalidierung 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 linkshemiphären 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 Tumorlokalisation 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. AL. \_\_\_ 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. AH. \_\_\_ werde im Nachgang der Begutachtung angefragt, ob Dr. AL. \_\_\_ 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. AL. \_\_\_ 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 AF. \_\_\_ 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. AL. \_\_\_ sei als möglicher Rosenthal-Effekt diskutiert worden, ein Argument, welches zwar angebracht werden könne, allerdings weiterhin invalide Ergebnisse bedeute. Auch Dr. B. \_\_\_ 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. B. \_\_\_ 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 solle, zumal eben 2017 die Kognition nur geringfügig auffällig gewesen sei. Zusammenfassend hielt die neuropsychologische Gutachterin der H. \_\_\_ 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 eigenbetteten 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 H.\_\_\_\_ 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. B.\_\_\_\_ Facharzt für Neurologie FMH, in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2023 (Beschwerdebeilage 8) 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. B.\_\_\_\_ 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. B.\_\_\_\_ nicht weiterführend ist. Zudem geht die Nichtverwertbarkeit der neuropsychologischen Testresultate auch aus anderen anlässlich der Begutachtung durchgeführten Tests hervor. 8.4 Im neurologischen Teilgutachten der H.\_\_\_\_ (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 gedeckten Schädeltrauma ohne objektiven Nachweis einer Gehirngewebeschädigung · 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: Problematisches Leistungsverhalten (am ehesten Verdeutlichung DD mit bewussten Anteilen) Polytrauma mit Schädeltrauma links am 13. Juni 2016 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 in 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, Akinese 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 AM.\_\_\_\_, 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. B.\_\_\_\_ 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. med. B.\_\_\_\_, 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 hirnrnorganische 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. B.\_\_\_\_ 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 Erinnerunginseln während des Fluges im Helikopter erinnerlich. Eine längere Dauer einer Bewusstlosigkeit sei somit nicht ausgewiesen. Diese Einschätzung teile im Übrigen auch Dr. B.\_\_\_\_ 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 AA.\_\_\_\_-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. B. \_\_\_ 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. B. \_\_\_ explizit gleichermassen. Es könne zusammenfassend somit also kein signifikantes bildtechnisches Korrelat für eine relevante traumatische Hirngewebeschädigung festgestellt werden. Dr. B. \_\_\_ 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. AF. \_\_\_ 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 H.\_\_\_\_ 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. G.\_\_\_\_ 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 Schmerz-symptomatik 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 Tinnitus-symptomatik wechselten offensichtlich die Darstellungsarten. Während die Beschwerdeführerin hier den Tinnitus «seit Unfall von 13. Juni 2016» geltend mache, sei im ORL-Bericht von Dr. T. \_\_\_ 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 umfangreich 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 kniegedenksbezogener 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 Tagen) 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 abklingen müssten binnen ca. sechs Monaten, allerlängstens einem Jahr (angesichts der Vorschädigung verlängerter Zeithorizont, damit werde den allfällig leicht reduzierten Kompensationsreserven bei Vorschädigung genügend Rechnung getragen). Begründbare verbliebene hirnorganische Schäden durch den Unfall von 13. Juni 2016 seien nicht belegbar, mindestens nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit. Alle entsprechenden Annahmen, so auch von Frau Dr. phil. AF.\_\_\_\_ (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 von 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 ein Jahr 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 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. Schliesslich vermögen auch die aus unfallversicherungsrechtliche Schlussfolgerungen des neurologischen Gutachters zu überzeugen: Zusammenfassend könne die subjektiv angegebene erhöhte Ermüdbarkeit und Leistungsminderung nicht mehr aus neurologischer Sicht durch somatische hirnorganische Unfallfolgen erklärt werden. Es sei keine überwiegend wahrscheinliche Verschlechterung gegenüber dem Vorzustand (mit St.n. Operation und Strahlentherapie eines Oligodendrogliom 1992) belegbar. Zum Rückenleiden und Knieleiden äussere sich das orthopädische Gutachten. Ein angegebener Tinnitus sei gemäss Aktenlage mit Bericht vom 29. August 2017 damals erst seit zwei oder drei Wochen bestehend angegeben worden und sei somit ebenfalls nicht unfallkausal. Angegebene episodische Kopfschmerzen seien lediglich vorübergehend kurze Zeit als unfallkausal zu betrachten. Es sei eine überholende Kausalität des Vorzustandes zu konstatieren. Unfallkausal seien rein neurologisch keine Einschränkungen der Fähigkeiten und der Funktionen begründbar. Es müsse auf das psychiatrische Fachgebiet verwiesen werden. Hinsichtlich des zerebralen Vorzustandes

(St.n. OP und Radiatio eines Oligodendrogliom 1992) sei durch das leichte gedeckte Schädelhirntrauma ohne objektivierbaren Hinweis auf Hirngewebeschädigung keine richtunggebende Verschlechterung dieses Vorzustandes begründbar. Es könne nur von einer vorübergehenden Verschlechterung ausgegangen werden. Auch hinsichtlich der Kopfschmerzen sei nur eine kurze Zeit der vorübergehenden Verschlechterung erklärbar. Spätestens ein Jahr nach Unfallereignis gelte rein neurologisch theoretisch-medizinisch der Status quo ante vel quo sine. Auf Echtzeitdaten könne wegen der wiederholt deutlichen Inkonsistenzen (sowohl gemäss Aktenlage bei Vergleich der Befunde als auch aktuell im Rahmen unserer Gutachten) nicht abgestellt werden. Neurologisch bestehe kein Integritätsschaden. 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. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 4. Juni 2023 (Beschwerdebeilage 8) einzugehen. Dr. med. B.\_\_\_\_ 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. B.\_\_\_\_ 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 H.\_\_\_\_ nicht verwertbar. Sodann macht Dr. med. B.\_\_\_\_ 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. B.\_\_\_\_ 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. B.\_\_\_\_ 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. B.\_\_\_\_ 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 O.\_\_\_\_ 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 – entsprechende 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 H.\_\_\_\_ verwiesen werden. Auch Dr. med.

B. \_\_\_ 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. B. \_\_\_ auch unter diesem Gesichtspunkt nur begrenzt beweiskräftig sind und somit den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht zu vermindern vermögen. Auf das beweismässige neurologische Teilgutachten der H. \_\_\_ ist somit abzustellen. 8.5 8.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten der H. \_\_\_ (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 auftraten. 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 in 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. S. \_\_\_\_, 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. Y. \_\_\_\_, 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. 8.5.2 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. Sodann sei auch in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Der Gesundheitszustand zeige einen undulierenden Verlauf, jedoch lasse sich gegenwärtig keine Auftrennung zwischen unfallbedingt und nicht unfallbedingt in Prozenten ausdrücken; die Trennung könne möglicherweise aber nach einer adäquaten Therapie inkl. beruflicher Massnahmen vorgenommen werden. 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 sich 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.

8.5.3 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 H.\_\_\_\_ 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.

8.6 Gestützt auf das beweiswertige polydisziplinäre Gutachten der H.\_\_\_\_ 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 H.\_\_\_\_-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 ab dem 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. 3.1 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.

9. Da gestützt auf das Gutachten der H.\_\_\_\_ vom 28. März 2023 ein Einfluss der geltend gemachten psychischen und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit verneint wurde, kann eine Adäquanzprüfung unterbleiben. Aber selbst wenn vorliegend eine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bejahen wäre, wäre die adäquate Kausalität dieser Beschwerden zu verneinen, wie nachfolgend darzulegen ist.

9.1 Treten nach einem Unfall psychische und/oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für

psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Eine analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis ist vorliegend nicht gerechtfertigt. Wie bereits erwähnt wurde im Austrittsbericht des O.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 (Suva-Nr. 186) der Wert der Glasgow Coma Scale (GCS) bei der Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfallereignis lediglich auf 15 – entsprechende dem geringsten Wert – festgelegt. Zwar hat die Beschwerdeführerin am Kopf eine Rissquetschwunde erlitten und sie berichtet von einem Bewusstseinsverlust sowie einer Amnesie (vgl. Polizeibericht, Suva-Nr. 93 S. 31, Zeile 29-30). Dies ändert aber nichts daran, dass ärztlich lediglich ein GCS von 15 dokumentiert wurde. Somit ist aufgrund der medizinischen Akten insgesamt höchstens von einer leichten *Comotio 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](http://flexikon.doccheck.com/de/Glasgow_Coma_Scale)), weshalb sich die analoge Anwendung der Schleudertraumarechtsprechung nicht rechtfertigt. Vielmehr ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen).

9.2 Bei der Adäquanzprüfung ist zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wird sie bejaht. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten, sondern es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Diese Kriterien sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6, SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7 E. 5.2). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfall einstuft ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_295/2013 vom 25. September 2013 E. 3.3 mit Hinweis). Bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen ist die Adäquanz zu bejahen, wenn ein Kriterium erfüllt ist; nicht notwendigerweise in besonders ausgeprägter Weise. Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb S. 140 f.).

9.3 Die Unfallschwere beurteilt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften (Urteil des Bundesgerichts U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1, SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26; 8C\_435/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2, SVR 2012 UV Nr.

## E. 23

S. 83). Bezüglich des vorliegenden Unfallereignisses ist von folgendem Geschehensablauf – soweit aktenmässig rekonstruierbar – auszugehen (Suva-Nr. 93 und 105, S. 3): Gemäss

Polizeirapport vom 4. August 2016 ereignete sich der Unfall auf einer geradlinigen Hauptstrasse bei erlaubter Höchstgeschwindigkeit von 80 km/h und schönem, trockenem Wetter in einem Tunnel. Eine Autolenkerin kam von ihrer Spur ab und kollidierte – nachdem sie bereits seitlich mit dem Aussenspiegel eines entgegenkommenden Autos kollidiert war – frontal mit dem Auto der Versicherten, die in entgegengesetzter Richtung unterwegs war. Die Versicherte gab der Polizei gegenüber an, sie wisse nicht mehr, wie schnell sie gefahren sei, aber wahrscheinlich maximal um die 60 - 80 km/h (Suva-Nr. 93 S. 32, Zeile 3). Bei der Qualifikation der Unfallschwere nicht zu berücksichtigen sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin die durch das Ereignis verursachten Verletzungen. Wie ein Blick auf vergleichbare Fälle zeigt, hat die Rechtsprechung solche Frontalkollisionen in der Regel dem eigentlich mittleren Bereich zugeordnet. Es kann diesbezüglich auf die treffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid verwiesen werden. Das Bundesgericht stellte bei einer Frontalkollision zwischen zwei Personenwagen, wobei die Wucht des Aufpralls die Fahrzeuge ins angrenzende Wiesland schleuderte, wo diese auf ihren Rädern zum Stillstand gekommen sind und alle beteiligten Personen die Autos selbstständig verlassen konnten, fest, damit sei nicht eine höhere Krafteinwirkung verbunden als bei zahlreichen anderen Unfallereignissen, welche von der Rechtsprechung noch als im engeren Sinne mittelschwer beurteilt worden seien (Urteil des Bundesgerichts vom 8C\_212/2019 vom 21. August 2019 E. 4.2.2). Etwas heftiger verlief derjenige Unfall, wo die versicherte Person mit ihrem Fahrzeug bei einer Geschwindigkeit von 80 km/h auf die Gegenfahrbahn geriet, es mit einem ersten Auto zu einer Streifkollision und anschliessend mit einem weiteren zu einer Frontalkollision kam und das Fahrzeug der versicherten Person bei ausgelösten Airbags ins angrenzende Wiesland geschleudert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_720/2017 vom 12. März 2018 E. 4.3). Auch dieser Unfall wurde als im engeren Sinne mittelschwer qualifiziert. Im Vergleich dazu ist beim vorliegenden Unfall kein Schleudern erstellt. Dafür fand der Unfall vorliegend in einem Tunnel statt. Ansonsten war die Versicherte ebenfalls in eine Frontalkollision involviert, bei vermutlich ca. 80 km/h. Somit sind die Unfälle vergleichbar mit den Unfällen aus der vorgenannten Rechtsprechung. Der Unfall vom 13. Juni 2016 ist demnach nach dem augenfälligen Geschehensablauf rechtsprechungsgemäss als mittelschwer im engeren Sinn zu qualifizieren. Daran vermag auch das Argument der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach bei den vorgenannten Fällen im Unterschied zum vorliegenden Fall die versicherte Person noch selbstständig aus dem Auto habe aussteigen können. So hat das Bundesgericht im Urteil 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 5.2 bezüglich einer vergleichbaren Fallkonstellation bei einer Frontalkollision auf einer Strasse mit einer Höchstgeschwindigkeit von 80 km/h festgehalten, die Tatsachen des Einklemmtseins und der Bergung durch die Feuerwehr seien beim Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfen (E. 7 hienach; SVR 2012 UV Nr. 23 S. 83 E. 4.2 [8C\_435/2011]; Urteil 8C\_488/2011 E. 5.1.2), führten jedoch im Resultat nicht dazu, den Unfall anders als den mittelschweren Unfällen im engeren Sinn zuzurechnen. Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich geltend macht, als schweres Ereignis sei etwa eine Frontalkollision mit schwerer Verletzung des Fahrers qualifiziert worden (Murer/Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 63), ist darauf hinzuweisen, dass der dortige Fall nur bedingt mit dem vorliegenden Unfallereignis zu vergleichen ist, da dort der Mitfahrer getötet wurde (n. publ. Urteil vom 15. Dezember 1994, zit. in RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91

E. b). Somit bleibt es bei der Einteilung als mittelschweres Unfallereignis im engeren Sinne. Bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn ist die Adäquanz, wie vorgehend ausgeführt, zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien oder eines der Kriterien in ausgeprägter Weise erfüllt sind. 9.4 Dem vorliegenden Unfallereignis ist eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzuspüren. Auch objektiv betrachtet erscheinen die Begleitumstände verhältnismässig eindrücklich. Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht ausgeführt hat, spricht gegen eine besondere Eindrücklichkeit der Umstand, dass sich die Versicherte nicht mehr an den Zusammenprall erinnern kann (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7, 8C\_389/2011 vom 7. Oktober 2011 E. 8.3 und 8C\_721/2011 vom 11. November 2011 E. 5.1). So kann sie sich gemäss Polizeibericht vom Moment des Unfalls bis zum Transport mit dem Hubschrauber an absolut nichts erinnern (Suva-Nr. 93 S. 31, Zeile 29 - 30). Vor diesem Hintergrund erfüllt das Geschehen vom 13. Juni 2016 das Kriterium nicht. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass die Beschwerdeführerin gemäss Bericht von Dr. med. S. \_\_\_ vom 24. Mai 2017 (Suva-Nr. 134) angegeben hat, sie sei zwischenzeitlich erwacht und habe miterlebt, wie die Sanitäter sie medizinisch versorgten, zumal in diesem Zusammenhang auf die Rechtsprechung bezüglich der sogenannten Aussage der ersten Stunde hinzuweisen ist, wonach einer solchen Aussage grösseres Gewicht beizumessen ist als die späteren Angaben der versicherten Person, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen versicherungsrechtlichen Überlegungen beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47). Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist besondere deren erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_435/2011 vom 13. Februar 2012 E. 4.2.7). Hierbei kann wiederum auf die treffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid verwiesen werden: Verneint wurde das Kriterium u.a. bei einem von den Ärzten als schwer bezeichneten Polytrauma mit Thorax- und Abdominaltrauma sowie offenen Gesichtsschädelfrakturen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2009 vom 19. November 2009 E. 3.6) und bei einer traumatischen Milzruptur, Rippenserienfraktur mit Hämatothorax links und Rissquetschwunde frontal am Kopf links (Urteil des Bundesgerichts 8C\_396/2009 vom 23. September 2009 E. 4.5.6). Demnach vermögen auch das von der Beschwerdeführerin erlittene Polytrauma mit Rissquetschwunde der parietalen Kopfhaut, bilateralem Pneumothorax, Rippenfraktur CI links, Dünndarmperforation und Fraktur der rechten Kniescheibe nicht dazu zu führen, dass dieses Kriterium zu bejahen wäre. Auch der Umstand, dass bei der Beschwerdeführerin ein Status nach Hirnoperation bei Hirntumor vorliegt, kann, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, nicht zu einem anderen Resultat führen, da sie beim betreffenden Unfall lediglich ein leichtes Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Mit Blick auf das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung somatischer Beschwerden ist festzuhalten, dass dieses gemäss der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen ist. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gegeben sein. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes, (haus-)ärztliche Verlaufskontrollen sowie medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden

Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteil 8C\_964/2009 vom 19. Februar 2010 E. 5.2.1 mit Hinweisen). Dieses Kriterium ist vorliegend zu verneinen. Die Versicherte war nach dem Unfall drei Wochen hospitalisiert und musste sich währenddessen drei Operationen (Dünndarm, Rücken, Knie) unterziehen. Anschliessend wurde sie für acht Wochen in die Rehabilitation überwiesen. Für die Entfernung des Osteosynthesematerials (Rücken und Knie) war sie jeweils drei Tage im Spital. In der Folge war sie nochmals für eine Woche hospitalisiert als eine Bauchdeckenhernie auftrat und operativ versorgt werden musste. Nach dem 6. September 2017 fanden keine weiteren stationären Aufenthalte oder Operationen mehr statt. Zwar war die intensivmedizinische Versorgung damit erst nach rund 15 Monaten abgeschlossen. Aber dennoch kann beim vorliegenden Sachverhalt nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer bzw. einer ungewöhnlich hohen Anzahl von Operationen gesprochen werden. Bezüglich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen ist massgebend, ob über den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden vorlagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.2). Zu berücksichtigen sind lediglich jene Beschwerden, die durch ein unfallbedingtes, objektivierbares organisches Substrat erklärt werden können. Gestützt auf die Vorakten und das eingeholte Gerichtsgutachten sind die geklagten Schmerzen nicht ausreichend durch ein unfallbedingtes, objektivierbares organisches Substrat erklärbar. Der orthopädische Gutachter der H. \_\_\_ hielt diesbezüglich fest, die geltend gemachten Schmerzen könnten 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. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin steht dazu die kreisärztliche Beurteilung des Integritätsschadens vom 28. Mai 2018 nicht im Widerspruch, wo der Beschwerdeführerin wegen der radiologischen und klinischen Befunde der LWS – «St. n. LWK-Fraktur mit zunehmenden Belastungs- und auch Ruheschmerzen» – eine Integritätsentschädigung von 10 % gewährt wurde. So beziehen sich thorakale Beschwerden auf den Brustkorb, während die LWS-Beschwerden die Lendenwirbelsäule betreffen. Neben den LWS-Beschwerden organisch ebenfalls erklärbar dürften die geltend gemachten Schmerzen am rechten Knie sein, obwohl es fraglich ist, ob diese als Dauerschmerzen zu bezeichnen sind, da sie gemäss Aktenlage vor allem bei Belastungen auftreten. Damit ist das Kriterium der Dauerschmerzen aufgrund der geltend gemachten LWS-Beschwerden tendenziell zu bejahen, wenn auch nicht in ausgeprägter Weise. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenfalls nicht gesprochen werden. Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8 mit Hinweis). Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt allein nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.3). Solche besonderen Gründe sind vorliegend nicht ersichtlich. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin stellt die Entfernung des Osteosynthesematerials eine Behandlung im normalen Rahmen und die Behandlung von

Narbenhernien keine erhebliche Komplikation dar. Bei der Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 sind beim Kriterium des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit nur jene Zeiten zu berücksichtigen, welche die versicherte Person aufgrund einer rein physischen Betrachtungsweise arbeitsunfähig war (Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.5). Arbeitete die versicherte Person wie im vorliegenden Fall vor dem Unfall teilzeitlich (60%-Pensum), ist bei der Bestimmung des Kriteriums des Grades und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich vom vormaligen Teilpensum auszugehen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts U 146/05 vom 29. August 2005 E. 4.5). Die Beschwerdeführerin konnte ihre angestammte Tätigkeit bereits ab dem 10. Oktober 2016, also rund vier Monate nach dem Unfall, zu 50 % wieder aufnehmen (Suva-Nr. 64). Zudem ist auch diese Arbeitsunfähigkeit nur noch teilweise auf physisch objektivierbare Beschwerden zurückzuführen, weshalb dieses Kriterium zu verneinen ist. Somit ist eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Damit ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten nicht objektivierbaren / psychischen Beschwerden zu verneinen. 10. Hinsichtlich der ebenfalls umstrittenen Invaliditätsberechnung kann im Resultat den Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid gefolgt werden. Gestützt auf das beweismässige Gutachten der H.\_\_\_\_ sind der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit sowie andere, dem Zumutbarkeitsprofil angepasste Tätigkeiten, wieder zu 100 % zuzumuten. Da sich die Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) folglich entsprechen, besteht nach dem Fallabschluss – würde die Versicherte ihre Arbeitsfähigkeit voll ausschöpfen – keine Einkommenseinbusse mehr. Die Voraussetzungen zur Ausrichtung einer Invalidenrente sind folglich nicht erfüllt. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt überzeugt nicht. So ist bezüglich der Erwerbsfähigkeit auf den in allen Zweigen des Sozialversicherungsrechts geltenden Rechtsgrundsatz der Schadenminderungspflicht hinzuweisen. Danach hat eine versicherte Person von sich aus alles ihr Zumutbare vorzukehren, und zwar selbst um den Preis beträchtlicher Anstrengungen, um die Folgen eines erlittenen Unfalles bestmöglich zu mildern (BGE 117 V 394 E. 4b, 107 V 17 E. 2c). Für den Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG darf daher nicht einfach darauf abgestellt werden, welche Arbeitsleistung die versicherte Person nach dem Unfall tatsächlich noch erbringt und was sie dabei verdient. Aufgrund der genannten Schadenminderungspflicht ist einzig entscheidend, was sie trotz der Unfallfolgen zumutbarerweise noch zu erwerben fähig ist (BGE 107 V 17 E. 2c). Da es der Beschwerdeführerin zugemutet werden kann, wiederum ihre angestammte Tätigkeit wie vor dem Unfall in einem 100%-Pensum auszuüben, kann, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, für das Invalideneinkommen nicht auf das aktuell erzielte Einkommen abgestellt werden, da die Beschwerdeführerin dort die ihr zumutbare Erwerbsfähigkeit nicht ausschöpft. 11. Abschliessend ist festzuhalten, dass sich im Lichte des beweismässigen Gutachtens der H.\_\_\_\_ vom 28. März 2023 die von der Beschwerdeführerin beantragte erneute polydisziplinäre Begutachtung als nicht notwendig erweist und abzuweisen ist. Insofern die Beschwerdeführerin sodann 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. Was sodann den Antrag auf eine zusätzliche ORL-Abklärung anbelangt, ist darauf

hinzuweisen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung keine medizinisch gesicherte Grundlage besteht, um den von der Beschwerdeführerin geklagten Tinnitus als körperliches Leiden zu betrachten oder ihn (zwingend) einer organischen Ursache zuzuordnen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_498/2011 vom 3. Mai 2012), weshalb diesbezüglich eine Adäquanzprüfung vorzunehmen ist. Da die adäquate Kausalität der psychischen und/oder nicht objektivierbaren Beschwerden wie vorstehend festgehalten, zu verneinen ist, erübrigen sich diesbezüglich weitere Abklärungen. Demnach sind diese Anträge ebenfalls abzuweisen. Schliesslich ist auf den Antrag der Beschwerdeführerin einzugehen, es sei der H.\_\_\_\_ GmbH der 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 I.\_\_\_\_, im J.\_\_\_\_, in der K.\_\_\_\_ oder im L.\_\_\_\_ 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. Der diesbezügliche Verfahrensantrag der Beschwerdeführerin vom 14. März 2023 sowie der Antrag vom 31. Mai 2023, das Gutachten der H.\_\_\_\_ 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 hätte. 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. 12. Somit ist die Beschwerde abzuweisen. 12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung. 12.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass. 12.3 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 H.\_\_\_\_ vom 28. März 2023, welches zur Klärung der offenen Fragen sowohl im vorliegenden Verfahren als auch im parallel laufenden Beschwerdeverfahren VSBES.2021.32 betreffend die Invalidenversicherung 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.