

SO_GERICHTE VSBES.2017.256 vom 5. September 2017

SO Obergericht, 2017-09-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.256

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.256 du 5 septembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.256 del 5 settembre 2017

Erwägungen

E. 2

Der [Beschwerdeführerin] seien Leistungen nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 70 % auszurichten. Eventualiter sei die Vorinstanz in Gutheissung der Beschwerde zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin war seit dem 24. Februar 2014 bei der E.____ AG (fortan: Arbeitgeberin) mit einem Pensum von 90 % als «Team Member Restaurant» angestellt (IV-Nr. 6 S. 3 f.). Am 30. Juli 2014 trug sie während der Arbeit einen Stapel Teller, als sie ausrutschte und stürzte. Die Beschwerdeführerin prallte dabei mit dem Kinn an den Geschirrstapel und war kurz bewusstlos (IV-Nr. 5 S. 17, 24 und 31). Durch die Scherben zog sie sich in erster Linie am Kleinfinger und Ringfinger der linken Hand sowie am Mittelfinger der rechten Hand Schnittwunden zu. Die Wunden am Klein- und Ringfinger (PIP Dig. IV palmar und Mittelphalanx palmar Dig. V) wurden am 31. Juli 2014 im [Spital] F.____ operativ versorgt (IV-Nr. 5 S. 35 f.; s.a. IV-Nr. 11 S. 2). In der Folge war die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 5 S. 38 ff.). Nach Ablauf der Sperrfrist löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis am 10. November 2014 aus «organisatorischen Gründen» per 31. Dezember 2014 auf (IV-Nr. 6 S. 10).

Der Heilungsverlauf gestaltete sich bezüglich der linken Hand schleppend, mit anhaltenden Schmerzen und Taubheitsgefühlen (s. IV-Nr. 5 S. 26). Bei der postoperativen Kontrolle vom 4. August 2014 stellte Dr. med. G.____, [Spital] F.____, im Bereich des radialen Nervenastes des Klein- und Ringfingers eine Hyposensibilität fest (IV-Nr. 5 S. 33). Im Gespräch mit ihrer Unfallversicherung gab die Beschwerdeführerin am 13. November 2014 an (IV-Nr. 5 S. 18), sie sei Rechtshänderin. Von Kopf und Kinn, den Beinen und der rechten Hand her sei sie völlig beschwerdefrei. Am linken Kleinfinger sowie vor allem am Ringfinger leide sie unter permanenten Nervenschmerzen und Sensibilitätsstörungen. Die Beweglichkeit der Finger sei nicht eingeschränkt, aber sie dürfe sie nicht belasten, da sie keinen Druck ertrage. Sie könne so nichts greifen und habe auch keine Kraft in diesen Fingern. Wenn sie mit Daumen, Zeig- und Mittelfinger zugreife, dann führe dies zu einem starken Schmerz im Klein- und Ringfinger. Die linke Hand sei somit für sie «unbrauchbar». In der Folge klagte die Beschwerdeführerin trotz Ergotherapie weiterhin, dass sie massgeblich eingeschränkt sei (s. Notiz vom 6. Januar 2015, IV-Nr. 5 S. 3).

Dr. med. H.____, Oberarzt Neurologie am [Spital] F.____, diagnostizierte im Bericht vom 6. März 2015 (medizinische Akten der Unfallversicherung AXA Versicherungen AG im Verfahren VSBES.2017.170 / M9) neuropathische Schmerzen und eine deutliche Allodynie des linken Klein- und Ringfingers. Bei der operativen Versorgung seien keine Nerven sichtbar gewesen. Die Beschwerdeführerin könne die linke Hand im Alltag kaum einsetzen.

Eine elektrophysiologische Untersuchung sei schmerzbedingt nicht möglich gewesen. Am 7. April 2015 ergänzte Dr. med. H.____ (IV-Nr. 35), wegen der schweren Allodynie und der neuropathischen Schmerzen komme die bisherige Tätigkeit im Restaurant aktuell nicht in Frage. Die Beschwerdeführerin müsse eine Arbeit ausüben, in der sie nicht auf die linke Hand angewiesen sei, z.B. im Büro. Sobald sie mit Ring- und Kleinfinger zugreife, löse dies starke Schmerzen aus.

Die Hausärztin Dr. med. I.____ erklärte in ihrem Bericht vom 15. Juni 2015 (M13), der linke Kleinfinger sei schon fast wieder verheilt. Der linke Ringfinger sei weiterhin schmerzhaft und sehr berührungsempfindlich. Die Beschwerdeführerin könne mit der linken Hand nicht fest zupacken. Im Service sei sie nach wie vor vollständig arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit sei zu 100 % möglich, wobei die linke Hand nicht voll gebrauchsfähig sei (für frühere Berichte von Dr. med. I.____ s. IV-Nr. 5 S. 26 und M11).

3.2 Das Gutachten der Gutachterstelle J.____ vom 3. Juli 2015 (IV-Nr. 25.3), das die Unfallversicherung eingeholt hatte, enthielt folgende Diagnosen (S. 9):

Unfallrelevante Diagnosen:

Nicht unfallrelevante Diagnosen:

Der Experte Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, gelangte zum Ergebnis, die rein orthopädisch-somatischen Unfallfolgen des 3. Fingers der rechten sowie des 4. und 5. Fingers der linken Hand seien ausgeheilt. Eine Sehne sei nicht verletzt worden. Die Weichteilschäden seien allesamt korrekt verheilt. Verblieben seien die Folgen einer Nervendurchtrennung am 4. und 5. Finger links mit neuropathischen Schmerzen und Allodynie. Die Einsatzfähigkeit der linken Hand sei deutlich beeinträchtigt. Es bestünden nachvollziehbare Berührungs- und Palpationsschmerzen über dem 4. und 5. Finger der linken Hand sowie über den Kuppen des 4. und 5. Fingers. Die linke Hand könne nur partiell eingesetzt werden. Dies reiche nicht aus, um wieder im Gastronomie-Service tätig zu sein. Im Haushalt könne die Beschwerdeführerin derzeit Tätigkeiten mit der rechten Hand verrichten (S. 7).

Die Expertin Dr. med. L.____, Fachärztin für Neurologie FMH, hielt fest, bald nach der operativen Versorgung seien in den Beeren des linken Klein- und Ringfingers eine Hypästhesie, Schmerzen und eine ganz im Vordergrund stehende Allodynie aufgetreten. Diese zwei Finger liessen sich kaum berühren, ohne dass die Beschwerdeführerin Schmerzen angebe (S. 7). Eine elektrophysiologische Untersuchung sei am 6. März 2015 im [Spital] F.____ nicht möglich gewesen und sollte nachgeholt werden, um den Schweregrad einer sensiblen Nervenverletzung besser abschätzen zu können. Die jetzt erhobenen klinischen Befunde seien gleich wie damals. Die Beschwerdeführerin habe sich bisher nicht an die Schmerzhaftigkeit der Fingerbeeren gewöhnt (S. 8). Im Rahmen des Unfalls sei es wahrscheinlich auch zu einer Commotio cerebri gekommen, die kurzzeitige Bewusstlosigkeit könne kaum anders gedeutet werden. Seither bestünden bei der Beschwerdeführerin vermehrte vasomotorische Kopfschmerzen. Eine Komplikation im Sinne eines subduralen Hämatoms sei bei intakter Neurologie wenig wahrscheinlich. Die Kopfschmerzen hätten keinen Krankheitswert, deshalb bestehe hier derzeit kein Handlungsbedarf (S. 7 + 8).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Experten zum Schluss, die linke Hand könne derzeit allenfalls als Beihand, ohne jeden Berührungskontakt des 4. und 5. Fingers,

eingesetzt werden, da eine schwerste Allodynie der beiden ulnaren Finger vorliege (S. 15 f. Ziff. 7.1.3 + 7.3). In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit dem Unfalltag vom 30. Juli 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 11 / 14 Ziff. 7.1 / 15 Ziff. 7.2). In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei seit dem 1. Juli 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben, zuvor sei auch hier die Arbeitsfähigkeit vollständig aufgehoben gewesen (S. 11 / 15 f. Ziff. 7.3). Denkbar sei ein Arbeitsversuch mit der linken Hand unter Verwendung eines dicken gepolsterten Schutzhandschuhs, z.B. am Buffet o.ä. (S. 15 f. Ziff. 7.1.3 + 7.3).

Die angeregte elektrophysiologische Untersuchung erfolgte am 1. September 2015 im [Spital] F.____ (M15). Bei der Neurographie des N. ulnaris des linken Ringfingers liess sich keine sichere Reizantwort reproduzieren, dies allerdings bei einer schmerzgeplagten Beschwerdeführerin.

3.3 Die Beschwerdegegnerin gewährte für die Zeit vom 7. September bis 4. Dezember 2015 ein Belastbarkeitstraining bei der Durchführungsstelle M.____ (IV-Nr. 32 + 52). Gemäss den dortigen Berichten vom 9. Oktober und 30. November 2015 (IV-Nr. 45 f.) wurde die Beschwerdeführerin u.a. am Buffet, im Service und für allgemeine Reinigungsarbeiten eingesetzt. Die tägliche Arbeitszeit sei auf vier Stunden mit einer Pause von 15 Minuten gesteigert worden. Die Schmerzen hätten sich nicht stark vermindert. Die verletzte Hand sei kaum einsetzbar. Immer wieder mache sich eine Überlastung der gesunden rechten Hand und des rechten Arms bemerkbar. Die Beschwerdeführerin erreiche eine gute Qualität, könne aber quantitativ nicht mithalten.

Der Abschlussbericht der Abt. Berufliche Eingliederung der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2016 (IV-Nr. 64) hielt fest, eine Fortführung der Massnahme sei nicht angezeigt, da die Beschwerdeführerin starke Schmerzen und fehlendes Feingespür in der linken Hand beklagt habe. Man habe vereinbart, dass sie bei einem möglichen Arbeitsversuch unterstützt werde, doch habe sie sich bis Ende Oktober 2016 nicht gemeldet. Nach etlichen Gesprächen habe man den Eindruck gewonnen, dass die Beschwerdeführerin zwar vordergründig motiviert, aber sehr auf ihre Einschränkung fokussiert und wenig ressourcenorientiert sei.

E. 3.4

3.4.1 Dr. med. H.____ stellte im Bericht vom 17. Februar 2016 folgende Diagnose (IV-Nr. 55 S. 11 f.; s.a. Bericht vom 8. März 2016, M22):

neuropathische Schmerzen und Allodynie Dig. IV und V links, mit / bei Status nach traumatischer Handverletzung links mit Schnittwunde und Fremdkörper sowie Operation am 30. Juli 2014

Beim Kleinfinger hätten sich die Beschwerden deutlich verbessert, aber am Ringfinger sei weiterhin eine schwere Allodynie nachweisbar. Dr. med. I.____ erwähnte demgegenüber im Bericht vom 16. März 2016 (M21) starke Missempfindungen mit Schmerzen im Bereich der Endglieder des linken Klein- und Ringfingers. Sie bestätigte, dass die Beschwerdeführerin jetzt in einer angepassten Tätigkeit ohne Gebrauchsfähigkeit der linken Hand zu 100 % arbeitsfähig sei. Dr. med. N.____ wiederum sprach am 20. August 2016 ebenfalls von sehr starken persistierenden neuropathischen Schmerzen, ohne zwischen den beiden Fingern zu differenzieren (IV-Nr. 66 S. 18).

Dr. med. O.____, Praktische Ärztin FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 24. August 2016

(IV-Nr. 56) dafür, die hausärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit stütze sich ausschliesslich auf die von der Beschwerdeführerin subjektiv empfundene Überempfindlichkeit der beiden Fingerkuppen des linken Ring- und Kleinfingers, dies bei unauffälliger Funktionalität, Trophik und Tonus der nicht dominanten linken Hand.

3.4.2 Dr. med. P.____, Leitender Arzt am Spital Q.____, erwähnte im Bericht vom 9. August 2016 (IV-Nr. 78 S. 33 f.) neben den neuropathischen Schmerzen am linken Klein- und Ringfinger neu am rechten Daumen eine multidirektionale Grundgelenksinstabilität bei vermutlich posttraumatischer Arthrose (s.a. radiologische Untersuchung vom 15. Juli 2016, M26). Dr. med. R.____, Leitender Arzt am Spital Q.____, ergänzte dazu am 16. August 2016 (IV-Nr. 78 S. 30 ff.), am Grundgelenk des rechten Daumens liege eine Ruptur des radialen Kollateralbandes vor, mit zunehmender Deviation des Daumens nach ulnar sowie posttraumatischer Arthrose. Der linke Ringfinger sei deutlich schmerzhafter als der Kleinfinger; er weise zwei Neurome auf, je eines proximal und distal der DIP-Beugefalte.

Dr. med. S.____, Chefarzt Neurologie am Spital Q.____, gelangte im Bericht vom 22. August 2016 (IV-Nr. 66 S. 10 f.) zum Ergebnis, dass am linken Klein- und Ringfinger traumatisch bedingte neuropathische Schmerzen vorlägen. Die rechte Hand sei wegen der Verletzung am rechten Daumengrundgelenk mit Fehlstellung und Hyperalgesie eingeschränkt und lokal schmerzhaft; ansonsten sei der neurologische Befund regelrecht, insbesondere sei der Nervus medianus nicht geschädigt.

Dr. med. I.____ hielt im Zwischenbericht vom 24. August 2016 (IV-Nr. 66 S. 17) fest, die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. März 2016 in einer Verweistätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig. Sie leide immer noch unter neuropathischen Schmerzen im linken Klein- und Ringfinger. Das rechte Daumengrundgelenk weise eine Fehlstellung auf und sei schmerzhaft.

3.4.3 Am 1. September 2016 unterzog sich die Beschwerdeführerin im Spital Q.____ einer Arthrodesse des rechten Daumengrundgelenks / Retention mittels Zuggurtung (IV-Nr. 78 S. 28 f.). In der Folge war sie zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (s. IV-Nr. 78 S. 25). Die RAD-Ärztin Dr. med. O.____ hielt dem am 11. Januar 2017 entgegen, die kurative Behandlung der rechten Hand ziehe keine zusätzliche Invalidität in einer angepassten Tätigkeit nach sich (IV-Nr. 69 S. 2).

Die Beschwerdeführerin beklagte am 31. März 2017 eine Springsymptomatik des Daumens (IV-Nr. 78 S. 17) sowie am 8. Mai 2017 Schmerzen über dem Ringband A1 und Druckempfindlichkeit im Bereich der Zuggurtung (IV-Nr. 78 S. 14). Am 6. Juni 2017 präsentierte sich der Daumen laut Bericht von Dr. med. R.____ radiologisch komplett durchbaut, aber in der Beweglichkeit noch eingeschränkt (IV-Nr. 78 S. 12). In einem nicht unterschriebenen Fragebogen vom 9. Juni 2017 berichtete das Spital Q.____ der Unfallversicherung, im Wesentlichen sei eine einhändige Arbeit möglich (M55/1). Der Bericht von Dr. med. R.____ vom 18. Juli 2017 wiederum hielt fest, der rechte Daumen entwickle sich positiv, habe aber noch keine gute Kraft (IV-Nr. 78 S. 6).

3.4.4 Am 30. März 2017 erfolgte im Spital Q.____ am Ringfinger die Resektion des pathologisch veränderten Nervenareals und die Transplantation eines Nervs (IV-Nr. 78 S. 18 f.). Die Beschwerdeführerin war in der Folge weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Sie berichtete am 8. Mai 2017 zunächst von einer Verbesserung der Schmerzen (IV-Nr. 78 S. 13), am 4. Juli 2017 dann aber wieder von einer Verschlechterung. Die Schmerzen seien ulnarseitig zurückgegangen, hätten sich aber radiallyseitig intensiviert.

Während der heissen Wochen habe sie nichts mehr anfassen können (IV-Nr. 78 S. 9 f.). Dr. med. R.____ bemerkte am 8. Juni 2017, wegen des doch recht überempfindlichen linken Ringfingers sei die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 78 S. 12). Am 18. Juli 2017 hielt er fest, die linke Hand könne nicht eingesetzt werden, da jegliche Berührung des Ringfingers massive Probleme bereite und der Beschwerdeführerin die Gegenstände aus der Hand fielen. Als Serviceangestellte sei die Beschwerdeführerin bis 17. September 2017 zu 100 % arbeitsunfähig; weitere leichte Tätigkeiten könnten im jetzigen Zeitpunkt wegen der Beeinträchtigung der linken Hand nicht ausgeübt werden (IV-Nr. 78 S. 5 f.).

3.4.5 Dr. med. R.____ bestätigte im Bericht vom 27. Juli 2017 (IV-Nr. 78 S. 1 ff.) die Diagnosen Neuropathie am linken Ringfinger (N7) und Kleinfinger sowie Arthrose im rechten Daumen mit Arthrodese. Die rechte Hand resp. der rechte Daumen weise eine Schwäche auf. Der linke Ringfinger sei schmerzhaft und in der Belastbarkeit eingeschränkt. Die bisherige Arbeit sei nicht mehr zumutbar. Eine Arbeit ohne manuelle Tätigkeiten, z.B. als Aufsicht in einem Call-Center, sei vollschichtig möglich. Dem schloss sich der RAD-Arzt T.____, Facharzt für Allg. Medizin FMH, in seiner Stellungnahme vom 21. August 2017 an (IV-Nr. 80). Diese Einschätzung gelte ab 27. Juli 2017; zuvor sei die RAD-Beurteilung vom 24. August 2016 massgebend (s. E. II).

E. 3.4.1

in fine hiavor).

Der beratende Arzt der Unfallversicherung, Dr. med. U.____, Facharzt für Chirurgie FMH, erklärte in seiner Stellungnahme vom 30. August 2017 (M54), eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nachvollziehbar. Was eine angepasste Arbeit betreffe, so sei die rechte Hand einsatzfähig. Die linke Hand sei nur beschränkt einsetzbar, könne aber mit den Fingern I ■ III als Beihand dienen, ohne dass der Ringfinger berührt werden müsse. Wer ein Auto lenken könne, sei auch in der Lage, einfache Arbeiten zu verrichten. Er gehe davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit bis 1. September 2017 auf 100 % hätte gesteigert werden können.

3.4.6 Der Abschlussbericht der Abt. Berufliche Eingliederung der Beschwerdegegnerin vom 4. September 2017 (IV-Nr. 81) hielt fest, die Beschwerdeführerin habe am 21. August 2017 erklärt, sie wolle in den Logistikbereich einsteigen. Man habe ihr mitgeteilt, dass dies nicht dem medizinischen Zumutbarkeitsprofil entspreche und deshalb nicht unterstützt werden könne. Sollte die Beschwerdeführerin bereit sein, ihre Arbeitsfähigkeit in einem zumutbaren Bereich wie Hotellerie, Empfang, Call-Center oder Überwachung zu verwerten, so könne sie sich wieder melden.

3.4.7 Das Osteosynthesematerial am rechten Daumen wurde am 19. Oktober 2017 entfernt (M57), also nach der angefochtenen Verfügung. Dr. med. R.____ hält im Bericht vom 10. April 2018 fest (A.S. 98), im rechten Daumen gebe es keine Beschwerden mehr. Auf der linken Seite bestünden unverändert Schmerzen.

Der Bericht von Dr. med. R.____ vom 19. Dezember 2017 (M58) erwähnt erstmals eine beginnende beidseitige Epicondylitis radialis, also ebenfalls nach der angefochtenen Verfügung.

3.5 Dem Gerichtsgutachten vom 24. Oktober 2018 (A.S. 57 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 86):

Aktuelle Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Hyperpathie am linken Ringfinger (ICD-10 R20.3)

Aktuelle Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

In der interdisziplinären Beurteilung gelangten die beiden Experten Dr. med. C. ___ und Dr. med. D. ___ zu folgendem Ergebnis: Die persönliche Anamnese sei auf Grund der Akten und der aktuellen Erhebungen als handchirurgisch und neurologisch bland einzustufen (A.S. 77). Aktuell berichte die Beschwerdeführerin noch über postoperative Schmerzen am rechten Ellbogen (nach Eingriff am 14. Mai 2018, A.S. 101) und am rechten Handgelenk (nach Entfernung des Osteosynthesematerials am 19. Oktober 2017), über eine schmerzlose Taubheit am Endglied des linken Kleinfingers sowie über stechende Schmerzen bei Berührung des Endglieds des linken Ringfingers, welche zum Teil auch spontan auftreten könnten (A.S. 81).

Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung (s. dazu A.S. 74 f.) zeige rechts noch einen leicht eingeschränkten Händedruck; die Fingerextension sei aber beidseits kräftig, womit es keine Hinweise für ein neurologisch relevantes Supinatorlogensyndrom gebe. Die Untersuchung der linken Hand gestalte sich schwierig. Der Ringfinger könne palmar im Bereich des mittleren Gliedes und des Endgliedes gar nicht berührt werden, die Beschwerdeführerin habe ausgesprochene Angst vor den dort bei Berührung auftretenden Schmerzen. Im Bereich des linken Kleinfingers gebe sie eine Hypästhesie bei Berührung am radialen Endglied an. Der restliche Befund sei nach detaillierter Prüfung unauffällig (A.S. 82).

Bei der handchirurgischen Exploration (s. dazu A.S. 77) lasse sich der linke Ringfinger untersuchen. Die Fingerkuppe sei radial extrem berührungsempfindlich. Ulnar bestehe eine normale Spitz-Stumpfdiskrimination. An der Kleinfingerkuppe liege radial eine Hypästhesie und ulnar eine normale Sensibilität vor. Die Trophik und auch die Verhornung der Finger seien normal (A.S. 82). An der rechten Hand ergebe sich eine reizlose Narbe nach Arthrodeese über dem MP-Gelenk mit guter Beweglichkeit im IP-Gelenk und im Sattelgelenk des Daumens. Die Sensibilität präsentiere sich an allen Fingerkuppen normal (A.S. 107).

Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin am 30. Juli 2014 gestürzt, wobei sie sich am Klein- und Ringfinger der linken Hand sowie am Mittelfinger der rechten Hand Schnittwunden zugezogen habe. Die Verletzungen an den zwei Fingern der linken Hand seien nach dem Unfall notfallmässig chirurgisch versorgt worden. Die Nerven und Arterien habe man dabei nicht näher beschrieben oder behandelt. Der weitere postoperative Verlauf sei durch schmerzhafteste Sensibilitätsstörungen an den ulnaren zwei Fingern gekennzeichnet gewesen. Diese Symptomatik habe bei sonographisch nachgewiesenen Neuromen am Ringfinger am 30. März 2017 zu einer Reoperation geführt mit Nervenresektion und Transplantation eines gesunden Nervenstückes (A.S. 82). Wegen der ausgesprochenen Überempfindlichkeit, welche die Beschwerdeführerin angegeben habe, habe der linke Ringfinger neurographisch nie genau untersucht werden können. Die neurographische Abklärung des kleinen Fingers habe am 1. September 2015 normale Resultate ergeben (s. M15). Aktuell habe sich die Symptomatik mittlerweile eindeutig auf den Ringfinger konzentriert. Dort bestehe trotz des Eingriffs vom 30. März 2017 weiterhin eine ausgesprochene Berührungsüberempfindung im Bereich des Endglieds, weshalb dieses aktuell klinisch-neurologisch gar nicht berührt und dementsprechend nicht näher untersucht

oder beurteilt werden könne. Dies sei insofern bemerkenswert, als sich die Situation diesbezüglich in den letzten Jahren verschlechtert habe: Anlässlich der neurologischen Voruntersuchungen (z.B. 2015) habe der linke Ringfinger noch ohne weiteres berührt und untersucht werden können, wobei man eine Allodynie und Hypästhesie angegeben habe. Die Beschwerdeführerin berichte über eine Verbesserung nach der Nerventransplantation im März 2017, indem sie jetzt weniger Schmerzen am Grundglied des linken Ringfingers habe. Allerdings sei ■ z.B. im Rahmen der neurologischen Begutachtung vom 3. Juli 2015 ■ ebenfalls bereits über eine Hypästhesie lediglich an den Endgliedern des vierten und fünften linken Fingers berichtet worden. Aktuell sei im Prinzip auch in der klinisch-neurologischen Untersuchung im Vergleich zur Voruntersuchung vom 3. Juli 2015 eine gewisse Verschlechterung festzustellen, weil die Beschwerdeführerin jetzt auch im Bereich des Mittelglieds des Ringfingers nicht mehr berührt werden könne, was damals offenbar noch möglich gewesen sei. Im Rahmen der aktuellen handchirurgischen Untersuchung könne der linke Ringfinger dann doch berührt und untersucht werden, sodass die Befunde in den verschiedenen Untersuchungen als nicht ganz konsistent eingestuft werden müssten (A.S. 83). Der aktuelle klinisch-neurologische Befund sei zweifelsohne ungewöhnlich, indem der linke Ringfinger im Bereich des Mittelgliedes und des Endgliedes palmar gar nicht mehr berührt werden dürfe, weil die Beschwerdeführerin dermassen Angst vor dadurch auslösbaren Schmerzen habe. Es sei hier somit von einer extremen Form einer Hyperpathie und einer Allodynie bereits auf Berührung auszugehen. Im Bereich des Kleinfingers sei es aber zu einer Verbesserung gekommen, indem dieser Finger berührt werden könne und lediglich eine Hypästhesie am radialen Endglied palmar angegeben werde. Daher bestehe aktuell nur noch das Problem des überempfindlichen linken Ringfingers, der sich an der adominanten Hand befinde und generell für den Gebrauch der Hand nicht von so grosser Relevanz wie z.B. der Daumen, der Zeigefinger oder auch der Kleinfinger sei. Dementsprechend sei die Beschwerdeführerin im Prinzip in der Lage, mit den übrigen vier Fingern der linken Hand unter Aussparung des Ringfingers gewisse Tätigkeiten ausüben, wie sie dies im Alltag auch mache. Im Übrigen habe die Beschwerdeführerin die vorgeschlagene Massnahme eines Schutzhandschuhs auch umgesetzt. Sie benütze diesen Handschuh z.B. für gewisse Haushaltsarbeiten oder auch für das Autofahren; da die Beschwerdeführerin mit einem Schaltgetriebe fahre, müsse sie immer wieder alleine mit der linken Hand das Lenkrad führen, was offenbar problemlos möglich sei. Dementsprechend könne aktuell aus neurologischer Sicht davon ausgegangen werden, dass die Beeinträchtigung durch den überempfindlichen Ringfinger im Alltag und insbesondere im Hinblick auf eine berufliche Tätigkeit nicht sehr erheblich sei. An der rechten Hand seien aus neurologischer Sicht aktuell keine abnormen sensomotorischen Befunde feststellbar; lediglich der Händedruck sei zurzeit wegen der erst vor wenigen Wochen erfolgten Operation am rechten Ellbogen noch etwas abgeschwächt. Die neurologische Abklärung im Spital Q.____ vom August 2016 habe in Übereinstimmung damit bei der neurographischen Untersuchung normale Resultate sämtlicher Nerven der rechten Hand ergeben (A.S. 84). Die Beschwerdeführerin mache bezüglich des rechten Daumens aktuell keine Beschwerden geltend. Es bestehe eine schmerzfreie Gelenksteife am rechten MP-Gelenk ohne neurologische Einschränkungen (A.S. 85 + 89) und mit wenig funktionellen Beeinträchtigungen (A.S. 91).

Die bisherige Tätigkeit im Service sowie andere körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten seien in einem zeitlichen Umfang von 50 % zumutbar, dies ohne weitere Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Für eine angepasste Tätigkeit (körperlich

vorwiegend leicht und mit möglichst wenig Beanspruchung der linken Hand) bestünden aktuell aus neurologischer und handchirurgischer Sicht keine Einschränkungen des zumutbaren zeitlichen Pensums und der Leistungsfähigkeit. Hierbei sei es der Beschwerdeführerin zumutbar, zumindest zeitweise den Schutzhandschuh aus Wolle zu benutzen, mit dem sie auch gewisse Haushaltsarbeiten erledige und autofahre (A.S. 85 + 87). Der Handschuh ermögliche den Gebrauch aller Finger der linken Hand mit Ausnahme des Ringfingers (A.S. 85). An der rechten Hand resp. am rechten Daumen bestünden keine Einschränkungen, die zu einer Arbeitsunfähigkeit führen würden; die Tätigkeit vor dem Unfall könne diesbezüglich wieder aufgenommen werden (A.S. 90). Sämtliche Tätigkeiten könnten sowohl sitzend als auch stehend oder gehend erfolgen, in den Beinen lägen keine Einschränkungen vor (A.S. 85).

Die Beschwerdeführerin sei bereits im Sommer 2015 bei der Gutachterstelle J. ___ neurologisch begutachtet worden. Dort habe man in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ab dem 1. Juli 2015 attestiert. Dieser Beurteilung könne auch aus aktueller neurologischer Sicht weiterhin gefolgt werden. Für die ursprüngliche Tätigkeit sei man damals aus neurologischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, habe die Prognose indes prinzipiell als günstig eingestuft. Bezüglich der Sensibilität am linken Ringfinger sei es seit 2015 offenbar nicht zu einer Verbesserung gekommen; die Beschwerdeführerin habe aber die damalige Empfehlung eines Schutzhandschuhs für die linke Hand umgesetzt und könne diese jetzt auch im Alltag einsetzen. Deshalb sei diesbezüglich von einem verbesserten Umgang mit der linken Hand auszugehen, so dass die ursprüngliche Tätigkeit aktuell wieder zu 50 % zumutbar sei. Die im J. ___-Gutachten geäußerte neurologische Diagnose einer Commotio cerebri am 30. Juli 2014 könne durchaus akzeptiert werden, habe aber aktuell keinen Einfluss auf die Arbeits- oder Leistungsfähigkeit mehr. Die seit Jahren bestehenden Kopfschmerzen liessen sich als Migräne ohne Aura einordnen; diese habe bis anhin zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt, was auch weiterhin nicht der Fall sei (A.S. 85). Die späteren neurologischen Berichte zu den Untersuchungen in [...] und in Q. ___ hätten nicht zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen, so dass diesbezüglich keine Diskrepanzen resultierten (A.S. 86).

Auf Grund der vorliegenden Akten und der aktuellen Angaben der Beschwerdeführerin liessen sich keine wesentlichen Fluktuationen der Arbeitsfähigkeit seit dem Unfall vom 30. Juli 2014 feststellen (A.S. 88). Die Arbeitsunfähigkeit nach Arthrodeese und Metallentfernung am rechten Daumen sei nur vorübergehend gewesen (A.S. 91).

Aus neurologischer Sicht bestünden aktuell keine relevanten Therapiemassnahmen mit möglicher Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mehr. Die schmerzdistanzierenden Behandlungen mit Antiepileptika oder Antidepressiva hätten nicht geholfen. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch von einem erneuten derartigen Behandlungsversuch nicht profitieren werde. Weil sie in der angestammten Tätigkeit nicht voll arbeitsfähig sei, seien berufliche Massnahmen angezeigt (A.S. 88).

Was die Prognose angehe, so sei am linken Ringfinger aus neurologischer Sicht nicht von einer weiteren Verbesserung der Situation auszugehen. Aus handchirurgischer Sicht könnte eine Nervenresektion eine Besserung bringen (A.S. 88).

3.6 Es besteht keinerlei Anlass, am Beweiswert des Gerichtsgutachtens zu zweifeln. Dieses entspricht vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung: Es stammt von

zwei unabhängigen Fachärzten der Neurologie und Handchirurgie, womit die im vorliegenden Fall einschlägigen Disziplinen abgedeckt sind. Diese Ärzte führten jeweils ein eingehendes Gespräch mit der Beschwerdeführerin, worin sie deren subjektive Beschwerden erfragten (A.S. 71 f. + 76 f.) und die Anamnese erhoben (A.S. 72 ff. / 75 f. / 77). Sie nahmen weiter die Vorakten zur Kenntnis (A.S. 58 ■ 71), führten eine gründliche klinische Untersuchung durch und hielten die objektiven Befunde fest (A.S. 74 f. + 77). Ausserdem befassten sich die Experten mit den früheren Arztberichten (A.S. 85 f.). Die interdisziplinäre Beurteilung der Experten, angepasste Arbeiten mit möglichst geringer Beanspruchung der linken Hand seien zumutbar, wenn ein Schutzhandschuh getragen werde, erscheint als nachvollziehbar und schlüssig, zumal wenn man bedenkt, dass die Beschwerdeführerin nach eigenem Bekunden mit einem Handschuh in der Lage ist, gewisse Haushaltsarbeiten zu verrichten und ein Auto zu lenken. Was den Verlauf angeht, so führt das Gerichtsgutachten aus, die volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit gelte seit dem 1. Juli 2015. Die Experten knüpfen dabei in überzeugender Weise an die entsprechende Feststellung im früheren J. ___ ■ Gutachten an (wo zum ersten Mal der Einsatz eines Schutzhandschuhs postuliert worden war) und halten fest, diese Beurteilung gelte immer noch. Die Eingriffe an der rechten Hand vom 1. September 2016 und an der linken Hand vom 30. März 2017 haben gemäss Gerichtsgutachten nur vorübergehend eine Einschränkung verursacht, sich also nicht invalidisierend ausgewirkt. Die Ellbogenoperation wiederum ist erst mehrere Monate nach dem Stichtag der angefochtenen Verfügung erfolgt, im hiesigen Verfahren also unerheblich.

Die anderen ärztlichen Berichte und Stellungnahmen in den Akten geben keinen Anlass, vom Gerichtsgutachten abzuweichen. Der beratende Arzt der Unfallversicherung, Dr. med. U. ___, stimmt grundsätzlich mit den Experten überein, wenn er die rechte Hand als uneingeschränkt einsetzbar und die linke Hand immerhin als brauchbare Beihand betrachtet (s. E. II. 3.4.5 in fine hiervor). Die RAD-Ärztin Dr. med. O. ___ wiederum hält gleich wie die Experten dafür, dass der Eingriff am rechten Daumen keinen dauerhaften Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatte (s. E. II. 3.4.3 hiervor). Was die Berichte der behandelnden Ärzte angeht, so ist teilweise einfach von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit die Rede, ohne dass ausdrücklich angegeben wird, ob sich dies nur auf die bisherige Arbeit oder auch auf andere Tätigkeiten bezieht. Zur Arbeitsfähigkeit in einer Alternativbeschäftigung äussern sich die Dres. I. ___ und R. ___. Erstere ging davon aus, der Beschwerdeführerin sei eine angepasste Arbeit zu 100 % resp. 80 % zumutbar (s. E. II. 3.1 in fine, 3.4.1 und 3.4.2 in fine hiervor), d.h. diesbezüglich besteht gar keine (grössere) Differenz zum Gerichtsgutachten. Soweit aber Dr. med. I. ___ die linke Hand als gänzlich unbrauchbar ansieht, kann ihr nicht gefolgt werden. Sie befasst sich nämlich in keiner Weise mit dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin mit Hilfe eines Schutzhandschuhs in der Lage ist, die linke Hand für gewisse Verrichtungen einzusetzen. Die Angaben von Dr. med. R. ___ wiederum vermögen nicht zu überzeugen. Einerseits sind sie widersprüchlich, indem die Arbeitsunfähigkeit für leichte Tätigkeiten am 18. Juli 2017 mit der Beeinträchtigung der linken Hand begründet wird, während es wenig später, am 27. Juli 2017, heisst, dass gar keine manuellen Tätigkeiten (also auch keine rechtshändigen) möglich seien (s. E. II. 3.4.4 + 3.4.5 hiervor). Andererseits begründet Dr. med. R. ___ seine Aussagen nicht näher, weshalb diese nicht das gleiche Gewicht wie die Feststellungen im ausführlichen Gerichtsgutachten beanspruchen können. Namentlich befasst er sich, ebenso wie Dr. med. I. ___, nicht damit, inwieweit die linke Hand mittels Schutzhandschuh einsetzbar ist. Im Übrigen ist auf den Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zu verweisen (s. E. II. 2.3 hiervor), was

den Beweiswert der abweichenden Arztberichte zusätzlich relativiert.

Die Beschwerdeführerin nahm am 21. Januar 2019 zum Gerichtsgutachten Stellung, erhob jedoch keine hier relevanten Einwände. Ihre Ausführungen bezogen sich in erster Linie auf die Frage der Unfallkausalität, welche in der Invalidenversicherung unerheblich ist.

Ansonsten rügt die Beschwerdeführerin einzig, bei der angestammten Tätigkeit könne kein Handschuh getragen werden. Dies ist jedoch unbehelflich, denn für den Invaliditätsgrad kommt es auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit an (s. E. II. 4.3.1 hiernach).

3.7 Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Juli 2015 in der Lage ist, eine leidensadaptierte ■ körperlich vorwiegend leichte und mit möglichst wenig Beanspruchung der linken Hand einhergehende ■ Tätigkeit ganztägig ohne Leistungseinbusse auszuüben.

E. 4

4.1 Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), hier also das Jahr 2015 (s. E. II. 2.2 hiervor). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224).

4.2 Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom ■ wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten ■ letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1).

Die Beschwerdeführerin war zuletzt als Restaurantmitarbeiterin bei der E.____ AG beschäftigt. Diese Stelle wurde ihr wegen der andauernden Arbeitsunfähigkeit gekündigt. Die Beschwerdegegnerin berechnete, ausgehend vom Stundenlohn von CHF 24.95, der laut Arbeitgeberin im Jahr 2015 galt (IV-Nr. 6 S. 4 Ziff. 2.10), ein Valideneinkommen von CHF 50'622.00 (A.S. 2). Dagegen erhebt die Beschwerdeführerin zu Recht keine Einwände.

E. 4.3

4.3.1 Die Beschwerdeführerin ging bis zur angefochtenen Verfügung keiner Erwerbstätigkeit nach. Deshalb sind für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) heranzuziehen (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.). Massgeblich sind die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 5. September 2017 aktuellsten publizierten Zahlen (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_414/2017 vom 21. September 2017 E. 4.2), d.h. die LSE 2014. Abzustellen ist auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), bezogen auf den gesamten privaten Sektor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2014 vom 30. November 2015 E. 5.1): Die Beschwerdeführerin ist im Lichte der Schadenminderungspflicht gehalten, ihre verbleibende Arbeitskraft in sämtlichen ihr zumutbaren und ihren Fähigkeiten entsprechenden Segmenten des Arbeitsmarktes zur Verfügung zu stellen und bei gegebener Möglichkeit auch tatsächlich zu verwerten. Eine Arbeitnehmerin verdiente in diesem

Segment des Arbeitsmarktes durchschnittlich CHF 4'300.00 pro Monat, einschliesslich des Anteils für den 13. Monatslohn (TA1_tirage_skill_level / Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, s. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.6286466.html>, alle Websites zuletzt besucht am 23. September 2019). Dieser Durchschnittslohn beruht auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen (Urteil des Bundesgerichts 9C_422/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 3.3), welche im Jahr 2014 in diesem Arbeitsmarktsegment 41,7 Stunden betrug. (Tabelle «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen» / Total, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.18467484.html>). Passt man das Einkommen zudem an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmerinnen bis 2015 an (Tabelle T1.2.10 / Total, 2014: 103,6 Indexpunkte / 2015: 104,1, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnentwicklung.assetdetail.8046226.html>), so resultiert daraus, bei einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit, ein Tabellenlohn von CHF 54'053.00.

4.3.2 Praxisgemäss ist es beim Invalideneinkommen zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale (wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und E. 5b S. 79) und die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit deswegen auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (a.a.O. E. 5b/aa in fine S. 80). Im vorliegenden Fall würde sich mit dem maximalen leidensbedingten Abzug von 25 % (s. dazu BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und E. 5b S. 79) ein Invalideneinkommen von CHF 40'540.00 ergeben. Daraus resultierte gemessen am Valideneinkommen von CHF 50'622.00 ein Invaliditätsgrad von maximal 19,91 %, der keinen Rentenanspruch begründete.

5. Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie sei auf berufliche Massnahmen «in welcher Form auch immer» angewiesen (A.S. 13). Aus dem Abschlussbericht der Abt. Berufliche Eingliederung der Beschwerdegegnerin vom 4. September 2017 (IV-Nr. 81) geht hervor, dass die Beschwerdegegnerin grundsätzlich dazu bereit ist, die Beschwerdeführerin beim Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Es wurde lediglich für den damaligen Zeitpunkt auf berufliche Massnahmen verzichtet, weil die Beschwerdeführerin sich für ein Berufsfeld interessierte, das nicht ihrem medizinischen Zumutbarkeitsprofil entsprach. Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung denn auch festgehalten, dass sie der Beschwerdeführerin bei der Verwertung ihrer Arbeitsfähigkeit in einem geeigneten Bereich behilflich sein werde, sobald sich diese schriftlich bei ihr melde. Damit ist dem Begehren auf berufliche Massnahmen bereits entsprochen worden (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 271/05 vom 10. November 2005 E. 5).

6. Die Beschwerde stellt sich zusammenfassend als unbegründet heraus und wird abgewiesen.

7. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit

öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

E. 8

8.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Die unterlegene Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu tragen. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

8.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75; BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

9.2 Das Gerichtsgutachten wurde erforderlich, weil sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach dem J. ___-Gutachten, das von der Beschwerdegegnerin eingeholt worden war, verändert hatte. Die neuen Arztberichte wiederum erlaubten keine abschliessende Beurteilung. In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin ein weiteres Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Rentenanspruch befindet. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens zu tragen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285). Diese belaufen sich auf insgesamt CHF 8'000.00, worin jedoch auch der Aufwand für die Fragen in Sachen Unfallversicherung (Verfahren VSBES.2017.170) enthalten ist. Für das vorliegende Verfahren ist daher ein Kostenanteil von CHF 5'333.00 auszuscheiden, der vollumfänglich auf der Beschwerdegegnerin erliegt. Diese hat gegen die Höhe der Begutachtungskosten keine Einwände erhoben, obwohl sie die Rechnungen der beiden Experten zugestellt erhielt (A.S. 103).

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

4. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. C. ___ und Dr. med. D. ___ vom 24. Oktober 2018 werden im Umfang von CHF 5'333.00 der Beschwerdegegnerin auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden

(Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

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