

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00066 vom 27. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00066

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00066 du 27 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00066 del 27 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1980, war mit einem Pen sum von 80 % als Mitarbeiterin des Hausdienstes im Y.____ angestellt (Urk. 6/2/4 , 6/6/1 und 6/11) und im Übrigen als Hausfrau und Mutter beschäftigt , als sie sich am 19. Juni 2013 ihre rechte Hand in einer Türe einklemmte (Urk. 6/8/2) . Sie begab sich noch gleichentags zu Dr. med. Z.____ , Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, in Behandlung. Er diagnostizierte eine Handkontusion und attestierte eine sicher bis zum 28. Juli 2013 andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/8/26). Die AXA Versicherungen AG als Unfallversicherer richtete ab dem 22. Juni 2013 Taggelder aus und übernahm die Behandlungskosten (Urk. 6/8/9, 6/10 und 6/19/2) .

Am 20. November 2013 meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Diese führte am 9. Januar 2014 ein Standortgespräch durch (Urk. 6/5), zog die Unterlagen des Unfallversicherers bei (Urk. 6/8 , 6/19 und 6/30) und tätigte weitere erwerbliche (Urk. 6/6 und 6/11) und medizinische (Urk. 6/15 -17 , 6/20 -22 und 6/28) Abklärungen. Unter anderem nahm sie das vom Vorsorgeversicherer der Versicherten beim Vertrauensarzt Dr. med. A.____ , Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, eingeholte Gutachten vom 22. Juli 2014 zu den Akten (Urk.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise - bei Versicherten, die vor der Beeinträchtigung ihrer Gesundheit nicht erwerbstätig waren - die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art.

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 1.3

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Aus schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

In der angefochtenen Verfügung zog die Beschwerdegegnerin in Betracht, es sei auf den Bericht der Rehaklinik D.____ vom 22. April 2014 abzustellen, wonach ab dem 22. April 2014 in einer angepassten, sehr leichten Tätigkeit, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestand. Gestützt auf das Gutachten von Dr. B.____ vom 2. April 2015 stehe überdies fest, dass seit der Untersuchung vom 23. März 2015 sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch im Aufgabenbereich keinerlei Einschränkungen mehr vorhanden sind. Dementsprechend ermittelte die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von zuerst 31 %

und später 0 % , der keinen Rentenanspruch zu begründen vermöge (Urk. 6/61/3).

Demgegenüber liess die Beschwerdeführerin den Standpunkt vertreten, auf das Gutachten von Dr. B.____ vom 2. April 2015 könne nicht abgestellt werden

(Urk. 1 und

E. 6

/ 30/4-57). Gestützt darauf stellte der Unfallversicherer seine Leistungen mit Verfügung vom 16. Juni 2015 per sofort ein (Urk. 6/32) . Diese Verfügung wurde von der Versicherten angefochten (vgl. Urk. 6/33) und ist im Rahmen des am hiesigen Gericht anhängigen Beschwerdeverfahrens UV.2015.00238 zu beurteilen, in welchem heute ebenfalls ein Entscheid ergeht. Mit Vorbescheid vom 17. September 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 6/36), wogegen sie Einwand erheben liess (Urk. 6/37). Mit Verfügung vom 1. Dezember 2015 verneinte die IV Stelle einen Leistungsanspruch (vgl. Urk. 2 und 6/41). 2.

Gegen die Verfügung vom 1. Dezember 2015 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Jürg Leimbacher, mit Eingabe vom 18. Januar 2016 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr eine Invalidenrente auszurichten; unter Entschädigungsfolgen (zuzüglich Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin. Ferner wurde um die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels ersucht (Urk. 1 S. 2) und der Beizug der Akten des Verfahrens UV.2015.00238 beantragt (Urk. 1 S. 3). Die Beschwerdegegnerin schloss am 3. Februar 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit Verfügung vom 8. Februar 2016 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und

Frist zur Replik angesetzt (Urk. 7). Diese Frist wurde auf entsprechende s Ersuchen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin bis zum 2. Juni 2016 erstreckt (Urk. 7-11). Am 2. Juni 2016 wurde die Replik erstattet (Urk. 12). Mit derselben wurde neu beantragt, es seien die Verfahrenskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Urk. 1 S. 4). Über dies wurden zusammen mit der Replik Texte aus dem Internet neu eingereicht (Urk. 13/1-3). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 27. Juni 2016 auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 15). Davon wurde der Beschwerdeführer in mit Verfügung vom 28. Juni 2016 Kenntnis gegeben (Urk. 16). Mit Eingabe vom 23. August 2016 (Urk. 17) reichte ihr Rechtsvertreter ein Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 19. August 2016 (Urk. 18) ein und beantragte, die Beschwerdegegnerin sei solidarisch mit dem Unfallversicherer zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die Gutachtenskosten von Fr. 4'000.-- (Urk. 19) zu ersetzen (Urk. 17 S. 5). Mit Verfügung vom 24. August 2016 wurde der Beschwerdegegnerin Frist angesetzt, um dazu Stellung zu nehmen (Urk. 20). Sie verzichtete am 9. September 2016 auf das Einreichen einer Stellungnahme (Urk. 21). Dies wurde der Beschwerdeführer in mit Schreiben vom 12. September 2016 mitgeteilt (Urk. 22). Mit Eingabe vom 10. Januar 2017 liess sie eine ärztliche Stellungnahme vom 23. Dezember 2016 zur Duplik des Unfallversicherers im Verfahren UV.2015.00238 einreichen (Urk. 23 und 24/1-2). Davon wurde der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 11. Januar 2017 Kenntnis gegeben (Urk. 25). Die Akten des Verfahrens UV.2015.00238 wurden wie beantragt beigezogen (vgl. Urk. 26).

Auf die Ausführungen der Parteien und die im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Unterlagen (Urk. 13/1-3, 18, 19 und 24/1-2) wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 12

). Vielmehr sei das im Beschwerdeverfahren neu eingereichte neurologische Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie, massgebend (Urk.

E. 17

mit Hinweis auf Urk. 18). 3.

3.1

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten entnehmen, dass sich die Verletzung bereits wegen der Folgen einer Schnittverletzung am linken Daumen vom 1. August 2012 bei

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie und leitender Arzt im Spital F.____, in Behandlung befand. Dieser diagnostizierte am 7. August 2013 eine Quetschverletzung der rechten Mittelhand mit ausgeprägter Schwellung und Schmerzhaftigkeit, klinisch, radiologisch und sonographisch ohne Strukturschaden (Urk. 6/8/23-24). Am 4. September 2013 stellte er ein beginnendes komplexes regionales Schmerzsyndrom an der rechten

Hand fest und attestierte eine 100%ige Arbeits unfähigkeit (Urk. 6/8/16-17). Er erhob am 3. Oktober 2013 eine deut liche Besse rung der Gesamtsituation mit abnehmender Schmerzhaftigkeit und regredienter Schwellung, aber noch deutlich eingeschränkter Funktion der Hand. Die radialen zwei Finger waren gut ansteuerbar, während sich die ulnaren Strahlen noch deutlich in Wartenbergscher-Schonhaltung befanden und einen Hypertonus

in Extension zeigten . Die passive Mobilisation des Mittelfingers führte zu deutlichen Schmerzen im Kontusionsherd und es gab noch deutliche Dystroph ie-Z e i chen (Urk. 6/8/7). Die Arbeitsunfähigkeit betrug gemäss Dr. E.____ weiterhin 100 % (Urk. 6/8/8). Am 30. Oktober 2013 gelang der Versicherten

Dr. E.____ zufolge

unter Assistenz ein voll ständiger Faustschluss der Langfinger bei voller Streckung und guter Weich teilpalpation bei aber noch deutlich hypopathischen Berührungs empfindungen (Urk. 6/8/3). Am 11. Dezember 2013 vermerkte Dr. E.____ einen protrahierten Verlauf mit zunehmender Ansteuerungsschwierigkeit der ulnaren Finger im Sinne eines Neglectes mit Wartenbergscher Fehllhaltung , ohne Strukturschaden . Passiv und assoziiert konnte n der volle Faustschluss und die volle Extension der Langfinger vorgeführt werden, subjektiv unter stärksten Schmerzen (Urk. 6/8/5). Da die Versicherte trotz der Ergo- und Schmerztherapie keine wesentlichen Fortschritte mehr machte, empfahl Dr. E.____ am 4. Februar 2014 einen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik D.____ (vgl. Urk. 6/30/65-66). Derselbe fand vom 18. März bis zum 15. April 2014 statt (vgl. Urk. 6/15/1). 3.2

Im Austrittsbericht der Rehaklinik D.____ vom 2 2. April 2014 wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 6/15/1): A.

Unfall vom 19.06.2013: Einklemmung rechte Hand in einer Balkon türe

Quetschverletzung Mittelhand ulnarseitig rechts

-

im Verlauf CRPS der rechten Hand

-

Behandlung unter anderem mit Stellatumblockaden

Aktuell:

-

in Rückbildung begriffenes CRPS der rechten Hand Motorische Koordinationsstörung, Finger V wird immer über st reckt und abduziert gehalten, Finger IV initial auch über streckt, bei Austritt eher im Grundgelenk gebeugt, neu vor Austritt Finger III immer im Grundgelenk gebeugt:

Verdacht auf konversive Bewegungsstörung der rechten Hand mit bizarrer Fingerhaltung (ICD-10: F44.4) B.

Status nach tangentialer Schnittverletzung dorsal am IP-Gelenk des linken Daumens mit partiellem CRPS im Sommer 2012 C.

Status nach Amputation/subtotaler Amputation (?) Endglied Mittelfin ger rechts im Alter von 2-3 Jahren, Status nach Replantation D.

Status nach gastrokopisch verifizierter Heliobacter-positiver Gastritis (oder Ulcus?) 2010.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, die Versicherte könne ihre rechte Hand gegenwärtig nur intermittierend als Hilfshand mit Daumen und Zeigefinger einsetzen, weshalb sie nur sehr leichte Arbeiten verrichten könne. Wegen des noch nicht voll abgeklungenen CRPS sei ihr derzeit lediglich halbtags eine Arbeitstätigkeit zumutbar. Die linke Hand allein sei uneingeschränkt einsetzbar und belastbar (Urk. 6/15/2).

Es wurde die Auffassung vertreten, die Fehllhaltung und die eingeschränkten aktiven Bewegungen der Finger seien nicht strukturbedingt, sondern würden durch die übermässige Anspannung gewisser Muskelgruppen verursacht

(Urk. 6/15/3). Die bisherigen Behandler hätten die motorische Fehlkoordination als Folge des CRPS beurteilt. Während des stationären Aufenthalts habe sich die motorische Dyskoordination verschlimmert. Nach einem kurzen physiotherapeutischen Versuch, die Beugung der ulnaren Finger durch elektrische Muskelstimulation der langen Flexoren zu verbessern, halte die Versicherte den vorher wenig betroffenen Mittelfinger immer in einer gespannten Beugehaltung im Grundgelenk und könne den Finger in diesem Gelenk nicht mehr strecken. Der Ringfinger, der früher eher in einer Überstreckung gestanden habe, befinde sich nun auch eher in einer angespannten Beugung im Grundgelenk (Urk. 6/15/3 und 6/15/5).

Die ausgeprägte motorische Dyskoordination stehe im Kontrast zu den sonst nur noch bescheidenen und im Aufenthaltsverlauf weiter rückläufigen CRPS-Symptomen und scheine nicht unbedingt nur durch das CRPS erklärbar. Man vermute eine Konversionsstörung als Ursache der bizarren Fingerhaltung. Dies gestützt auf die psychiatrische Evaluation und die – zeitweilige – Beobachtung einer relativ gleichgültig-unbesorgten Haltung gegenüber der betroffenen Hand. Um die erwähnte Verdachtsdiagnose zu erhärten, sei eine neurologisch-elektrophysiologische Abklärung notwendig, um einerseits eine organische neuromuskuläre Pathologie, die allerdings unwahrscheinlich sei, auszuschliessen, und andererseits zu versuchen, zwischen einer Dystonie und einer psychogenen Muskel-Hyperaktivität zu unterscheiden. Therapeutisch gäbe es im Falle einer Dystonie, wofür die Befunde allerdings nicht typisch seien, eine konservative Behandlungsmöglichkeit bei Dr.

G.____ im H.____ (Urk. 6/15/3). Bei einer spastischen Hyperaktivität der intrinsischen Muskulatur bestünde die Möglichkeit einer Botox-Behandlung. Von einer solchen sei bei der vermuteten psychogenen Ursache indessen keine Besserung zu erwarten. Es sei nicht ausgeschlossen, dass nach einer invasiven Behandlung eine weitere Verschlechterung der motorischen Fehlkoordination entstehen könnte, nachdem die Versicherte bereits auf eine kurzfristige elektrische Muskelstimulation der Langfinger-Flexoren mit einer anhaltenden Verschlechterung der dystonen Haltung ihrer Hand reagiert habe (Urk. 6/15/4).

Abschliessend wurde eine neurologische Untersuchung und in Anbetracht der Verdachtsdiagnose einer Konversionsstörung eine Psychotherapie empfohlen. Die Versicherte habe indessen eine psychotherapeutische Behandlung ausdrücklich abgelehnt (Urk. 6/15/2).

Im beiliegenden Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, vom 17. April 2014 zum handchirurgischen Konsilium

wurde eine Hyperaktivität der Interossei - Muskulatur der rechten Hand bei Status nach Quetschtrauma

im Juni 2013 diagnostiziert und ebenfalls eine neurologische Untersuchung mit Elektromyographie der intrinsischen Muskulatur empfohlen, um eine Dysfunktion des Nervus ulnaris auszuschliessen, auch wenn kein Tinel-Zeichen

und keine Lähmung vorhanden seien.

Ferner wurde festgehalten, die Versicherte habe keine Synkinesie, aber wenn sie schlafe (sie trage eine Schiene in Intrinsic Plus), sei der Kleinfinger nicht mehr abduziert und überstreckt (Urk. 6/15/13). 3. 3

Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie im Spital F.____,

führte am 14. Mai 2014 die neurologische Untersuchung durch. Er diagnostizierte eine bizarre Fingerstellung der rechten Hand und äusserte die Verdachtsdiagnosen einer Konversionsstörung oder einer fokalen Dystonie. Zum Status hielt er fest, der Kleinfinger werde in Streckstellung und in abduzierter Position gehalten, der Ringfinger nach rechts in flektierter Stellung. Der Mittelfinger sei ebenfalls im Grundgelenk flektiert. Bei allen drei Fingern könne die Neutralposition erreicht werden, dies sei aber schmerzhaft. Nachts werde mit Hilfe einer Schiene ebenfalls eine Neutralstellung erreicht. Die Hand sei stark druckdolent. Es bestehe eine eingeschränkte Kooperationsfähigkeit. Die Kraftgrade seien nicht schlüssig beurteilbar. Die Versicherte gebe eine Hypästhesie an Dig IV und V an, es sei explizit auch ein radialer Anteil Dig IV betroffen. Sonst werde das Berührungsempfinden als intakt beschrieben (Urk. 6/

E. 19

/ 10).

Gleichentags erhob Dr. E.____ noch deutliche Aktivitätszeichen des CRPS. Die Versicherte zeige überdies einen massiven Strecktonus im Kleinfinger und einen Flexionstonus im Mittelfinger, beide seien muskulär und nicht strukturell bedingt. Unter Ablenkung könnten die fokalen Hypertonien überwunden werden (Urk. 6/16/1). 3. 4

Am 27. Juni 2014 fand die Untersuchung durch Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Neurologie, im Neurozentrum L.____ statt. In seinem Bericht vom 12. Juli 2014 hielt Dr. K.____ einleitend eine fokale Dystonie nach Quetschverletzung der rechten Mittelhand am 19. Juni 2013 mit ausgeprägtem CRPS und einen Status nach tangentialer Schnittverletzung des dorsalen IP-Gelenkes mit (ausgeheiltem) partiellen CRPS am linken Daumen als Diagnosen fest (Urk. 6/17/1).

Dr. K.____ erhob bei kursorisch normalem Neurostatus eine lokale Pathologie des rechten Armes und der rechten Hand. Der Dig IV rechts sei extendiert und leicht abduziert. Der Dig V sei im Grundgelenk flektiert und sonst gestreckt. Der Dig III sei ebenfalls im Grundgelenk flektiert. Es bestehe immer noch eine gewisse Schmerzsituation bei passiver Bewegung der Finger der rechten Hand (Urk. 6/17/1).

Mit dem Nadelektromyogramm habe er die Musculi extensor indicis proprius, abductor digiti quinti, flexor digitorum sublimis (Dig III) und interosseus V rechts untersucht. In allen diesen Muskeln habe es keine pathologische Spontanaktivität gegeben. Eindrucks-mässig bestehe diskret eine erhöhte Ruheaktivität (Urk. 6/17/1).

Dr. K.____ gelangte zur Beurteilung, es handle sich um eine distale Dystonie der Finger der rechten Hand, wie dies immer wieder bei CRPS vorkommen könne. Er habe einen Behandlungsversuch mit Botulinumtoxin unternommen, da medikamentöse Behandlungen in dieser Situation keinen Effekt hätten. Er habe unter nadelelektromyografischer Kontrolle in folgende Muskeln Botox injiziert: - Musculus extensor indicis proprius rechts

25 E - Musculus abductor digiti quinti rechts

E. 20

). 3. 8

Auch Dr. med. M.____, Leitender Arzt für Schmerz und Komplementärmedizin im Spital F.____, hielt in seinem Bericht vom 26. September 2014 (Urk. 6/30/103) eine fokale Dystonie der rechten Hand mit Flexionskontraktur, vor allem im dritten Finger, nach ausgeprägtem CRPS als Diagnose fest.

Die Versicherte habe angegeben, die Situation in der Hand habe sich nach der Behandlung mit Botox massiv verschlechtert. Sie wünsche aus Angst vor weiteren Verschlechterungen langsam keine weiteren Behandlungen mehr. Sie habe einen Berührungsschmerz im Bereich der Finger, dort auch einen ausgeprägten Bewegungsschmerz. In Ruhe verspüre sie lediglich ein Ziehen in den Unterarm, das erträglich sei. Sie besuche zurzeit noch die Ergotherapie. Die Spiegeltherapie mache sie nervös, dort komme man auch nicht weiter (Urk. 6/30/103) .

Dr. M.____ habe mit der Versicherten ausführlich besprochen, dass die Kontrakturen ohne weitere therapeutische Anstrengungen sicher bleiben würden. Da eine neuropathische Komponente dabei sei, habe er mit ihr eine Lyrica- beziehungsweise eine Morphin-Medikation besprochen. Daneben sei sicherlich nochmals die Möglichkeit von Ganglion-Stellatum-Anästhesien vorhanden. Solche habe man bereits im Oktober 2013 an der linken Hand durchgeführt. Die Versicherte habe damals gut darauf angesprochen. Daneben gebe es in solchen Situationen auch immer wieder die Möglichkeit der Akupunkturbehandlung. Die Versicherte habe sich dazu entschieden, nochmals eine Serie Anästhesien des Ganglion-Stellatums durchführen zu lassen (Urk. 6/30/103) .

Am 14. Oktober 2014 vertrat Dr. M.____ die Auffassung, dass das CRPS in der rechten Hand immer noch aktiv sei. Die Spiegeltherapie könne die Versicherte nicht durchführen, da sie dabei sehr nervös werde. Er habe noch zweimal eine Ganglion-Stellatum-Infiltration vorgenommen, mit der die Situation nicht beeinflussbar gewesen sei. Die Versicherte habe von den therapeutischen Anstrengungen, welche nicht fruchteten, endgültig genug. Er habe ihr jedoch erklärt, dass die Kontrakturen ohne Therapie nicht besser würden. Auch eine Akupunkturbehandlung, welche im Prinzip eine gute Indikation für die Behandlung eines CRPS sei, wolle sie nicht mehr versuchen. Angesprochen habe er nochmals eine Versteifung der Finger, damit die Hand wenigstens funktionell wieder eingesetzt werden könne, da diese Kontrakturen doch sehr stark störten (Urk. 6/30/87) .

In seinem letzten Bericht vom 17. November 2014 führte Dr. M.____ eine fokale Dystonie der rechten Hand mit Flexionskontraktur, vor allem im 3. Finger, nach ausgeprägtem CRPS als Diagnose auf. Die Versicherte wünsche keine weiteren Behandlungen mehr (Urk. 6/30/88) . 3. 9

Im

internistisch- rheumatologischen Gutachten von Dr. B.____ vom 2. April 2015 wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt . Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen (Urk. 6/30/46): - Adipositas Grad I (BMI 30,3 kg/m²) - Schwangerschaft (Geburtstermin Ende 10/2015) - Vitamin D-Mangel (19 nmol/l) - Status nach Quetschung der rechten Mittelhand am 19.06.2013 ohne Strukturschaden mit konservativer Therapie und passagerem CRPS - aktuell ohne Zeichen eines aktuellen CRPS mit - bizarren Stellungen des rechten Mittel- und Kleinfingers, die im Verlauf der Zeit und bei Ablenkung nicht konstant sind - Differentialdiagnostisch: - Verdacht auf artifizielle Störung bzw. - Verdacht auf konversive Bewegungsstörung der rechten Hand (ICD-10: F44.4) Status nach Verletzung des linken Daumens am 01.08.2012 mit tangentialer Schnittverletzung des dorsalen IP-Gelenks mit passagerem partiellen CRPS und passagerer funktioneller Daumen fehlstellung (Hyperextensionsstellung im IP-Gelenk) Status nach Amputation/subtotaler Amputation des Endglieds des rechten Mittelfingers im Alter von zwei bis drei Jahren und chirurgische Replantation.

Dr. B.____ vertrat die Auffassung, die Versicherte könne spätestens seit dem 23. März 2015, dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung, sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt ausüben, die Frauen ihres Alters üblicherweise machen könnten; es bestehe weder im Beruf noch im Haushalt eine Limitierung (Urk. 6/30/49, 6/30/51 und 6/30/55). Nach dem Unfall vom 16. Juni 2013 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit bestanden. Am 22. April 2014 sei die Versicherte in einer angepassten sehr leichten Tätigkeit als zu 50 % arbeitsfähig beurteilt worden. Es sei anzunehmen, dass ihre Arbeitsfähigkeit seither allmählich zugenommen habe (Urk. 6/30/51). 3. 10

Der Hausarzt Dr. Z.____ diagnostizierte am 27. April 2015 eine fokale Dystonie der rechten Hand mit Flexionskontraktur vor allem im dritten Finger nach ausgeprägtem CRPS, differentialdiagnostisch eine konversive Bewegungsstörung der rechten Hand, eine depressive Episode, Spannungskopfschmerzen, akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine Schwangerschaft. Seit der Handverletzung vom 19. Juni 2013 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Die rheumatologische Abklärung durch Dr. B.____ greife seiner Ansicht nach zu kurz, da es sich nicht primär um ein rheumatologisches Problem handle. Ein multidisziplinärer Ansatz sei gefordert. Bei einer fokalen Dystonie nach einem CRPS sei mindestens die Beurteilung eines Handchirurgen, eines Neurologen und bei Verdacht auf eine konversive Bewegungsstörung auch eine psychiatrische Begutachtung erforderlich. Eine Überweisung zur Beurteilung und Therapie an Dr. N.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, habe er bereits veranlasst (Urk. 6/28). 3.11

Am 28.

Mai 2015 nahm Dr. E.____ Stellung zum Gutachten von Dr. B.____ . Offensichtlich sei derselben nicht bekannt, dass typischerweise nach einem CRPS neglectoide Veränderungen bis hin zur fokalen Dystonie entstehen könnten und dies eben typischerweise zu einer Ansteuerungsschwierigkeit und Kraftminderung führe. Dass die Versicherte unter Ablenkung eine gewisse Entspannung der Hand erlebe, sei ebenfalls typisch. Die Armumfänge seien bei vermindertem Einsatz der rechten Hand nicht mit hoher Sicherheit unterschiedlich.

Solche als Hinweis für eine fehlende Schonung der rechten Hand zu nehmen, sehe er als unglaubwürdig an. Was bei der schlafenden Patientin beobachtet worden sei, sei ebenfalls

typisch für die fokale Dystonie und könne somit nicht als Gegenargument gegen eine relevante Diagnose erhoben werden. Insgesamt müsse er sagen, dass Dr. B.____ aus rheumatologischer Sicht keine Diagnose stellen könne, das CRPS stelle auch keine rheumatologische Problemstellung dar. Hier sei ein interdisziplinärer Ansatz gefragt, somit sei auch eine Beurteilung von einer Fachdisziplin nicht genügend. Er erwarte eine erneute Begutachtung von einem interdisziplinären Team, um die Situation zu klären (Urk. 6/30/2). 3.12

In der Stellungnahme vom 18. September 2015 gelangte der Neurologe Dr. med. O.____, Facharzt FMH für Neurologie und Vertrauensarzt des Unfallversicherers, zur Beurteilung, es gebe mehrere Ungereimtheiten. Es sei allen bekannt, dass nach einem CRPS gelegentlich neglectoide Veränderungen bis hin zur fokalen Dystonie entstehen könnten. Die gezeigte Symptomatik sei dafür aber nicht typisch. Neglectoide Veränderungen könnten nicht belegt werden. Zwar müsse eine fokale Dystonie mit Sicherheit gesucht werden, sie sei hier jedoch nicht belegt. Gerade Dr. K.____ habe richtigerweise eine fokale Dystonie gesucht (und auch postuliert), welche jedoch auf die von Dr. K.____ verabreichte Botox-Behandlung keinerlei Ansprechen gezeigt habe, was die Beteiligten hellhörig machen würde. Wahrscheinlich würde auch Dr. K.____ darüber in Kenntnis aller Akten hellhörig. Es sei auch richtig, dass eine fokale Dystonie im Schlaf eine geringere Ausprägung zeige, nicht jedoch ein gänzlich Verschwinden der Symptomatik, wie es beschrieben worden sei. Der Verlauf mit Zunahme der Symptomatik und die deutliche Inkonsistenz bei der Prüfung der Kraft sowie die groteske Kraftminderung bei seitengleicher Beschwielung sei hinweisend auf eine konversive Symptomatik. Eine Kraftabnahme auf 2,8 % sei bei einer Dystonie nach CRPS organisches fast nicht zu erklären. Aus seiner Sicht könne auf das Gutachten von Dr. B.____ abgestellt werden, eine interdisziplinäre Begutachtung halte er nicht für notwendig (Urk. 6/26/9/M40 S. 2).

Eine fokale Dystonie sei nicht überwiegend wahrscheinlich und er beurteile die Versicherte als zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 6/26/9/M40 S. 7). 3.13

Aus dem im Beschwerdeverfahren neu eingereichten neurologischen Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 19. August 2016 geht hervor, dass dieser die Beschwerdeführerin am 19. Mai und am 9. Juni 2016 untersuchte (Urk. 18 S. 1). Als Diagnose hielt er einen Status nach Quetschtrauma der Hand (19.06.2013) mit Entwicklung eines CRPS, eine posttraumatische fixierte Dystonie der rechten Hand (ICD-10: G24.8; M89.0), einen Status nach tangentialer Schnittverletzung dorsal am IP-Gelenk des linken Daumens mit möglichem partiellem CRPS (01.08.2012) und einen Status nach Endgliedverletzung des Mittelfingers rechts im Alter von 2-3 Jahren fest (Urk. 18 S. 12 und 19).

Die Simulation einer fixierten Dystonie sei sehr selten. Neben der klinischen Untersuchung und Beschreibung des dystonen Zustandsbildes gebe es keine einfachen apparativen Tests, welche die klinische Diagnose einer Dystonie eindeutig unterstützen beziehungsweise gegenüber einer Simulation abgrenzen könnten. Als Hinweis auf eine nicht bewusste Ursache der fixierten Dystonie könne die bei der Versicherten beobachtete Seitendifferenz der silent period gelten. Die Untersuchung der silent period sage etwas über den Zustand inhibitorischer zentral motorischer Mechanismen aus, wobei diese im Einzelnen sehr komplex und nicht vollständig verstanden seien. Auf ein Problem im Bereich der Verarbeitung sensorischer Zuflüsse weise das rechts sowohl aktiv wie passiv gestörte Nachmachen von passiven vorgemachten oder nachzuahmenden Bewegungen der linken

Seite hin . Eine ähnliche Störung der Verarbeitung sensorischer Zuflüsse bei funktionellen Störungen sei kürzlich beschrieben worden (Urk. 18 S. 17 mit Hinweisen).

Auf zwei Punkte sei speziell einzugehen:

Es entspreche der klinischen Erfahrung, dass sich dystone Phänomene im Schlaf veränderten. In der Regel nähmen sie ab, dies gelte auch für fixierte dystone Stellungen. Die Abnahme einer Haltung im Tiefschlaf oder unter Narkose schliesse lediglich eine Kontraktur im Bereich der befallenen Gelenke aus, erlaube jedoch nicht zu unterscheiden, ob die Dystonie psychogen oder organisch sei. Es sei nicht haltbar, die Abnahme der dystonen Handstellung im Schlaf als Hinweis auf ein Fehlen jedwelcher Störung zu nehmen (Urk. 18 S. 17 f.).

Es entspreche auch der Erfahrung, dass dyston dauerüberaktive Menschen hypertrophierten. Bei der Versicherten sei der Musculus flexor digitorum superficialis praktisch dauernd aktiv und deswegen hypertrophiert, was die Seitendifferenzen im Bereich der Unterarmmuskulatur problemlos erklären könne. Im Übrigen bestehe nicht nur am rechten Oberarm, sondern auch am distalen Oberschenkel eine leichte Umfangdifferenz zu Gunsten der rechten Seite, was auf eine Rechtsdominanz der Motorik hinweisen könne (Urk. 18 S. 18).

Verglichen mit dem Anfangsbefund sei eine deutliche Besserung der Handbeschwerden eingetreten und die Versicherte könne die rechte Hand für kleinere und kurze Tätigkeiten wieder einsetzen (Urk. 18 S. 19). Im Prinzip könne die Versicherte alles machen, was nicht mit kräftigem Greifen mit der rechten Hand und belastenden und andauernden Bewegungen mit dem rechten Arm einhergehe. Heben und Tragen mit der rechten Hand sei nur jeweils kurzzeitig und für leichte Gegenstände, die mit Daumen und Zeigefinger gefasst werden könnten, möglich. Für die Haltung und die Beweglichkeit ergäben sich keine zusätzlichen Einschränkungen. Als Putzfrau sei die Versicherte nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 18 S. 20).

Zum Gutachten von Dr. B.____ bemerkte Dr. C.____ , es werde der neurologischen Problematik in keiner Weise gerecht. Seiner Meinung nach sei es unvollständig und in den Schlüssen falsch. Offensichtlich sei Dr. B.____ das Störungsbild einer fixierten posttraumatischen Dystonie nicht bekannt (Urk. 18 S. 21).

Zur Stellungnahme von Dr. O.____ brachte Dr. C.____ vor, es sei bemerkenswert, dass in derselben die Möglichkeit einer fixierten Dystonie nicht in Erwägung gezogen und eine natürliche Kausalität nur möglicherweise als gegeben erachtet worden sei. Dem könne er nicht zustimmen (Urk. 18 S. 22).

4. 4.1

Es ist strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. B.____ vom 2. April 2015 (Urk. 6/30/5-57) abgestellt hat (vgl. Urk. 1, 2, 5, 12

und 17). 4.2

In formeller Hinsicht wurde gegen das zur Diskussion stehende Gutachten eingewandt, es mangle an der Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit von Dr. B.____ ; wer innert weniger Jahre mit Sozialversicherern Millionen umsätze erziele, könne zweifelsohne nicht als unabhängig bezeichnet werden (Urk. 1 S. 3 und 12 S. 2). Hierzu ist festzuhalten, dass

das Auftrags- und Honorarvolumen für sich allein gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine als Ausstandsgrund zu qualifizierende Abhängigkeit einzelner Experten von den IV-Stellen und anderen Sozialversicherungsträgern schafft (BGE 137 V 210 E. 1.3.3). Dies wurde im Verlauf des Beschwerdeverfahrens auch vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin richtig erkannt (vgl. Urk. 1 2 S. 2 mit Hinweis auf das Urteil 8C_740/2015 vom 11. Februar 2016). Darüber hinaus ist zu bemerken, dass der Unfallversicherer vor Erteilung des Gutachtensauftrages der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 7. Januar 2015 – den vom Bundesgericht statuierten Grundsätzen entsprechend (vgl. BGE 139 V 349, 138 V 318 und 137 V 210) – unter anderem auch die Gelegenheit eingeräumt hatte, Ausstands- und Ablehnungsgründe gegen Dr. B.____ vorzubringen (vgl. Urk. 26/9/A46 und 26/9/A50). Die Beschwerdeführerin liess die ihr dafür angesetzte Frist jedoch ungenutzt verstreichen. Wer die sachverständige Person nicht unverzüglich als befangen ablehnt, wenn er von einem Ablehnungsgrund Kenntnis erhält, hat seinen Anspruch auf die spätere Anrufung der Verfahrensgarantie verwirkt (BGE 137 V 210 E. 6.1.1 mit Hinweisen). Ungeachtet dessen spielt es ohnehin keine Rolle, ob Dr. B.____ wie von Seiten der Beschwerdeführerin behauptet in einem anderen, eine andere Person betreffenden Verfahren bereits einmal als voreingenommen qualifiziert wurde (vgl. Urk. 12 S. 2 mit Hinweis). Hier ist einzig massgeblich, dass keinerlei Zweifel an einer unbefangenen Begutachtung der Beschwerdeführerin bestehen. Es wurde denn auch nichts Konkretes behauptet, was in dieser Hinsicht Bedenken zu erwecken vermöchte. Die Tatsache allein, dass die Beschwerdeführerin und ihr Rechtsvertreter mit dem Inhalt des Gutachtens nicht zufrieden sind (Urk. 1 2 S. 2 f.), genügt jedenfalls nicht. 4.3

Das Gutachten von Dr. B.____ basiert auf der fachärztlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 23. März 2015, bei welcher eine Dolmetscherin zugegen war (Urk. 6 / 30/4 und 6 / 30/6). Es wurde in Kenntnis der Vorakten und weiterer beigezogener Unterlagen erstattet (Urk. 6/30/4 und 6 / 30/9-35). Dr. B.____ erhob eine ausführliche Anamnese (Urk. 6/30/6-38) und liess die Beschwerdeführerin ihre subjektiven Beschwerden und ihren Tagesablauf schildern (Urk. 6 / 30/36-37). Bei dieser Gelegenheit berichtete die Beschwerdeführerin auch davon, wie sie mit ihrer Familie zusammen eine gekaufte Pizza gegessen habe (Urk. 6 / 30/32). Entgegen der in der Replikschrift vertretenen Ansicht (Urk. 1 2 S. 3) ist es nicht zu beanstanden, dass Dr. B.____ die betreffenden Schilderungen vollständig und – insoweit unbestritten – korrekt festhielt, unabhängig davon, ob sie als nebensächlich oder als wesentlich zu werten sind.

Zu Recht wurde nicht behauptet, Dr. B.____ habe in ihrem Gutachten entscheidungsrelevante Ausführungen der Beschwerdeführerin ausser Acht gelassen. Aus demselben geht namentlich hervor, die Versicherte habe bei der Untersuchung erklärt, sie spüre keine Schmerzen an der rechten Hand, wie meistens in der letzten Zeit. Sie müsse jedoch den Mittelfinger nach unten einrollen und den Kleinfinger nach oben strecken. Sie wisse nicht, weshalb das so sei. Sie setze die Hand nun regelmässig ein. Dabei halte sie die Gegenstände mit dem Daumen und dem Zeigefinger. Sie schreibe mit der rechten Hand und bediene ihr Nadel mit der rechten Hand. Es werde immer schlimmer mit den seltsamen Stellungen des Mittel- und Kleinfingers der rechten Hand. Nichts helfe (Urk. 6 / 30/36 und 6/30/47). 4.4

Nebst den Angaben der Beschwerdeführerin berücksichtigte Dr. B.____ ihre eigenen Beobachtungen. Demnach habe die Versicherte beim flinken An- und Ausziehen die rechte Hand eingesetzt. Ausserdem habe sie die Schuhe mit der rechten Hand geöffnet. Beim Drehen auf der Untersuchungsfläche liege von der Rücken- auf die Bauchlage habe die

Versicherte sich sogar auf der rechten Hand abgestützt (Urk. 6 / 30/47 und 6/30/52). Dieses Vorgehen Dr. B.____ s gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. Ihre Beobachtungen stehen zudem mit denjenigen Dr. C.____ s in Einklang, welcher in seinem Gutachten ebenfalls den ungehinderten Einsatz der Hand bei Alltagsbewegungen beschrieben hat (Urk. 18 S. 10). 4.5

Insbesondere beruht das Gutachten von Dr. B.____ auf einer eingehenden Befunderhebung (Urk. 6 / 30/39-44). Dieselbe habe unter anderem eine an beiden Handgelenken und Händen eine symmetrische Farbe ergeben. Die Temperatur an beiden Handrücken und Handflächen differiere um maximal 0.3°C. Da dieser Temperaturunterschied kleiner als 1°C sei, gelte er als nicht signifikant. Die Handgelenke und die Hände wiesen keine Schwellung, keine Synovitiden und keinen vermehrten Glanz auf. Die Behaarung und die Schweissbildung an den Händen seien seitengleich. Die Fingernägel seien an beiden Händen symmetrisch normal. Von den sechs an beiden Armen gemessenen Umfängen seien zwei rechts gleich gross wie links. Ein Armumfang sei rechts ein halber Zentimeter kleiner als links. Die übrigen drei Armumfänge seien rechts grösser als links, nämlich einen halben bis zwei Zentimeter (Urk. 6 / 30/41-42 und 6/30/47). Dies zeige, dass die Versicherte die rechte Hand beziehungsweise den rechten Arm nicht schone. Bei einer lang andauernden Schonung einer Hand beziehungsweise eines Armes wäre eine Minderung der Armumfänge an der betroffenen Seite eingetreten, während die Armumfänge der Gegenseite zugenommen hätten. Dies sei jedoch nicht eingetreten (Urk. 6 / 30/47-48).

Bei der geschilderten Befundlage und in Anbetracht dessen, dass die Versicherte über keine Schmerzen mehr klagte, kam Dr. B.____ zum nachvollziehbaren und einleuchtenden Schluss, die sogenannten Budapest-Kriterien für die Diagnose eines CRPS seien aktuell nicht erfüllt (Urk. 6/30/49). Diese Schlussfolgerung wird auch durch das Gutachten von Dr. C.____ vom 19. August 2016 (Urk. 18) und dessen ergänzendes Schreiben vom 23. Dezember 2016 (Urk.

E. 24

/2 S. 1), welche alleine die Diagnose eines CRPS nicht zu begründen vermögen. 4.6

Es trifft zwar zu, dass Dr. B.____ die (ursprünglich) im Raum stehende Diagnose einer fokalen Dystonie in der Zusammenfassung der medizinischen Aktenlage erwähnte, ohne sich in ihrem Gutachten weiter dazu zu äussern (vgl. 6/30/5-57). Deswegen ist Dr. B.____ indessen nicht – wie behauptet (Urk. 1 S. 4 und 1 2 S. 2 f.) – eine Unterlassung vorzuwerfen. Bei einer fokalen Dystonie handelt es sich um ein neurologisches Leiden, für dessen Beurteilung es der internistisch-rheumatologischen Gutachterin an der fachärztlichen Kompetenz mangelte. Es spricht daher gerade für die Qualität des Gutachtens von Dr. B.____ , dass sie auf entsprechende Ausführungen verzichtete.

Mit Bezug auf die zur Diskussion stehende fokale Dystonie erkannte der Neurologe Dr. O.____ insoweit nachvollziehbar und in Übereinstimmung mit Dr. E.____ (vgl. Urk. 6/30/2), dass nach einem CRPS gelegentlich neglectoide Veränderungen bis hin zur fokalen Dystonie entstehen können (Urk. 26/ 9/M40 S. 6). Er vertrat die Auffassung, die letztgenannte Diagnose sei zwar in Betracht zu ziehen, sie sei hier jedoch nicht belegt (Urk. 26/ 9/M40 S. 6). Seine Einschätzung deckt sich mit der medizinischen Aktenlage. Bereits während des Aufenthalts in der Rehaklinik D.____ wurde – nebst dem Verdacht auf eine konversive Bewegungsstörung der rechten Hand mit bizarrer Fingerhaltung (Urk. 6/15/1 und 6/15/ 3) – der Verdacht auf eine Dystonie geäussert, wobei die erhobenen Befunde für

eine solche als nicht typisch beurteilt wurden (Urk. 6/15/ 3). Der Neurologe Dr. J.____ diagnostizierte lediglich eine bizarre Fingerstellung der rechten Hand und äusserte die sich aufdrängenden Verdachtsdiagnosen einer Konversions störung und einer fokalen Dystonie. Er vermochte die in Frage stehende neurologische Diag nose nicht mit entsprechenden Befunden fachärztlich zu objektivieren, sondern hielt fest, das Auftreten der bizarren Fingerstellung unmittelbar in Anschluss an den Unfall und die Verschlechterung in der Rehaklinik D.____ nach der Stromapplikation sprächen eher für eine Konversionsstörung (Urk. 6/19/9-10) . In seinem Bericht vom 15. Mai 2014 zu Händen Dr. K.____ s und Dr. Z.____ s erwähnte Dr. E.____ denn auch

insofern korrekt

ledig lich den Verdacht auf eine fokale Dystonie (Urk. 6 / 19/7).

Zwar hielt der Neurologe Dr. K.____ in der Folge in seinem Bericht vom 12 . Ju l i 2014 (Urk. 6/17) einleitend eine fokale Dystonie nach Quetsch ver letzung der rechten Mittelhand am 19. Juni 2013 mit ausgeprägtem CRPS als Diagnose fest. Befunde, welche eine solche Diagnose untermauern würden, hatte er jedoch k eine erhoben . Ebenso wenig begründete Dr. K.____ in seinem zweiten Bericht die Diagnose einer fokalen Dystonie, obwohl sich dies in Anbetracht der unterbliebenen Besserung nach der erfolgten Botox-Behand lung (Urk. 6/21/1) geradezu aufgedrängt hätte (vgl. Urk. 6 / 15/ 4 und 26/ 9/M40 S. 6). Die von Dr. K.____ gestellte Diagnose erscheint daher, wie Dr. O.____ richtig erkannte (Urk. 26/ 9/M40 S. 6), nicht überzeugend. Dies gilt unabhängig davon, ob sich Dr. K.____

- wie von Dr. O.____ postuliert (Urk. 26/ 9/M40 S. 4 und 6) - im Rahmen der Begründung der gestellten Diagnose mit dem Verschwinden der dystonen Symptomatik während des Schlafs hätte auseinandersetzen müssen. Der letztgenannte Umstand war

entgegen der in der Replikschrift vertretenen Auffassung (vgl. Urk. 1 2 S. 3 f.) für Dr. O.____ denn auch nicht der ausschlaggebende oder gar einzige Grund dafür, eine fokale Dystonie als nicht überwiegend wahrscheinlich zu erachten (vgl. Urk. 26/ 9/M40 S. 6). Es erübrigt sich daher zu untersuchen, wie sich die herrschende Lehre zu dieser Thematik äussert. Dementsprechend ist auch nicht näher auf die in diesem Zusammenhang eingereichten Inter netauszüge (vgl. Urk. 13 /1-3) einzugehen. Lediglich am Rande ist dennoch zu bemerken, dass auch der Neurologe Dr. C.____

bloss davon sprach, es ent spreche der klinischen Erfahrung, dass sich dystone Phänomene im Schlaf veränderten. In der Regel nähmen sie ab (Urk. 18 S. 17). Von einem gänzli chen Verschwinden war auch in seinen Darlegungen nicht die Rede.

Weitere Behandler, denen es allen an einer fachärztlichen neurologischen Ausbildung mangelt, übernahmen in der Folge die von Dr. K.____ in den Raum gestellte Diagnose. So führte Dr. E.____ , welcher am 1 5. Mai 2014 bloss eine entsprechende Verdachtsdiagnose erwähnt hatte (Urk. 6/16/1), in seinem Bericht vom 2 7 . August 2014 neu die Diagnose einer fokalen Dysto nie auf, ohne dass er dieselbe begründete oder sich mit den (unterbliebenen) Effekten der Botox-Behandlung auseinandergesetzt hatte (Urk. 6/20). Auch Dr. M.____ sprach in seinen Berichten vom 26. September 2014 (Urk. 6/30/103) und vom 17. November 2014 (Urk. 6/30/88) von einer foka len Dystonie der rechten Hand mit Flexionskontraktur, vor allem im dritten Finger, nach ausgeprägtem CRPS, obwohl ihm die Versicherte zuvor von einer massiven Verschlechterung infolge der Botox-Behandlung berichtet hatte. Schliesslich diagnostizierte auch der Hausarzt Dr. Z.____ am 27. April 2015

pauschal eine fokale Dystonie der rechten Hand mit Flexionskontraktur vor allem im dritten Finger nach ausgeprägtem CRPS, differentialdiagnostisch eine konversive Bewegungsstörung der rechten Hand, nebst einer depressiven Episode, Spannungskopfschmerzen, akzentuierten Persönlichkeitszügen und eine Schwangerschaft (Urk. 6/28). Aus dem Umstand, dass sich diverse Ärzte (unkritisch) der Diagnose Dr. K.____s anschlossen, lässt sich entgegen der offenbar vor Seiten der Beschwerdeführerin vertretenen Ansicht nicht folgern, eine fokale Dystonie sei überwiegend wahrscheinlich beziehungsweise die Aktenbeurteilung Dr. O.____s sei nicht korrekt (vgl. Urk. 1 2 S. 3 f.). Dies muss umso mehr gelten, als der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Es trifft zwar zu, dass nebst den behandelnden Ärzten auch der Gutachter Dr. A.____ die Diagnose einer fokalen Dystonie stellte (Urk. 1 2 S. 3). Er ist jedoch ebenfalls kein fachärztlich ausgebildeter Neurologe und beschränkte sich im Wesentlichen darauf, sämtliche in Frage kommenden – und sich zum Teil gegenseitig ausschliessenden – Diagnosen aufzulisten (Urk. 6/22/7 und 6/22/8). Dieselben begründete er auch nicht anhand der erhobenen Befunde. Mit Bezug auf das CRPS führte er ferner aus, es habe sich in der Folge des Unfalls ein unklares komplexes Schmerzsyndrom mit Anhaltspunkten für ein partielles CRPS entwickelt (Urk. 6 / 2 2 / 6), was zumindest Zweifel am Gehalt seines Gutachtens zu wecken vermag. Es kommt hinzu, dass er auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar begründete, geschweige denn mit den erhobenen Befunden untermauerte. Seine Ausführungen sind daher ebenfalls nicht geeignet, die Beurteilung Dr.

O.____s in Frage zu stellen.

Ebenso wenig vermag das neurologische Gutachten von Dr. C.____ an der Beurteilung durch Dr. O.____ Zweifel zu erwecken. Dr. C.____ hatte weitgehend unauffällige neurologische Befunde erhoben (vgl. Urk. 18 S. 10 ff.). Er stellte einzig eine Differenz der sogenannten Silent period (rechts: 116 msec, links: 84 msec) und ein aktiv und passiv gestörtes Nachmachen von passiven vorgemachten oder nachzuahmenden Bewegungen der linken Seite fest, womit Hinweise auf funktionelle Störungen bestünden, wie sie bei Dystonien vorkämen (Urk. 18 S. 17). Seinen Ausführungen lässt sich indessen nicht ansatzweise entnehmen, dass er das Bestehen eines neurologischen Leidens, namentlich einer fokalen Dystonie, als überwiegend wahrscheinlich erachtete (vgl. Urk. 18). Denselben mangelt es auch an einer Auseinandersetzung mit den fehlenden Wirkungen der Botox-Behandlung (vgl. Urk. 18). Ein neurologisches Leiden, dem bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung Rechnung zu tragen wäre, erscheint unter diesen Umständen nicht überwiegend wahrscheinlich. Insbesondere ist entscheidend, wie die Versicherte ihre Hand einsetzen kann, unabhängig davon, ob die noch gezeigte bizarre Fingerstellung auf einem neurologischen oder einem psychischen Leiden oder gar auf einer Simulation beruht. 4.7

Dr. B.____ erhob eine normale Beweglichkeit beider Handgelenke und sämtlicher Finger der linken Hand, ebenso des Daumens und des Zeigefingers der rechten Hand. Die passive Prüfung der Beweglichkeit der Fingergelenke des rechten Mittel-, Ring- und Kleinfingers lasse die Versicherte nicht zu. Sie gebe an, dass dabei Schmerzen aufträten. Sie zeige eine maximale Flexion des MP-Gelenks des Mittelfingers der rechten Hand und

gestreckte PIP- und DIP-Gelenke. Dabei berühre sie mit dem Endglied des Mittelfingers die Handfläche. Sie berichte, dass sie diese maximale Flexion im MP-III-Gelenk nicht verändern könne. Es falle jedoch auf, dass der Abstand des Endgliedes des Mittelfingers zur Handfläche bei Ablenkung zunehme bis auf einen Abstand von etwa zwei Zentimetern. Den rechten Ringfinger halte die Versicherte im MP-Gelenk in einer Mittelstellung mit gestreckten PIP- und DIP Gelenken. Den rechten Kleinfinger halte sie meist in einer im MP-Gelenk gestreckten und abduzierten Stellung mit gestreckten PIP- und DIP Gelenken. Unter Ablenkung verminderten sich die Streckung und Abduktion im rechten MP-Gelenk des Kleinfingers, was zu einer Verbesserung der Fingerstellung führe (Urk. 6/30/48 und 6/30/49). Zumindest Letzteres wurde während der Untersuchung durch Dr. B.____ fotografisch dokumentiert (Urk. 6/30/57). Ferner beobachtete auch Dr. C.____ eine Veränderung der Flexion des Mittelfingers (Urk. 18 S. 10 und 21), was die Schilderungen Dr. B.____s zusätzlich als glaubhaft erscheinen lässt.

Bei der Messung der maximalen Handkraft zeigte die Versicherte gemäss Dr. B.____ mit der rechten Hand nur eine maximale Handkraft von 3 % (bzw. 1 kp). Die demonstrierte Handkraft rechts stimme nicht mit dem gezeigten Einsatz der rechten Hand bei der Untersuchung überein. Mit der gezeigten Handkraft könnte sie sich weder rechtshändig flink an- und ausziehen noch ihr Handy rechtshändig bedienen noch sich auf der rechten Hand abstützen, wie sie es bei der Untersuchung gemacht habe. Zweifellos wäre es bei einer derart verminderten Handkraft zu einer deutlichen Verminderung der Arummüdigkeit rechts gegenüber links gekommen, was jedoch nicht der Fall sei (Urk. 6/30/48). Diese Ausführungen Dr. B.____s erscheinen einleuchtend. Sie werden auch nicht durch den Hinweis Dr. C.____s entkräftet, die Seitendifferenzen im Bereich der Unterarmmuskulatur liessen sich problemlos mit einem dauernd aktiven und deswegen hypertrophierten Musculus flexor digitorum superficialis erklären (Urk. 18 S. 18 und 22).

Ferner erkannte Dr. B.____ insoweit zutreffend, dass der Vergleich der Fotografien der rechten Hand im Dossier des Unfallversicherers (vgl.

Urk. 26/9/A32) mit den aktuellen Fotografien (vgl. Urk. 6/30/57) zeigt, dass es im Lauf der Zeit zu einem Wechsel der bizarren Stellungen der rechten Mittel-, Ring- und Kleinfinger gekommen ist (Urk. 6/30/49). Eine entsprechende Veränderung wurde auch im Bericht der Klinik D.____ beschrieben (vgl. 6/15/1, 6/15/3 und 6/155) und von Dr. C.____ bestätigt, welcher sie als eine progrediente Entwicklung wertete (Urk. 18 S. 16 und 21). In Anbetracht der gemachten Beobachtungen während der Untersuchung am 23. März 2015 erscheint es als schlüssig, dass Dr. B.____ die Auffassung vertrat, die bizarren Fingerstellungen seien auch aktuell nicht konstant (Urk. 6/30/49). Sie erkannte zudem zutreffend, dass bei der stationären Behandlung in der Rehaklinik D.____ sogar festgestellt wurde, dass die Stellung des rechten Kleinfingers bei der schlafenden Explorandin normal war (vgl. Urk. 6/15/13). Ebenso ist ihre Feststellung korrekt, dass die Versicherte bereits bei der früheren Verletzung vom 1. August 2012 am linken Daumen eine eindrückliche funktionelle Hyperextensions-Fehlstellung im IP-Gelenk gezeigt hatte, die spontan verschwand, als sie sich am 19. Juni 2013 an der rechten Hand verletzte. Vor diesem Hintergrund ist auch nicht zu beanstanden, dass Dr. B.____ ein spontanes Verschwinden der aktuell noch vorhandenen bizarren Stellungen des Mittel-, Ring- und Kleinfingers als denkbar erachtete und es ebenso für denkbar hielt, dass diese Fehlstellungen von der Versicherten bewusst dargestellt werden (Urk. 6/30/49). Wie es sich tatsächlich verhält, kann mangels einer invalidenversicherung rechtlichen Relevanz jedoch offen bleiben.

Es erscheint angesichts des beobachteten Verhaltens der Beschwerdeführerin und der erhobenen Befunde als nachvollziehbar, dass Dr. B.____ zum Schluss gelangte, die Versicherte könne aktuell sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt ausüben (Urk. 6 / 30/49, 6/30/51 und 6/30/ 5 5). Daran vermöchte weder die fachärztlich gestellte Diagnose einer fokalen Dystonie noch ein fachärztlich diagnostiziertes psychisches Leiden , welche als Ursachen der beobachteten bizarren Fingerstellung in Betracht kommen, etwas zu ändern.

In diesem Zusammenhang bleibt dennoch zu erwähnen, dass Dr. med. N.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bei der Beschwerdeführerin offenbar keine psychische Erkrankung zu diagnostizieren vermochte (vgl. Urk. 18 S. 7). 4. 8

Das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. B.____ ist schlüssig und erfüllt sämtliche der vom Bundesgericht statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat. Mit demselben ist belegt, dass die Beschwerdeführerin seit dem 22. April 2014 in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 50 % arbeitsfähig ist und ihre Arbeitsfähigkeit seither allmählich zugenommen hat (Urk. 6/30/51).

Die Beschwerdegegnerin zog in diesem Zusammenhang in Betracht, eine Einschränkung in dem mit 20 % gewichteten Aufgabenbereich als Hausfrau und Mutter, welche zusammen mit der ermittelten Einschränkung im erwerblichen Bereich einen renten begründenden Invaliditätsgrad zu ergeben vermöchte, liege nicht vor (vgl. Urk. 2 und 6/35/7). Diese Auffassung wurde weder im Beschwerdeverfahren gerügt noch erscheint sie in Anbetracht der Aktenlage als offensichtlich unrichtig, weshalb kein Anlass besteht, davon abzuweichen. Spätestens seit dem 23. März 2015 kann die Beschwerdeführerin gemäss Dr. B.____

ihre rechte Hand wieder ohne Einschränkungen im Beruf und im Haushalt einsetzen. Zu Recht wurde von Seiten der Beschwerdeführerin nicht beanstandet, dass die Beschwerdegegnerin unter diesen Umständen keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad ermittelte und dem entsprechend einen Rentenanspruch verneinte (vgl.

Urk. 1, 12 und

17). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 6.

Mit Bezug auf den beantragten Ersatz der Gutachterkosten (Urk. 17 S. 5) bleibt festzuhalten, dass die Kosten privat eingeholter Gutachten nur dann zu vergüten sind, wenn die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c). Dies trifft vorliegend nicht zu, da sich der massgebliche medizinische Sachverhalt mit den bereits zuvor vorhanden gewesenen Unterlagen beurteilen lässt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage der Kopien von Urk. 26/9/A32, 26/9/A46, 26/9/A50 und Urk. 26/9/M40 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

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