Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 12. September 2013 (725 13 142 / 218)

Unfallversicherung

Invalidenrente nach UVG; Würdigung des polydisziplinären Gutachtens; Bemessung der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit und des leidensbedingten Abzugs zur Bestimmung des Invaliditätsgrads

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Tina Gerber
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Bernhard Fischer, Advokat, Postgasse 9, Postfach 182, 4450 Sissach gegen **Branchen Versicherung Schweiz**, Irisstrasse 9, Postfach, 8032 Zürich, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Adelrich Friedli, Rechtsanwalt, Stationsstrasse 66a, 8907 Wettswil
Betreff	Leistungen

A. Die 1973 geborene A.____ war vom 25. August 2006 bis zum 31. Mai 2010 bei der B.____ AG in C.____ als Produktionsmitarbeiterin angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Branchen Versicherung Schweiz (Branchen Versicherung) obligatorisch gegen die Folgen von Betriebs- und Nichtbetriebsunfällen versichert. Daneben arbeitete A.____ für diverse Liegenschaftsverwaltungen als Hauswartin. Am 29. September 2009 verunfallte A.____ bei der Arbeit

für die B.____ AG, als sie beim Beladen eines Wagens mit einer Kiste das Gleichgewicht verlor und auf den rechten Arm stürzte. Dabei zog sie sich eine Distorsion mit radialer Läsion TFCC rechts und einer LT-Bandläsion rechts zu. Am 23. Dezember 2009 wurde bei A.____ eine Operation mit einer diagnostischen Handgelenksarthroskopie, einer Ulnaverkürzungsosteotomie, einer TFCC-Reinsertion, einer temporären LT-Transfixation mit Boltschraube sowie einer LT-Band Augmentation mit Retinakulumstreifen durchgeführt. Am 26. August 2010 und 7. Oktober 2011 folgten weitere Operationen zur Entfernung der Boltschraube und der Metallplatte. Die Branchen Versicherung erbrachte nach dem Unfall die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggelder). Mit Verfügung vom 1. November 2012 stellte die Branchen Versicherung nach Einholung eines polydisziplinären Gutachtens die Taggeldleistungen ein und lehnte den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung ab. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache hiess die Branchen Versicherung mit Entscheid vom 2. April 2013 insoweit gut, als A.____ neu eine Invalidenrente entsprechend einer Invalidität von 19% zugesprochen wurde.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Bernard Fischer, Advokat, mit Eingabe vom 8. Mai 2013 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 2. April 2013 aufzuheben, soweit er die Einsprache abweise, es sei auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 50% zu erkennen und eine entsprechende Rente mit Wirkung ab 1. November 2012 zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung und Festsetzung des Rentenanspruchs an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e Kostenfolge. Der Beschwerdeführerin sei ausserdem die unentgeltliche Rechtspflege und die unentgeltliche Verbeiständung zu bewilligen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wird der Beizug der Vorakten beantragt. Zur Begründung führte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen aus, dass auf das eingeholte polydisziplinäre Gutachten des Gutachtenzentrums D.____ aus formellen und materiellen Gründen nicht abgestellt werden könne. Vielmehr sei der medizinischen Einschätzung des behandelnden Handchirurgen zu folgen. Bei dem für die Invaliditätsbemessung herangezogenen Tabellenlohn sei ausserdem statt einem leidensbedingten Abzug von 10% ein solcher von 20% angemessen.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 10. Juni 2013 schloss die Beschwerdegegnerin, nunmehr vertreten durch Adelrich Friedli, Advokat, auf Abweisung der Beschwerde und des Gesuchs um unentgeltliche Verbeiständung.

D. Mit Eingabe vom 31. Juli 2013 reichte die Beschwerdeführerin ergänzend Unterlagen aus dem Verfahren der Invalidenversicherung (IV) ein, die vor Hängigkeit des vorliegenden Verfahrens dem IV-Dossier noch nicht beigelegen hätten.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG)

vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in E.____, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 8. Mai 2013 ist demnach einzutreten.

2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin mit Einspracheentscheid vom 2. April 2013 eine Invaliditätsrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 19% zugesprochen. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine höhere Rente entsprechend einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% hat.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren.
3.2 Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.3 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beein-

trächtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen).

4.1 Gemäss dem im Sozialversicherungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 443 f. Rz 2 ff.). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (LOCHER, a.a.O., S. 451 Rz 41). Nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, heute: Schweizerisches Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen) liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (vgl. Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

4.2 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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 demnach entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5. Zur Beurteilung der umstrittenen Fragen sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen zu berücksichtigen:

5.1 Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Medizin, stellte gemäss Arztzeugnis UVG zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 9. November 2009 bei der Versicherten nach einem Sturz auf den Arm ein Hämatom am rechten Oberarm sowie diffuse Druckdolenzen im Bereich rechter Ellbogen und rechtes Handgelenk fest. Der Röntgenbefund ergab keine erkennbare Fraktur. Dr. F.____ diagnostizierte einen Sturz mit Kontusion/Distorsion des rechten Ellbogens und des rechten Handgelenks. Die Versicherte sei ab dem 30. September 2009 bis voraussichtlich 1. November 2009 zu 100%, danach für unbestimmte Zeit zu 50% arbeitsunfähig.

5.2 Mit Arztbericht vom 1. Dezember 2009 hielt Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass die Patientin nach der Notfallkonsultation am 18. November 2009 noch immer über ulnar betonte Schmerzen, insbesondere bei Beanspruchung, berichte. Bei stärkerer Beanspruchung träte jeweils eine Schwellung des Handgelenks auf. Dr. G.____ stellte fest, dass eine Druckdolenz im Bereich des distalen Radioulnargelenks sowie über den triangulären fibrokartilaginären Komplex (TFCC) vorliege, das distale Radioulnargelenk jedoch stabil sei. Es käme zu einer Schmerzverstärkung bei forcierter Pronation sowie Flexion; die Beweglichkeit im Vergleich zur Gegenseite sei symmetrisch. Das Arthro-CT des rechten Handgelenks vom 26. November 2009 habe eine relativ ausgedehnte radiale TFCC-Ruptur gezeigt. Ebenso hätten sich Zeichen einer LT-Bandläsion ergeben. Damit würden sich die Beschwerden der Versicherten erklären. Sie sei aufgrund dieser Beschwerden weiterhin zu 100% arbeitsunfähig.

5.3 Gemäss Operationsbericht vom 28. Dezember 2009 sei bei der Patientin am 23. Dezember 2009 eine diagnostische Handgelenkarthroskopie, eine Ulnaverkürzungsosteotomie (URS-Miniplatte kurz), eine TFCC-Reinsertion, eine temporäre LT-Transfixation (Boltschraube 20 mm) sowie eine LT-Band Augmentation mit Retinakulumstreifen durchgeführt worden.

5.4 Am 4. Februar 2010 berichtete Dr. G.____, dass sich die Patientin am 30. Januar 2010 mit Schmerzen im Gips auf der Notfallstation gemeldet habe. Es sei aufgrund des Gipses zu einer Stauung mit zunehmenden Schmerzen gekommen, weshalb dieser habe entfernt werden müssen. Als Befund hielt Dr. G.____ eine reizlose Operationsnarbe fest, insbesondere im Bereich der distalen Narbe sei jedoch eine starke Empfindlichkeit festzuhalten. Es läge nur eine diskrete Schwellung im Bereich des Handgelenks vor. Die vollständige Fingerstreckung sei möglich, der Faustschluss sei knapp möglich und etwas durch die Schmerzen eingeschränkt. Die Patientin beklage aktuell Kribbelparästhesien in den Fingerspitzen palmarseits. Als Ursache käme ein CTS in Frage, der weitere Verlauf solle jedoch abgewartet werden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100%.

5.5 Mit Arztbericht vom 10. März 2010 hielt Dr. G.____ als Diagnose neu ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) fest. Die Operationsnarbe sei reizlos, der gesamte Vorderarm zeige sich noch etwas diffus geschwollen und glänzend und leicht dystroph erscheinend. Es läge eine Druckdolenz im Bereich der Narbe ulnar distal vor. Die Handgelenksbeweglichkeit Flexion/Extension betrage je ca. 20°, die periphere Sensibilität sei intakt. Empfohlen werde ein multidisziplinärer Ansatz zur Schmerzbehandlung mit voraussichtlich auch Einsatz von Antidepressiva. Die Patientin sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig.

5.6 Am 26. April 2010 berichtete der stellvertretende Chefarzt der Schmerzklinik Kirschgarten Dr. med. H.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin, über die zugewiesene Patientin und diagnostizierte ein CRPS Typ 1 Stadium II (differenzialdiagnostisch: CRPS Typ 2) am rechten Vorderarm bei Hypästhesie und Schmerzen im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris, livider Schwellung und glänzender Haut am Handrücken

und Vorderarm, Hypersudorik, vermindertem Nagel- sowie vermehrtem Haarwachstum und diskretem Temperaturunterschied, Status nach Ulnar-Verkürzungsosteotomie und TFCC-Reinsertion bei TFCC-Läsion rechts und LT-Bandläsion rechts nach Sturz sowie eine Frozen shoulder und ein myotendinotisches Quadrantensyndrom bei differenzialdiagnostisch mehrmonatiger Armfixation oder Schulterläsion nach Sturz.

5.7 Mit Schreiben vom 27. Mai 2010 berichtete Dr. med. I.____, FMH Neurologie, über eine gleichentags durchgeführte Elektroneurografie. Diese habe keine pathologischen Befunde ergeben, insbesondere hätten sich keine Hinweise für ein Karpaltunnelsyndrom, ein Sulcus ulnaris-Syndrom oder eine Läsion des Armplexus rechts gefunden. Bei der Patientin bestehe ein chronifiziertes und bislang therapierefraktäres Schmerzsyndrom der rechten Hand bzw. des rechten Arms bei Status nach einem Sturz und einer operativen Behandlung. Zur weiteren Abklärung wurden eine MRI-Untersuchung der rechten Hand und eine Knochenszintografie zur Feststellung objektiver Hinweise für ein CRPS sowie interventionelle Diagnostik empfohlen.

5.8 Gemäss Arztbericht von Dr. G.____ vom 17. Juni 2010 beklage die Patientin seit ca. zwei Wochen verstärkte Schmerzen und Schwellungen im Arm. Für Dr. G.____ liege zweifellos ein CRPS Typ 1 nach den operativen Eingriffen vor. Eine MRI-Untersuchung oder Szintigrafie, um diese Diagnose bildgebend zu bestätigen, erscheine ihm nicht sinnvoll. Eine Frozen shoulder bestehe entgegen den Berichten der Schmerzklinik nicht. Mit der Patientin wurde die Entfernung der lunotriquetralen Schrauben besprochen.

5.9 Am 26. August 2010 fand die operative Schraubenentfernung statt. Mit Arztbericht vom 12. Oktober 2010 teilte Dr. G.____ der Beschwerdegegnerin mit, dass die Versicherte nach wie vor Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenks und des gesamten rechten Arms beklage. Die Schraubenentfernung habe erwartungsgemäss keine wesentliche Besserung gebracht. Die Patientin sei bis auf weiteres noch immer zu 100% arbeitsunfähig, der Behandlungsabschluss sei noch nicht absehbar.

5.10 Dr. G.____ und PD Dr. med. J.____, FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie sowie Handchirurgie, berichteten am 23. Februar 2011, dass die Patientin einen wechselhaften Verlauf mit mal mehr, mal weniger Schmerzen beschreibe. Aktuell würde es ihr etwas besser gehen; sie empfinde aber nach wie vor Schmerzen im Bereich der Ulna, insbesondere bei Belastung. Als Befund hielten die Dres. G.____ und J.____ eine reizlose Operationsnarbe mit Druckdolenz über der Ulna fest, die Flexion/Extension des rechten Handgelenks liege bei 20/0/10°und die Pro- und Supination bei 70/0/45°. Fingerstreckung und Faustschluss seien möglich. Es liege eine leichte Schwellung im Bereich des distalen Vorderarms vor, die Hand sei indessen nicht geschwollen. Es gäbe eine leichte Hyposensibilität in Digitus II und III. Tinel-Zeichen und der Phalen-Test seien negativ. Die Arbeitsunfähigkeit liege bei 100%.

5.11 Mit Schreiben vom 27. Juni 2011 führte Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zum Fragenkatalog für psychische Unfallfolgen der Beschwerdegegnerin aus, dass mit der Patientin bisher sechs Sitzungen stattgefunden hätten. Die Patientin sei wach, allseits orientiert und gebe Daten zum Unfall und den Operationen auf den Tag genau an. Die

Aufmerksamkeit sei erhöht, die Patientin sei innerpsychisch angespannt, spreche sich in Rage, sei klagend und resigniert. Sie hadere mit dem Schicksal, wirke unzufrieden und verärgert. Es seien zugleich tiefe Trauer und Ängste spürbar. Im Denken sei sie logisch-kohärent, inhaltlich jedoch sehr auf den Unfall und dessen Folgen fixiert. Sie leide an Schlafstörungen, Insuffizienzgefühlen, Gefühlen der Wertlosigkeit, Gedankendrehen, Reizbarkeit, innere Unruhe und vermindertem Antrieb. Es gäbe keine Anhaltspunkte für ein psychotisches Geschehen. Suizidgedanken würden verneint. Ein affektiver Rapport käme zustande. Dr. K.____ diagnostizierte eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 32.2), die sich im Rahmen des schweren CRPS des rechten Unterarms entwickle. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfall, seinen Folgen und der aktuellen schweren depressiven Störung lasse sich nach dem Stand der Beurteilung nicht abstreiten, die abschliessende Beantwortung der Frage fordere jedoch gutachterliche Qualitäten und würde die Dimensionen eines Arztberichts durch die behandelnde Psychiaterin übersteigen.

5.12 Im Sprechstundenbericht vom 9. Dezember 2011 hielten die Dres. G.____ und J.____ fest, dass es der Patientin auch nach der Plattenentfernung am 7. Oktober 2011 nicht besser gehe. Die Handgelenksbeweglichkeit sei weiterhin mit einer Flexion/Extension von 10/0/10° sehr schlecht. Trotz Physio- und Ergotherapie sowie psychologisch-psychiatrischer Unterstützung zeige sich keine wesentliche Besserung im Verlauf. Es sei davon auszugehen, dass eine relevante Einschränkung im Bereich der rechten oberen Extremität bestehen bleibe. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100%.

5.13 Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge beim Gutachteninstitut D.___ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Mit Gutachten vom 19. Oktober 2012 diagnostizierte die Ärzteschaft des Zentrums D.____ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung bei Zustand nach temporärer lunotriquetraler Handwurzeltransfixation, distaler Ulnaverkürzungsosteotomie, TFCC-Naht wegen unfallbedingter Handwurzelbandläsion und TFCC-Läsion; einer Restsymptomatik eines ehemaligen CRPS Typ 1 des rechten Vorderarmes und ohne organpathologisches Substrat auf neurologischem Fachgebiet. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Diagnosen eines metabolischen Syndroms bei Adipositas Grad II nach WHO (BMI 35.6 kg/m^2), arterieller Hypertonie und Dyslipidämie zu stellen; zudem liege eine endgradig schmerzhafte Einschränkung der Ellbogen- und Schulterbeweglichkeit rechts und die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen vor.

Die im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durchgeführte allgemein-chirurgische Untersuchung durch med. pract. L.____, FMH Chirurgie, habe die Diagnose eines metabolischen Syndroms ergeben. Die Kooperation der Explorandin an den Untersuchungen sei bloss teilweise vorhanden gewesen und es hätten sich diverse Verhaltensauffälligkeiten und –diskrepanzen gezeigt. Aus allgemein-chirurgischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen.

Der orthopädischen Fachbegutachtung von Dr. med. M.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Chirurgie, zufolge beklage die Patientin Schmerzen und Kraftlosigkeit an der gesamten rechten Hand. Sie könne diese nicht bewegen.

Die Schmerzen strahlten vom Ellbogen in die Schulter sowie in die rechte Halsseite aus. Die orthopädische Untersuchung habe ergeben, dass die Beweglichkeit der Halswirbelsäule nach allen Richtungen endgradig schmerzhaft eingeschränkt sei. Die Betrachtung der oberen Gliedmassen zeige einen Schulterschiefstand auf der rechten Seite. Die Muskulatur in Ober- und Unterarm sei inspektorisch seitengleich ausgebildet und die Hautfarbe sei gesund. Es käme zu keiner wesentlichen Verfärbung der Hände bei längerem Hängenlassen der Arme. Die Fingernägel sähen gesund aus und die Handflächenbeschwielung sei seitengleich. Muskel- und Knochenvorsprünge bildeten sich regelrecht ab, ebenso sei die Hautfältelung an beiden Händen regelrecht. Die Fingerleisten seien nicht verstrichen. Es fänden sich wenig Verarbeitungszeichen, diese jedoch seitengleich an beiden Händen. Bei der Betastung sei die Haut im Wesentlichen gut gespannt, regelrecht verschieblich und gleichmässig gut durchwärmt. Es fänden sich keine wesentlichen Gewebswasseransammlungen oder Verhärtungen der Unterhaut, die Muskulatur im Bereich der Oberarme sei seitengleich gespannt. Der rechte Arm könne im Gegensatz zum linken nur bis ca. 120° abduziert werden. Das nach vorne Führen des rechten Arms gelinge bis 160°, Rückführen bis 40°. Die Aussenrotation bei angelegtem Oberarm gelinge beidseitig bis 60°. Der Händedruck sei linksseitig kräftig, rechtsseitig um die Hälfte eingeschränkt. Rechts sei das Hakeln nicht durchführbar. Über dem rechten Handgelenk werde dorsal und ulnar ein deutlicher Druckschmerz angegeben. An der ca. 15 cm langen Narbe sei keine wesentliche Schwellung erkennbar. Das rechte Handgelenk könne vom Untersucher nicht passiv durchbewegt werden, da die Patientin den Arm jeweils unter Angabe von Schmerzen wieder zurückziehe. Die Handumwendbewegungen seien linksseitig unauffällig, rechts könne eine Supination nicht vorgeführt werden und die Pronation gelinge bis 60°. Der rechtsseitige Faustschluss sei im Vergleich zum linksseitig in der Kraft um die Hälfte vermindert. Ein Spitzgriff und ein Klemmgriff seien rechts nicht vorführbar. In seiner Beurteilung hält Dr. M.____ fest, dass es durch die Minderbewegung des gesamten rechten Arms zu einer Einsteifung des rechten Ellbogengelenks und der rechten Schulter gekommen sei. Zum Untersuchungszeitpunkt würden die Folgen des ehemaligen CRPS Typ 1 resultieren, wobei insbesondere die Handumwendbewegungen und vor allem die Supination rechts nicht habe vorgeführt werden können. Auch die Ulnaaduktion sei schmerzhaft eingeschränkt und könne nicht entsprechend der Gegenseite ausgeführt werden. Aufgrund der orthopädischen Diagnosen sei der Explorandin eine schwere körperlich belastende Tätigkeit nicht zumutbar. Dies begründe sich insbesondere darin, dass sie mit der rechten dominanten Hand nicht entsprechend zugreifen und Lasten über 10 kg anheben könne. Obwohl die Beweglichkeit der Finger der rechten Hand regelrecht sei, bestehe durch die Unfähigkeit der Supination aus der Grundstellung des Unterarmes heraus eine erhebliche Behinderung. In einer angepassten Tätigkeit, d.h. in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit Rücksicht auf die eingeschränkte und nach längerem Zeitraum schmerzhafte Beweglichkeit im rechten Handgelenk sei die Patientin zu 100% arbeitsfähig.

Im neurologischen Teilgutachten berichtete Dr. med. N.____, FMH Neurologie, von einer deutlichen Diskrepanz zwischen subjektiv beklagter Schmerzintensität, dem teilweise sehr deutlichen Schmerzverhalten und den damit nicht konsistenten Bewegungsmustern in der Verhaltensbeobachtung. Während der Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte für eine Allodynie oder eine Hyperpathie ergeben. Darüber hinaus hätten sich keine Atrophien an Muskulatur und Haut im Bereich des rechten Armes und der rechten Hand gefunden. Schweisssekretion, Hauttempe-

ratur und periphere Durchblutung seien seitengleich intakt. Ein CRPS Typ I liesse sich damit sicher ausschliessen. Für ein CPRS Typ II ergebe sich weder in der Exploration noch in der Untersuchung ein sicherer Anhalt. Festzuhalten sei, dass für den in den Akten immer wieder geäusserte Verdacht eines CPRS Typ I meist kein entsprechender Befund dokumentiert werde, der diese Diagnose nachvollziehbar mache. Aufgrund der Dokumentation in den Akten könne zwar nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden, dass nicht doch ein leichtes CRPS Typ I vorgelegen habe. In jedem Fall sei die leichte trophische Störung an der rechten Hand und am rechten Unterarm mittlerweile vollständig ausgeheilt. Eine neurologische Störung, die eine anhaltende Leistungsminderung und damit eine dauerhaft anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen könnte, liege nicht vor. Hingegen bestehe bei der Explorandin ein chronisches Schmerzsyndrom mit erheblicher Verdeutlichungstendenz, vermutlich auf dem Boden einer gestörten Schmerzverarbeitung mit Symptomausweitung und erheblicher Selbstlimitierung. Diese Diagnose habe indessen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

Dr. sc. hum. Dipl. Psych. O.____ berichtete im neuropsychologischen Teilgutachten, dass die Untersuchung im betreffenden Fachgebiet aufgrund eines Weinkrampfes der Explorandin mit Hyperventilation während der Anamneseerhebung und demonstrativer Nichtteilnahme an den Tests nicht habe durchgeführt werden können. Da keine Testergebnisse erhoben werden konnten, sei eine neuropsychologische Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten nicht möglich gewesen.

Gemäss den Angaben in der psychiatrischen Fachbegutachtung von Dr. med. P.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, beklage die Explorandin, dass sie immerzu an die verletzte Hand denke und es ihr psychisch nicht gut gehe. Sie könne schlecht einschlafen, wache je nach Gedanken nachts auf und fühle sich nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Im Befund hielt Dr. P.____ fest, dass die Explorandin bewusstseinsklar und allseits orientiert sei. Im Gespräch seien keine Konzentrations-, Gedächtnis- oder Auffassungsstörungen eruierbar; solche würden von der Explorandin auch nicht vorgebracht. Im formalen Gedankengang sei sie auf ihre Handbeschwerden und das ihr angetane Unrecht eingeengt, ansonsten seien keine formalen Denkstörungen erkennbar. Es lägen ausser der Angst, dass der Arm nicht mehr so werde wie früher, keine Ängste oder Zwänge vor. Es würden sich keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen ergeben. Der affektive Rapport sei gut herstellbar, die Explorandin sei in der affektiven Schwingungsfähigkeit eingeschränkt, namentlich würden Ärger und Unzufriedenheit spürbar. Es würden kein sozialer Rückzug und keine Suizidalität vorliegen. Diffus würden Ein- und Durchschlafstörungen beklagt, genauere Angaben würden nicht gemacht. Es werde zwar Tagesmüdigkeit beklagt, Tagesschlaf werde jedoch verneint. Der Appetit sei normal bei einer Gewichtszunahme von 20 kg seit dem Unfall. Es sei zu einem Libidoverlust gekommen. Die Explorandin erreiche auf der Hamilton Depressionsskala einen Wert von 13 Punkten, was knapp unter den Werten für eine leichte Depression liege. Die von der behandelnden Psychiaterin gestellte Diagnose einer schweren bzw. mittelschweren depressiven Episode sei aufgrund des aktuellen Befunds nicht nachvollziehbar. Die aktuell grösstenteils identischen Befunde würden von Dr. P.____ anders interpretiert, wobei auch zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. K.____ ihres Erachtens lediglich von einem leichten depressiven Zustandsbild auszugehen wäre. Gestützt auf ihren Befund erhebt Dr. P.____ die Diagnose einer Entwicklung kör-

perlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F 68.0). Aus den Blutentnahmen werde ersichtlich, dass bezüglich der Medikamente eine ungenügende Compliance vorliege. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der gestellten Diagnose sicherlich keine Arbeitsunfähigkeit.

Zusammenfassend hielten die Gutachter des Zentrums D.____ fest, dass in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus orthopädischer Sicht sei von einer eingeschränkten Belastbarkeit der rechten Hand auszugehen, weshalb die Explorandin in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin nicht mehr arbeitsfähig sei. Für eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne repetitive Umwendebewegungen für die rechte Hand bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für alle in Frage kommende Tätigkeiten. Die Gutachter weisen darauf hin, dass eine optimale Kooperation der Explorandin bei den Untersuchungen aufgrund verschiedener Auffälligkeiten und Diskrepanzen in Frage gestellt werden müsse. Die geltend gemachten Beschwerden liessen sich durch die erhobenen Befunde nur zu einem geringen Teil erklären. Bis auf die verminderte Belastbarkeit im Bereich der rechten Hand bei Handumwendebewegungen bestünden keine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückführbare gesundheitlichen Störungen mehr. Prognostisch sei bezüglich der psychischen Probleme eine spontane Symptomrevision durch die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit überwiegend wahrscheinlich.

5.14 Die Dres. G.____ und J.____ diagnostizierten mit Arztbericht vom 15. November 2012 einen Status nach lunotriquetraler temporärer Transfixation, TFCC-Naht und Ulnaverkürzungsosteotomie am Handgelenk rechts bei post-traumatischer LT-Bandläsion, TFCC-Läsion und leichtem Ulnavorschub mit postoperativem schwerem CRPS der oberen Extremität rechts, Schraubenentfernung am 26. August 2010 und Plattenentfernung Ulna rechts am 7. Oktober 2011 sowie eine Epicondylitis humeri radialis links. Die Patientin beklage weiterhin Schmerzen im Bereich des gesamten rechten Armes und des Handgelenks, zunehmend auch Beschwerden im Bereich des linken Ellbogens. Die Patientin sehe sich nicht in der Lage, eine angepasste Arbeit in einem 100%-Pensum aufzunehmen, selbst wenn sie eine solche finden würde. Die Operationsnarbe sei reizlos und es gäbe eine diffuse Druckdolenz im Bereich des ulnaren Handgelenks. Die Handgelenksbeweglichkeit liege bei Flexion/Extension rechts bei 15/0/20° (links: 40/0/60°), bei Pro/Supination bei 60/0/40° (links: 70/0/80°), bei Radial/Ulnarduktion rechts bei 10/0/10° (links: 20/0/30°). Die Faustschlusskraft mit Jamar Stufe 2 betrage links 1 kg, rechts 20 kg (recte wohl: rechts 1 kg, links 20 kg). Aktuell finde sich leicht vermehrtes Schwitzen im Bereich der rechten Hand, jedoch keine Verfärbung oder deutliche Schwellung. Der Faustschluss und die Fingerstreckung seien möglich. Die Situation bezüglich der rechten Extremität sei unverändert. Zunehmend komme es auf der linken Seite zu Beschwerden, wohl als Folge einer Überlastung bei vermehrtem Gebrauch. Ein Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg erscheine unrealistisch. Daneben müsse die psychische Belastung berücksichtigt werden. Insgesamt sähen sie die Patientin aber nicht zu 100% und mit normaler Leistung arbeitsfähig, auch nicht in einer leichten angepassten Tätigkeit.

5.15 Gemäss Arztbericht von Dr. G.____ vom 28. Februar 2013 berichte die Patientin über eine unveränderte Situation mit Dauerschmerzen, v.a. bei Beanspruchung des rechten Armes,

aber auch in Ruhe. Neben den Schmerzen im Bereich des Handgelenks und der Elle bestünden auch wieder Verspannungen im Schultergürtel mit entsprechenden Schmerzen. Sie sei auch psychisch weiterhin stark belastet. Im Befund wird über reizlose Operationsnarben am Handgelenk und über der Elle berichtet. Eine schlüssige Untersuchung des distalen radio-ulnar Gelenks sei wegen der angegebenen Schmerzen nicht möglich, es scheine aber stabil zu sein. Beklagt würden Druckschmerzen diffus über dem ganzen Radiocarpalgelenk, ulnarbetont. Zur Handgelenkbeweglichkeit hielt Dr. G.____ fest, dass die Flexion/Extension bei 15/0/30°, die Pro- und Supination bei 80/0/45° mit federndem Anschlag liege. Die endständigen Ausschläge seien jeweils schmerzhaft. Die Faustschlusskraft mit Jamar Stufe 2 betrage links 14 kg, rechts 0.5 kg. Aktuell lägen keine wesentliche Schwellung, keine Coloritveränderungen und kein vermehrtes Schwitzen vor. Faustschluss und Fingerstreckung seien möglich. Insgesamt zeige sich ein unverändertes Zustandsbild. Aus handchirurgischer Sicht bestehe keine Möglichkeit, die Situation zu verbessern, weshalb von einem Endzustand auszugehen sei. Die Belastbarkeit der rechten Hand sei deutlich eingeschränkt und dürfte bei maximal 2 kg liegen. Aus handchirurgischer Sicht könne die Patientin allenfalls Arbeiten verrichten, bei denen die dominante rechte Hand lediglich als Hilfshand für leichte Tätigkeiten eingesetzt werden könne. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100%.

5.16 Im Rahmen des ebenfalls laufenden IV-Verfahrens nahm Dr. G.____ mit E-Mail vom 26. Juni 2013 Stellung zum polydisziplinären Gutachten des Zentrums D.____ vom 19. Oktober 2012 und bekräftigte seine Ansicht, dass die Hebe- und Traglimite von 10 kg keine realistische Einschätzung der Belastbarkeit der rechten Hand darstelle. Eine ergotherapeutische Untersuchung im Jahr 2011 oder in der ersten Hälfte des Jahrs 2012 habe eine eingeschränkte Belastbarkeit bestätigt ohne eindeutige Hinweise für eine Simulation der Patientin. Dr. G.____ zweifelt im E-Mail ferner die handchirurgische Kompetenz des Gutachters des Zentrums D.____ an und empfiehlt die Durchführung eines entsprechenden Gutachtens.

6. Unumstritten ist unter den Parteien, dass betreffend die Unfallfolgen von einem Endzustand auszugehen ist und der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu prüfen ist. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei diesem Entscheid vollumfänglich auf das Gutachten des Zentrums D.____ vom 19. Oktober 2012. Sie ging demzufolge davon aus, dass es der Beschwerdeführerin zumutbar sei, weiterhin eine körperlich leichte Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne repetitive Umwendebewegungen der rechten Hand, im Umfang von 100% auszuüben. Diese Beurteilung der Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. Erwägung 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin keine vor.

6.1 Bereits im Einspracheverfahren rügte die Beschwerdeführerin die fehlende Unabhängigkeit der beauftragten Gutachterstelle. In der vorliegenden Beschwerde hält sie ausdrücklich an dieser Rüge fest, ohne sich jedoch mit den diesbezüglichen Erwägungen der Vorinstanz im

Einspracheentscheid auseinanderzusetzen. Soweit die Beschwerdeführerin noch die mangelnde Unabhängigkeit des Zentrums D.____ geltend macht, weil dieses als Begutachtungsinstitut von den Aufträgen der Beschwerdegegnerin finanziell abhängig sei, kann ihr nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin führte im Einspracheentscheid vom 2. April 2013 aus, dass lediglich zwei von 14 angeordneten polydisziplinären Gutachten in den Jahren 2011/2012 am Zentrum D.____ durchgeführt worden seien. Rechtsprechungsgemäss lässt ausserdem auch eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit eines Arztes oder einer Ärztegemeinschaft für die Sozialversicherungsträger nicht per se auf deren Befangenheit oder Voreingenommenheit schliessen (BGE 137 V 226 f. E. 1.3.3; Urteil des Bundesgerichts vom 9. Februar 2009, 8C_509/2008, E. 6; je mit weiteren Hinweisen). Im Übrigen finden sich vorliegend keinerlei Hinweise auf eine Befangenheit der einzelnen an der Begutachtung beteiligten Fachärzte. Eine solche wird denn auch von der Beschwerdeführerin – zu Recht – nicht behauptet.

6.2.1 Betreffend die somatischen Beschwerden haben die Gutachter die Beschwerdeführerin eingehend untersucht. Sie gehen einlässlich auf die geklagten Beschwerden ein, setzen sich sowohl mit der gesundheitlichen Entwicklung nach dem erlittenen Unfall vom 29. September 2009 wie auch mit den bei den Akten liegenden Unterlagen eingehend auseinander und vermitteln so ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. In Bezug auf die abweichende Diagnose eines CRPS durch den behandelnden Dr. G.____ halten die Gutachter fest, dass eine solche trotz mangelnder objektiver Befunde für die Vergangenheit nicht auszuschliessen sei, die Diagnose jedoch zum Untersuchungszeitpunkt aufgrund der intakten seitengleichen Schweisssekretion, Hauttemperatur und peripheren Durchblutung sowie der fehlenden Atrophien an Muskulatur und Haut nicht mehr gestellt werden könne. Diese Einschätzung leuchtet auch unter Berücksichtigung der aktuelleren medizinischen Akten ein. Die unterschiedliche Beurteilung der Arm- und Handbeschwerden und daraus folgend der Arbeitsfähigkeit in den orthopädischen und neurologischen Teilgutachten wird im Rahmen der Konsensbesprechung nachvollziehbar bereinigt. Damit gelangen die Gutachter zu einer schlüssigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer/neurologischer Sicht, wonach für eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne repetitive Umwendebewegungen für die rechte Hand eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe.

6.2.2 Daran vermögen auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Sie führt aus, dass bei einer Gewichtslimite von 10 kg keineswegs mehr von einer leichten Tätigkeit ausgegangen werden könne und das Gutachten diesbezüglich widersprüchlich sei. Dem ist entgegenzuhalten, dass gemäss der Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit der Swiss Insurance Medicine (SIM) – Interessengemeinschaft für Versicherungsmedizin Schweiz (Wegleitung) bei einer maximalen Belastung von 10 kg tatsächlich von einem leichten Belastungsniveau bzw. einer leichten Tätigkeit auszugehen ist (Wegleitung, 2. Auflage 2013, S. 10). Es ist ferner davon auszugehen, dass bei der festgehaltenen Hebe- und Traglimite beide Hände berücksichtigt wurden. Selbst wenn indessen die Belastungsgrenze von 10 kg nicht mehr als leichte Tätigkeit qualifiziert werden könnte, würde dies bloss bedeuten, dass der Beschwerdeführerin womöglich auch eine mittelschwere Tätigkeit zumutbar wäre. Sie kann daraus folglich keine höhere Arbeitsunfähigkeit ab-

leiten. Bezüglich der Beweglichkeit und insbesondere der Faustschlusskraft der rechten Hand bringt die Beschwerdeführerin weiter vor, dass seit der Begutachtung durch das Zentrum D.____ eine Verschlechterung eingetreten sei, was anhand der aktuellen von Dr. G.____ erhobenen Messwerte belegt sei. Tatsächlich geht Dr. G.____ in den vorliegenden Arztberichten vom 15. November 2012 und 28. Februar 2013 von einer Faustschlusskraft rechts von 1 kg bzw. 0.5 kg aus. Gleichzeitig nennt er für die Beschwerdeführerin eine leicht höhere Belastungsgrenze von 2 kg. Das orthopädische Teilgutachten von Dr. M.____ beziffert die Faustschlusskraft nicht, sondern hält lediglich fest, dass diese im Vergleich zur linken Hand um etwa die Hälfte vermindert sei. Ob zwischen diesen beiden medizinischen Feststellungen überhaupt eine massgebende Diskrepanz besteht, kann indessen offen bleiben. Fest steht nämlich, dass sämtliche vorliegenden Arztberichte ab November 2010 grundsätzlich vom gleichen Befund ausgehen, wie dies auch im polydisziplinären Gutachten vom 19. Oktober 2012 festgehalten wird. Auch die aktuelleren Berichte des behandelnden Dr. G.____ enthalten keinen neuen Befund oder gar eine neue Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Vielmehr hält Dr. G.____ sowohl im Bericht vom 15. November 2012 wie auch im Schreiben vom 28. Februar 2013 einen unveränderten Zustand fest. Auch in den übrigen medizinischen Unterlagen finden sich keinerlei Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Zustands der rechten Hand im Zeitraum zwischen der polydisziplinären Begutachtung und dem Verfügungserlass.

6.2.3 Die Einschätzung der Ärzteschaft des Zentrums D.____ betreffend die Handbeschwerden der Beschwerdeführerin sowie daraus folgend die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit erweisen sich nach dem Ausgeführten als begründet, schlüssig und nachvollziehbar. Damit erübrigt sich auch die von der Beschwerdeführerin beantragte Anordnung eines handchirurgischen Gutachtens. Die Beschwerdeführerin vermag nicht darzutun, inwiefern von einem solchen Gutachten neue Erkenntnisse zu erwarten sind. Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen – wie vorliegend – eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, ergibt sich mit anderen Worten ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes und ist dieser demnach hinreichend abgeklärt, so kann auf die Einholung weiterer (beantragter) Gutachten verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 127 V 491 E. 1b, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d).

6.3 Das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums D.____ vermag im Übrigen auch betreffend die psychiatrische Beurteilung des Gesundheitszustands zu überzeugen. So legt die begutachtende Psychiaterin eingehend dar, weshalb sie sich der von der behandelnden Psychiaterin Dr. K.____ gestellten Diagnose einer leichten bzw. schweren depressiven Episode nicht anschliessen könne. Ihre Beurteilung erscheint schlüssig, begründet und nachvollziehbar und wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet. Nicht entscheidrelevant ist sodann, dass die neuropsychologische Untersuchung aufgrund der mangelnden Mitwirkung der Beschwerdeführerin nicht durchgeführt werden konnte. Sowohl in psychiatrischer wie auch in neurologischer Hinsicht fehlt es an einer die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Diagnose. Ferner verneinte die begutachtende Psychiaterin das Vorliegen von Konzentrations-, Gedächtnis- oder Auffassungsstörungen. Da keine Anhaltspunkte für kognitive oder sonstige neuropsychologi-

sche Störungen vorliegen und solche im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nie geklagt wurden, konnte auf die neuropsychologische Untersuchung verzichtet werden.

6.4 Aus dem Ausgeführten folgt zusammenfassend, dass die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten des D.___ vom 19. Oktober 2012 abgestellt hat.

7.1 Zu prüfen bleibt die vorgenommene Invaliditätsbemessung. Nach Art. 16 ATSG hat die Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu erfolgen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Aus der Differenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

7.2 Die Beschwerdeführerin beanstandet weder das anhand der früheren Verdienste ermittelte Valideneinkommen noch den anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik ermittelten Grundwert für das Invalideneinkommen. Hingegen rügt sie, dass vom herangezogenen Tabellenlohn lediglich ein leidensbedingter Abzug von 10% vorgenommen wurde. Im Hinblick auf die ausländische Herkunft der Beschwerdeführerin, der mangelnden Deutschkenntnisse, der fehlenden Berufsausbildung und der Einschränkungen im Gebrauch der rechten Hand sei – wie im IV-Verfahren – ein Abzug von 20% angezeigt.

7.3 Von dem gestützt auf statistische Werte ermittelten Invalideneinkommen sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. 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 und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 78 f. E. 5a). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen und darf 25% nicht übersteigen (BGE 134 V 327 f. E. 5.2, 126 V 79 f. E. 5b/aa-cc). Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung kann es nicht darum gehen, dass die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen an die Stelle der Vorinstanz setzt. Hingegen ist zu beurteilen, ob der zu überprüfende Entscheid, den die Behörde nach dem ihr zustehenden Ermessen im Einklang mit den allgemeinen Rechtsprinzipien in einem konkreten Fall getroffen hat, nicht zweckmässigerweise anders hätte ausfallen sollen. Soll in die Ermessensbetätigung der Vorinstanz eingegriffen werden, muss sich die richterliche Behörde demnach auf Gegebenheiten abstützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als näher liegend erscheinen lassen (BGE 126 V 81 E. 6 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2005, U 420/04, E. 2.3).

7.4 Vorliegend ist die Beschwerdeführerin bei einer geeigneten Tätigkeit leidensbedingt ohne Zweifel aus orthopädischen Gründen in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Der Beschwerdeführerin ist lediglich noch eine leichte Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne repetitive Umwendebewegungen der rechten Hand im Umfang von 100% zumutbar. Da es sich bei der betroffenen Hand um die dominante rechte Hand handelt, rechtfertigt sich in jedem Fall ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn. Nicht anzurechnen sind indessen die fremde Nationalität, das damit verbundene sprachliche Defizit sowie die mangelnde Schul- bzw. Berufsausbildung der Beschwerdeführerin, da diese letztgenannten Elemente durch die Wahl des Anforderungsniveaus 4 bereits angemessen berücksichtigt sind bzw. sich in diesem Anforderungsniveau nicht (zusätzlich) lohnmindernd auswirken. In Anbetracht der Einschränkungen der Beschwerdeführerin und unter Berücksichtigung der gebotenen Zurückhaltung bei der Ermessensüberprüfung erscheint der vorgenommene Abzug von 10% noch als angemessen. Daran ändert auch der von der IV-Stelle in Aussicht gestellte höhere Abzug nichts, da sich die Invaliditätsbemessung der IV grundsätzlich nach anderen Gesichtspunkten beurteilt.

8. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums D.____ vom 19. Oktober 2012 abgestellt hat. Bei der Invaliditätsbemessung hat sie die leidensbedingten Einschränkungen mit einem 10%igen Abzug vom Tabellenlohn berücksichtigt, was als vertretbar anzusehen ist. Der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 19% ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

9. Es bleibt über die Kosten zu befinden.

9.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

9.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wettzuschlagen. In ihrer Beschwerde ersucht die Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung. Gemäss § 22 Abs. 1 und 2 VPO wird der Beschwerde führenden Person, der die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht offensichtlich als aussichtslos erscheint, von der Bezahlung der Verfahrenskosten und der Kosten der Beweismassnahmen befreit. Unter den gleichen Voraussetzungen wird einer Partei der kostenlose Beizug eines Anwalts bzw. einer Anwältin gewährt, sofern dies zur Wahrung ihrer Rechte notwendig erscheint.

9.3 Mit der Beschwerde vom 8. Mai 2013 reichte die Beschwerdeführerin Unterlagen über ihre aktuellen Einkommens- und Vermögensverhältnisse ein. Bei einem ausgewiesenen Einkommen von monatlich Fr. 4‘549.20 und einem monatlichen Grundbedarf von Fr. 8‘401.49 sowie Vermögenswerten von 68.46 und Schulden in der Höhe von Fr. 11‘280.45 wies sie ihre prozessuale Bedürftigkeit für das vorliegende Verfahren hinreichend aus. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann die vorliegende Beschwerde zudem nicht als offensichtlich aus-

sichtslos bezeichnet werden. Die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung sind demnach gegeben, weshalb das betreffende Gesuch zu bewilligen ist.

9.4 Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 180.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter hat in seiner Honorarnote vom 26. August 2013 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 8.05 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Hinzuzurechnen ist eine Stunde für die Nachbereitung und den Versand des vorliegenden Urteils. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 31.--. Dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'792.80 (9.05 Stunden à Fr. 180.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 31.-- sowie 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.5 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'792.80 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

http://www.bl.ch/kantonsgericht