

# **BL\_GERICHTE 720 24 321 / 49 vom 16. März 2005**

BL Gerichte, 2005-03-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720 24 321 \\_ 49](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_24_321_49)

FR: BL\_GERICHTE 720 24 321 / 49 du 16 mars 2005

IT: BL\_GERICHTE 720 24 321 / 49 del 16 marzo 2005

## **Regeste**

Keine Revision der IV-Rente aufgrund fehlender Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der letzten Rentenverfügung

## **Erwägungen**

### **E. 5**

Streitig und zu prüfen ist, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vorliegt, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu beeinflussen.

### **E. 6**

Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Kantonsgericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den vorliegenden Entscheid zentral sind.

#### **E. 6.1**

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 27. Januar 2021 untersuchte Dr. B. die Explorandin an der Wirbelsäule, den peripheren Gelenken, den Händen sowie den unteren Extremitäten und prüfte ihren neurologischen Status kursorisch. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er eine leichte wenig progrediente bilaterale Gonarthrose (ICD-10 M17.9) mit radiomorphologisch medialbetonter Femorotibialarthrose beidseits bei leichter Gelenkspaltverschmälerung rechts, prominenten femoropatellare Osteophyten beidseits und Verkalkung in Projektion auf das proximale mediale Collateralband rechts mit Verdacht auf wenig Gelenkerguss beidseits. Weiter diagnostizierte Dr. B. eine morbide Adipositas (ICD-10 E66.22) mit diffusen myotendinotischen Verspannungen im cervicalen Bereich mit situativ bedingten Gegeninnervationen sowie ein Verdacht auf ein Adipositas-Hypoventilationssyndrom. Im thorakolumbalen Bereich bestehe eine klinisch ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung mit Insuffizienz der paravertebralen und abdominalen Muskulatur, die zu einer Zunahme der thorakalen Kyphose und der lumbalen Lordose führe. Weiter diagnostizierte er bilaterale linksbetonte Senkfüsse (ICD-10 M21.4) mit klinisch kapsulärer Instabilität des linken oberen Sprunggelenks (ICD-10 M25.3) mit intraartikulärer Krepitation bei der passiven Mobilisierung. Es bestünden minimale ossäre Appositionen an der ventralen Tibiakante beidseits, ossäre Appositionen am Tuber calcanei beideseits der Insertion der Achillessehne und Plantarfascie sowie eine leichte Grosszehengrundgelenkarthrose beidseits bei randständigen Osteophyten und vermehrter subchondraler Sklerosierung. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. B. unter anderem eine leichtgradige Polyarthrose der Hände (ICD-10 M15.9) mit/bei klinisch leichtgradigen

Heberden-Knoten der PIP-Gelenke sowie ein klinisches Beugedefizit des Fingers IV der linken Hand, einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.90) mit/bei Adipositas mit BMI von 46.5 kg/m<sup>2</sup>, eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90) und eine substituierte primäre Hypothyreose (ICD-10 E06.3). Dr. B. schloss auf das Vorliegen einer psychosomatischen Fehlentwicklung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung oder einer anderen psychiatrischen Co-Morbidität, da das Ausmass der subjektiv beklagten Beschwerden sich nicht mit dem Schweregrad der somatischen Befunde erklären liesse. In der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe attestierte Dr. B. eine vollkommene Arbeitsunfähigkeit aufgrund degenerativer Veränderungen im Bereich der Kniegelenke, der Lendenwirbelsäule und der Füsse sowie aufgrund der persistierenden Adipositas mit ausgeprägter muskulären Dekonditionierung. Diese Umstände würden körperlich schwere Tätigkeiten vorwiegend im Stehen und Gehen seit dem 9. Juni 2011 verunmöglichen. Als angepasste Tätigkeit wurde eine körperlich leichte Tätigkeit genannt, ohne Notwendigkeit, Lasten über 5 Kilogramm zu heben, zu tragen oder zu stossen, vorwiegend im Sitze arbeiten zu müssen, mit Möglichkeit bei Bedarf die Körperhaltung für kurze Momente und kurze Strecken zu verändern, sich nach vorne zu bücken bzw. zu kauern oder zu knien und Treppen, Leitern oder Gerüste zu betreten. In einer solchen Tätigkeit sei die Explorandin zu 75 % arbeitsfähig.

#### **E. 6.2**

Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung stellte Dr. C. fest, dass das Ausmass der somatischen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könne, weshalb eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die Explorandin leide seit Jahren unter depressiven Verstimmungen. Sie habe bei der Exploration einen resignierten, hoffnungslosen Eindruck gemacht, das Denken sei von depressiven Inhalten geprägt und die affektive Schwingungsfähigkeit sei herabgesetzt gewesen. Gleichzeitig habe sie lebhaft und viel gesprochen sowie eine lebhaft Mimik und Gestik gezeigt. Dr. C. diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Mit Blick auf das Verhalten der Versicherten während der Exploration, den selbstständigen Therapiebesuch und eine Ferienreise im Jahr 2019 könne nicht von einer schweren depressiven Störung ausgegangen werden. Auch erwähnte Dr. C., dass die Explorandin die Krankheitssymptome als Rechtfertigung nutze, nicht zu arbeiten, und dass sie daraus einen sekundären Krankheitsgewinn ziehe. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der bisherigen Arbeitstätigkeit als Küchengehilfin sowie in einer einfachen Hilfstätigkeit als angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit März 2018.

#### **E. 6.3**

In der Gesamtbeurteilung führten Dres. B. und C. zu den hiervor genannten Diagnosen und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus, dass die psychiatrischen Diagnosen in ihrem Verlauf führend seien und dass sich keine relevanten Veränderungen aus rheumatologischer Sicht in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit feststellen liessen. Demgemäss bestehe aus bidisziplinärer Sicht seit März 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit.

#### **E. 6.4**

Nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 18. Juli 2022 bis zum 23. September 2022 in stationärer Behandlung in der Psychiatrie aufgehalten hatte, wurde am 17. Oktober 2022 ein Austrittsbericht verfasst. Darin wurden als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), Kontaklanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z59), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73), eine Hypothyreose (ICD-10 E03.9), ein Diabetes mellitus (ICD-10 E13.80), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Harnwegsinfektion (ICD-10 N39.0) und einen Vitamin-D-Mangel (ICD-10 E55.9) gestellt. Die stationäre Behandlung sei durch eine emotionale Krise aufgrund vermehrter familiärer Probleme und körperlicher Beschwerden indiziert gewesen. Durch den strukturierten Tagesablauf auf der Station, die medikamentöse Behandlung sowie eine enge therapeutische und pflegerische Begleitung habe sich die Patientin stabilisieren können. Sie sei im weiteren Verlauf vermehrt schwingungsfähig und hoffnungsvoll wahrgenommen worden, ihr Antrieb habe sich gesteigert und die emotionale Blockade leicht abgenommen. Die Harnwegsinfektion sei erfolgreich behandelt und der Vitamin-D-Mangel substituiert worden.

#### **E. 6.5**

Nach Durchführung von Röntgenaufnahmen am 9. Januar 2023 aufgrund linksseitiger chronischer Kniegelenksbeschwerden stellte Dr. med. E. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Kantonsspital I. mit Bericht vom 11. Januar 2023 als Hauptdiagnose eine beginnende medial betonte Pagonarthrose am linken Knie. Als Nebendiagnosen stellte er ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit somatoformer Schmerzstörung, ein lumbospondylogenes Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, ein schweres bilaterales CTS beidseits, eine rezidivierende depressive Störung, Status nach Hospitalisation vom 18. Juli 2022 bis zum 23. September 2022, eine primäre Hypothyreose, eine morbide Adipositas sowie eine arterielle Hypertonie.

#### **E. 6.6**

Gemäss dem Operationsbericht vom 2. Februar 2023 des Kantonsspitals I. sei die Beschwerdeführerin am 27. Januar 2023 wegen eines symptomatischen, sensomotorischen Karpaltunnelsyndroms an der rechten Hand unter Durchführung einer Karpaldachspaltung operiert worden. Als Nebendiagnosen wurden eine Heberden-Arthrose an beiden Zeigefingern mit symptomatischer Mukoidzyste und ein Verdacht auf eine alte FDP-Läsion am linken Ringfinger gestellt.

#### **E. 6.7**

Mit Schreiben vom 15. Februar 2023 gab der behandelnde Arzt der Versicherten, Dr. med. F. , FMH Infektiologie und Allgemeine Innere Medizin, an, die Gesamtsituation seiner Patientin habe sich nicht verbessert. Neu seien Knieprobleme aufgetreten und beide Hände seien operiert worden. Im Weiteren wies er darauf hin, dass seine Patientin inzwischen zum neunten Mal in der kantonalen psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen sei.

#### **E. 6.8**

Am 26. Mai 2023 nahm Dr. med. G. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie und Allgemeine Innere Medizin, vom RAD Stellung zu jenen medizinischen Berichten, die nach dem Gutachten vom 27. Januar 2021 ergingen. Er setzte sich mit den neueren Diagnosen auseinander und führte im Grundsatz dazu aus, dass diese bereits im Gutachten

berücksichtigt worden seien und somit nicht von einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation auszugehen sei. Zum Schreiben von Dr. F. bezüglich der Hospitalisation der Versicherten vermerkte er, dass zwar bei Eintritt in die Klinik für Psychiatrie eine schwere depressive Episode bestanden habe, weshalb für den Klinikaufenthalt vom 18. Juli 2022 bis zum 23. September 2022 eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne; die Verschlechterung des Gesundheitszustands sei jedoch vorübergehender Natur gewesen und habe wirksam und zweckmässig behandelt werden können.

7.1 Im Rahmen ihrer Beschwerde vom 6. November 2023 machte die Beschwerdeführerin geltend, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der Rentenverfügung vom 29. Juli 2021 verschlechtert habe. Insbesondere hob sie ihre aktuelle und mittlerweile 10. Hospitalisation in der Klinik für Psychiatrie sowie ihren instabilen Gesundheitszustand hervor. Sie beanstandete die Beweistauglichkeit des RAD-Berichts vom 23. Mai 2023, zumal sie nie selbst vom RAD untersucht worden sei. Der RAD hätte entweder eine vertiefte Abklärung vornehmen oder bei Zweifeln ein versicherungsexternes Gutachten in Auftrag geben müssen. Würde man der Logik des RAD folgen, so müsste der Beschwerdeführerin während ihrer Hospitalisation eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden und bei ihrer Entlassung wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, was jedoch nicht als ernsthafte und nachvollziehbare medizinische Einschätzung qualifiziert werden könne. In ihrer Vernehmlassung vom 22. Dezember 2023 ging die Beschwerdegegnerin weiterhin von der Beweistauglichkeit des RAD-Berichts vom 26. Mai 2023 aus. Der alleinige Umstand, dass die Beschwerdeführerin erneut hospitalisiert worden sei, müsse keine dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustands nach sich ziehen, zumal sich die Beschwerdeführerin während ihres Klinikaufenthalts habe stabilisieren können und eine affektive Verbesserung aufgetreten sei.

7.2.1. Wie hiervor unter Erwägung 4.3.2 erwähnt, ist der Beweiswert von RAD-Berichten dann mit jenem versicherungsexterner Gutachten vergleichbar, wenn sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt und wenn sich der angefochtene Entscheid nicht ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen stützt. Der RAD-Bericht vom 26. Mai 2023 ist für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und begründet die Schlussfolgerungen in der Expertise. Zwar nimmt die angefochtene Verfügung vom 12. September 2023 medizinisch einzig auf den RAD-Bericht vom 26. Mai 2023 Bezug, jedoch stützt sich dieser wiederum auf das versicherungsexterne Gutachten vom 27. Januar 2021 und setzt sich mit versicherungsexternen Arztberichten auseinander. Jedoch ist zu beachten, dass Dr. G. über einen Facharzttitel in den Fachbereichen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin verfügt und somit gewisse Diagnosen, konkret jene im rheumatologischen Bereich, ausserhalb seiner fachärztlichen Expertise liegen. Wie jedoch von Dr. G. zutreffend im RAD-Bericht erklärt und nachfolgend ausgeführt, sind die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten neueren Diagnosen entweder vorübergehender Natur und somit rechtlich nicht als invalidisierend zu betrachten, bereits im Gutachten vom 27. Januar 2021 bei der Eruierung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden oder zeitigen für sich gestellt keine invalidisierende Wirkung. An dieser Stelle sei anzumerken, dass – wie hiervor unter Erwägung 3.2 aufgeführt – eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, meist auf eine

unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen und somit nicht automatisch als Revisionsgrund anzusehen ist. 7.2.2 Im Austrittsbericht vom 17. Oktober 2022 der Psychiatrie wurde eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) diagnostiziert. Der Bericht führte aus, dass sich die Patientin durch den strukturierten Tagesablauf auf der Station, die medikamentöse Behandlung sowie eine enge therapeutische und pflegerische Begleitung habe stabilisieren können. Gemäss Art. 88a Abs. 2 Satz 1 IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Die Beschwerdeführerin befand sich vom 18. Juli 2022 bis zum 23. September 2022 und somit für etwas über 2 Monate im stationären Aufenthalt; danach besserte sich ihr Gesundheitszustand, weshalb die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) nicht als wesentliche Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit anzusehen ist. Hinzukommt, dass gutachterlich bereits eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1) in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinflusst und der Verlauf einer rezidivierenden depressiven Störung bekanntermassen nicht gradlinig ist, was weiter gegen eine längerfristige Verschlechterung spricht. Bei den Kontaktanlässen mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z 59) und den Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD Z 73), die ebenfalls im Austrittsbericht vom 17. Oktober 2022 erwähnt werden, handelt es sich nicht um eine Krankheit, Verletzung oder um einen externen Grund für Morbidität, sondern lediglich um Zusatzinformationen, weshalb sie keine invalidisierende Wirkung entfalten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2012, 9C\_537/2011, E. 3.1). Weiter wurden die im Austrittsbericht diagnostizierten Hypothyreose (ICD-10 E03.9), Diabetes mellitus (ICD-10 E13.80) und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1) bereits im Gutachten jeweils als eine substituierte primäre Hypothyreose (ICD-10 E06.3), als insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.90) und als Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) berücksichtigt. Die Unterschiede zwischen den Diagnosen ist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen, zumal die Diagnosen nur leicht voneinander abweichen. Schliesslich wurden sowohl die Harnwegsinfektion (ICD-10 N39.0) als auch der Vitamin-D-Mangel (ICD-10 E55.9) in der Klinik erfolgreich behandelt resp. substituiert, weshalb nicht von einer invalidisierenden Wirkung ausgegangen werden kann. 7.2.3 Im Arztbericht vom 11. Januar 2023 diagnostizierte Dr. E. eine beginnende medial betonte Pagonarthrose am linken Knie, ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit somatoformer Schmerzstörung, ein lumbospondylogenes Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, eine morbide Adipositas und eine arterielle Hypertonie. Diese Beschwerden wurden bereits im Gutachten vom 27. Januar 2021 als leichte wenig progrediente bilaterale Gonarthrose (ICD-10 M17.9), als Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), als amnestisch akutes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, als morbide Adipositas (ICD-10 E66.22) und als arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90) erfasst. Bezüglich der sich mit dem Austrittsbericht vom 17. Oktober 2022 deckenden Diagnosen ist auf die Ausführungen hiervor unter Erwägung 7.2.2 zu verweisen. Nicht im Gutachten erfasst wurde einzig das schwere bilaterale CTS beidseits, welches nachfolgend in Erwägung 7.2.4 zum entsprechenden Operationsbericht behandelt wird. 7.2.4 Das im Operationsbericht vom 2. Februar 2023 diagnostizierte symptomatische, sensomotorische Karpaltunnelsyndrom an der rechten Hand wurde in Durchführung einer Karpaldachspaltung operiert. Gemäss dem Schreiben

von Dr. F. vom 15. Februar 2023 ist inzwischen eine weitere Operation an der anderen Hand erfolgt. Im Gutachten wurde diese Symptomatik insoweit berücksichtigt, als dass Dr. B. beklagte Schmerzausstrahlungen in beide Arme, über die Schultern bis in die Finger festhielt. Dr. G. vermerkte in seiner medizinischen Einschätzung vom 26. Mai 2023 hierzu, dass ein Karpaltunnelsyndrom mittels Karpaldachspaltung wirksam und zweckmässig behandelbar sei, und wies daraufhin, dass die Beschwerdeführerin gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. B. ohnehin in körperlich beanspruchenden Tätigkeiten als vollkommen arbeitsunfähig eingeschätzt worden sei und in leichten schonenden Verweistätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe, wobei das zweckmässig behandelbare Karpaltunnelsyndrom keine zusätzlichen Einschränkungen begründen könne. Dieser Auffassung ist mit Blick auf die inzwischen erfolgten Operationen zuzustimmen. Dem Gericht liegen keine Akten vor, welche auf eine fehlgeschlagene Operation oder andere Komplikationen schliessen liessen, und auch brachte die Beschwerdeführerin keine derartigen Argumente vor, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass das Karpaltunnelsyndrom die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht zusätzlich einschränkt. Die Diagnose einer Heberden-Arthrose an beiden Zeigefingern mit symptomatischer Mukoidzyste und der Verdacht auf eine alte FDP-Läsion am linken Ringfinger sind schliesslich beide gutachterlich als leichtgradige Polyarthrose an den Händen (ICD-10 M15.9) mit/bei klinisch leichtgradigen Heberden-Knoten der PIP-Gelenke und einem klinischen Beugedefizit des Fingers IV der linken Hand erfasst worden. 7.2.5 Aus dem hiervor Ausgeführten ergibt sich, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit der letztmaligen Leistungszusprache am 29. Juli 2021 nicht rechtsgenügend erwiesen werden kann. Der RAD-Bericht vom 26. Mai 2023 erfüllt die bundesgerichtlichen Anforderungen an die Beweistauglichkeit von ärztlichen Berichten und ist im Ergebnis kongruent und schlüssig. Somit ist der Auffassung der Beschwerdegegnerin zu folgen, dass vorliegend medizinisch auf den RAD-Bericht abzustellen ist und auf eine psychiatrische oder pharmakologische Begutachtung verzichtet werden kann.

## **E. 8**

Die Massgeblichkeit des RAD-Berichts vom 26. Mai 2023 für den vorliegenden Fall hat zur Folge, dass die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 12. September 2023 richtigerweise feststellte, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliegt. Andere Umstände, welche eine Rentenrevision zur Folge haben könnten, wie eine erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen (vgl. Erwägung 3.1 hiervor) sind weder aktenkundig noch wurden sie von der Beschwerdeführerin behauptet. Es mangelt somit an einem Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG, weshalb die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin, insbesondere die Erhöhung des leidensbedingten Abzugs auf 20 %, nicht revisionsweise beurteilt werden können. Dies führt im Ergebnis zur Abweisung der Beschwerde. 9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen

sind. Der Beschwerdeführerin ist allerdings mit Verfügung vom 13. Dezember 2023 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden. 9.2 Der 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. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zuzufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. Auf die gegen den vorliegenden Entscheid durch die Versicherte am 5. Juni 2024 erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht am 31. Juli 2024 nicht ein (9C\_351/224)

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