

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/375 vom 5. Juni 2010**

Sg Versicherungsgericht, 2010-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2015\\_375](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2015_375)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/375 du 5 juin 2010

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/375 del 5 giugno 2010

## **Regeste**

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung Administrativ- und Privatgutachten. Beweiskraft der administrativgutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung bejaht. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Abweisung des Rentengesuchs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. März 2018, IV 2015/375). Entscheid vom 1. März 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 1.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). 1.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads

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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 1.4 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

## E. 2

Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützt die Rentenabweisung in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 13. Februar 2015 (siehe hierzu IV-act. 203). Die Beschwerdeführerin hält dieses unter Verweis auf das von ihr bei med. pract. Q.\_\_\_\_ eingeholte Gutachten vom 23. November 2016 (act. G 16.1) nicht für aussagekräftig. Gestützt auf das Privatgutachten sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. G 18). 2.1 Sowohl aus dem Administrativ- als auch dem Privatgutachten geht hervor, dass dem von der Beschwerdeführerin geklagten Leidensbild keine somatisch erklärbare Ursache zugrunde liegt. Med. pract. Q.\_\_\_\_ diagnostizierte an erster Stelle eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4; act. G 16.1, S. 17). Die Gutachter der Rehaklinik Bellikon nannten zuvorderst in der Diagnoseliste vorgetäuschte Störungen von sensomotorischer Paraplegie und Anfallsleiden, die diagnostisch zwischen einer artifiziellen Störung und mehr oder weniger bewusster, nicht authentischer Symptompräsentation angesiedelt seien. In Frage kämen Leiden der Klassifikation „ICD-10: F68.1 und Z76.5, mit fließenden Übergängen“ (IV-act. 203-10). Bei den genannten Diagnosen steht das Problem besonders im Vordergrund, dass sich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - mangels zuverlässiger bzw. bewährter Messmethodik - zwangsläufig zunächst auf die Angaben und das Verhalten der versicherten Person stützen muss. Deshalb ist die Prüfung der Konsistenz und der Plausibilität der Leidensschilderung sowie -präsentation für die objektive Beurteilung der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von zentraler Bedeutung. 2.1.1 Im vorliegenden Fall bestehen zahlreiche Hinweise, die Zweifel an der Konsistenz und Plausibilität der von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden begründen. Diese dürfen im Rahmen der von Art. 7 Abs. 2 ATSG geforderten objektiven Prüfung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit nicht ausser Acht gelassen werden. So wies die behandelnde lic. phil. M.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Beschwerdeführerin ein „hoch manipulatives Verhalten insbesondere im Verhältnis zum Ehemann“ einsetze (IV-act. 166-2). Die medizinischen Fachpersonen der Klinik für Neurologie am KSSG berichteten am 7. November 2013, die von der Beschwerdeführerin geschilderten epileptischen Anfälle seien möglicherweise Teil des manipulativen Verhaltens möglicherweise im Rahmen eines Münchhausen-Syndroms (IV-act. 166-2). Dr. L.\_\_\_\_ vermochte enoral keine Hinweise für einen Zungenbiss festzustellen, obschon es nach der Darstellung der Beschwerdeführerin zu den epileptischen Anfällen oft dazu komme (IV-act. 101-9). Die im Palliativzentrum H.\_\_\_\_ behandelnden medizinischen Fachpersonen gaben im Bericht vom 12. Februar 2014 an, während der Hospitalisation vom 27. Januar bis 9. Februar 2014 hätte kein Anfall richtig beobachtet werden können, sondern nur eine kurze

postiktale Bewusstlosigkeit und oberflächliche Verletzungen, die durch den Sturz schwer erklärbar seien. Ausserdem habe weder eine postiktale Müdigkeit noch ein Zungenbiss oder Einnässen bestanden. Der Creatinkinase-Wert sei im Normbereich gewesen (IV-act. 203-195). In damit nicht zu vereinbarender Weise berichtete die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung in der Rehaklinik Bellikon, sie habe „ca. acht bis neun Anfälle im Rahmen ihrer Hospitalisation von zwei Wochen gehabt“ (IV-act. 203-5). Auch der RAD-Arzt Dr. O.\_\_\_\_ wies in der Stellungnahme vom 30. Januar/9. April 2013 auf Inkonsistenzen in den Angaben der Beschwerdeführerin zur Anfallsfrequenz hin (IV-act. 142-4). Solche finden sich auch im Gutachten der Rehaklinik Bellikon. So habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie habe einen Anfall gehabt. Sie habe dann nach draussen rauchen gehen wollen. Man habe ihr dies verboten, woraufhin sie erwidert habe, ein solcher Anfall komme nur alle 24 Stunden vor und wenn sie zum Rauchen rausgehe, passiere sicher nichts (IV-act. 203-86). Im Widerspruch hierzu hat sie am 9. Februar 2014 angegeben, bereits einige Minuten nach dem Eintritt in die Rehaklinik Bellikon um ca. 16:00 Uhr habe sie einen Anfall sowie zuvor am Morgen einen längeren Anfall gehabt (IV-act. 203-87). Weitere erhebliche Inkonsistenzen sowohl hinsichtlich der Anfälle als auch bezüglich der übrigen Leidenspräsentation ergeben sich aus der ausführlichen telefonischen Auskunft von Dr. med. S.\_\_\_\_, Ärztin am Palliativzentrum H.\_\_\_\_, vom 11. Februar 2014 (IV-act. 203-85 f.). Auch im Bericht der Klinik für Neurologie am KSSG vom 2. Juni 2014 sind Diskrepanzen beschrieben (IV-act. 203-192 unten).

2.1.2 Des Weiteren ist es bislang an den unteren Extremitäten zu keinen Atrophien gekommen (siehe etwa IV-act. 101-9 unten, IV-act. 203-85). Die ergotherapeutische und die physiotherapeutische Fachperson der Rehaklinik Bellikon führten zudem im Bericht „Stellungnahme Therapien“ vom 3. März 2014 aus, es seien bei verschiedenen Bewegungen Muskelaktivitäten in den unteren Extremitäten visuell wahrnehmbar und spürbar gewesen (IV-act. 203-22 ff.). Ferner beschrieb bereits Dr. L.\_\_\_\_ ein ungewöhnliches Sitzverhalten im Rollstuhl (IV-act. 101-8 f.). Betreffend die von der Beschwerdeführerin geschilderten Gefässschmerzen finden sich im Administrativgutachten ebenfalls Widersprüche (IV-act. 203-85). Als „auffallend“ bezeichnete lic. phil. M.\_\_\_\_, dass sich die Beschwerdeführerin bei verschiedenen Gesprächspartnern „sehr unterschiedlich präsentiert“ habe (IV-act. 189-2). Anlässlich der Begutachtung in der Rehaklinik Bellikon machte die Beschwerdeführerin zudem widersprüchliche Angaben zur persönlichen Anamnese (IV-act. 203-3). Des Weiteren stellten die Gutachter der Rehaklinik Bellikon eine aus-geprägte und auffällige Einnahme der Krankenrolle fest (IV-act. 203-12).

2.2 Bei der Würdigung des Privatgutachtens ist von Bedeutung, dass sich med. pract. Q.\_\_\_\_ nicht umfassend mit den zahlreichen Inkonsistenzen und Widersprüchen bei den Leidensangaben und der Leidenspräsentation (siehe vorstehende E. 2.1.1 f.) auseinandergesetzt hat. Seine diesbezüglichen Ausführungen beschränken sich einerseits auf seinen eigenen Eindruck, wonach „bisweilen Verdeutlichungstendenzen“ erkennbar gewesen seien (act. G 16.1, S. 14). Andererseits nimmt er lediglich und isoliert Bezug auf den anlässlich der Hospitalisation im Palliativzentrum H.\_\_\_\_ festgestellten Sachverhalt, dass die Beschwerdeführerin stehend im Geräteraum angetroffen worden sei, wo sie sich selbstständig einen für sie im Rollstuhl nicht erreichbaren Verband umwickelt habe (act. G 16.1, S. 15). Aus seiner Sicht handelt es sich dabei um eine „einmalige Beobachtung“. Ohne nähere Begründung und insbesondere ohne den weiteren Inkonsistenzen und Widersprüchen der geklagten Gehunfähigkeit sowie Anfällen Rechnung zu tragen, vertritt der Privatgutachter die Auffassung, es scheine nicht plausibel, dass die Beschwerdeführerin mehr als vier Jahre „die Rolle derer, die nicht laufen

könne“ inszeniere und vorspiele (act. G 16.1, S. 15). Insgesamt fehlt der privatgutachterlichen Beurteilung die für eine aussagekräftige Arbeitsfähigkeitsschätzung erforderliche überzeugende Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung. Ergänzend kann auf die zutreffenden Ausführungen des RAD-Arztes Dr. O. \_\_\_ in der Stellungnahme vom 20. März 2017 verwiesen werden (act. G 22.1). Das Privatgutachten bildet allein schon unter dem Gesichtspunkt der mangelhaften Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung keine taugliche Grundlage für die objektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. 2.3 Gemäss dem interdisziplinären Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 13. Februar 2015 ist eine Arbeitsunfähigkeit zumindest bezogen auf eine leidensangepasste Tätigkeit nicht ausgewiesen. 2.3.1 Das Privatgutachten vermag den Beweiswert des Administrativgutachtens nicht zu erschüttern, da es selbst nicht die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Expertise erfüllt (siehe vorstehende E. 2.2). Zu beachten ist ausserdem, dass das Privatgutachten im Vergleich zur Einschätzung der Gutachter der Rehaklinik Bellikon im Wesentlichen eine andere psychiatrische Würdigung desselben Sachverhalts bzw. der Leidensangaben und -präsentation darstellt. Davon scheint auch die Beschwerdeführerin auszugehen, wenn sie festhält, „wie unterschiedlich Psychiater Sachverhalte beurteilen, zeigt vorliegender komplexer Fall“ (act. G 18, S. 3). Es ergeben sich aus der privatgutachterlichen Beurteilung auch keine objektiv relevanten Gesichtspunkte, die der psychiatrische Administrativgutachter ausser Acht gelassen hat. Ergänzend kann auf die Ausführungen des RAD-Arztes Dr. O. \_\_\_ verwiesen werden (Stellungnahme vom 20. März 2017, act. G 22.1) 2.3.2 Unklar ist, was die Beschwerdeführerin aus dem von ihr kritisierten Informationsverhalten des psychiatrischen Administrativgutachters (act. G 1, Rz 12 ff.) zuungunsten der Beweiskraft des Administrativgutachtens ableiten will, lässt sich doch daraus nichts auf die Qualität der Beurteilung schlussfolgern. 2.3.3 Der vom Administrativgutachten abweichende persönliche Eindruck der Rechtsvertreterin von der Beschwerdeführerin (act. G 1, Rz 17) ist nicht geeignet, einen Mangel an der administrativgutachterlichen Einschätzung zu begründen. 2.3.4 Die Beschwerdeführerin macht ferner sinngemäss geltend, der psychiatrische Administrativgutachter habe sich sachfremd verhalten. Sie habe sich vor ihm gefürchtet und seine Art als demütigend empfunden (act. G 1, Rz 19). Diesbezüglich ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin offenbar mit schweren negativen Gefühlen reagiert, sobald die mit ihr betrauten medizinischen Fachpersonen ihr Verhalten einer kritischen Prüfung unterziehen. So gab sie bezüglich der Untersuchung im Neurozentrum T. \_\_\_ an (siehe hierzu den Bericht vom 12. Juni 2012, IV-act. 104-2 ff.), es sei „der Horror“ gewesen („nicht wegen der Untersuchung mit den Nadeln, diese sei nicht so schlimm gewesen, sondern weil man so unfreundlich zu ihr gewesen sei und sie sich als Simulantin vorgekommen sei“, IV-act. 101-8 oben). Es ergeben sich zudem aus dem Administrativgutachten keine Hinweise auf ein sachfremdes Verhalten der Experten. Hinsichtlich der Untersuchung der Kopfhare hat der psychiatrische Administrativgutachter die konkreten Umstände glaubhaft geschildert (IV-act. 203-77). Ein objektiv furchteinflössendes oder demütigendes Verhalten ist nicht ausgewiesen. 2.3.5 Entgegen dem Standpunkt der Beschwerdeführerin (act. G 18, S. 4 f.) hat der psychiatrische Administrativgutachter bei der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung nicht bloss zwei Umstände herangezogen, sondern die zahlreichen, sich aus den Vorakten ergebenden Hinweise auf Inkonsistenzen und Widersprüche berücksichtigt (siehe hierzu vorstehende E. 2.1.1 f. und IV-act. 203-110 ff.). Im Übrigen ergeben sich aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin zur Gehunfähigkeit und zu den Anfällen keine objektiven Aspekte,

welche den Beweiswert des Administrativgutachtens erschüttern. Wie der RAD-Arzt Dr. O.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 20. März 2017 nachvollziehbar dargelegt hat, ist die Behauptung des Privatgutachters, bei fehlenden Läsionen am Rückenmark und Gehirn könne man bei einer dissoziativen Lähmung erst recht keine Muskelatrophien erwarten, nicht nachvollziehbar (act. G 22.1). Dies umso weniger als die Beschwerdeführerin eine vollständige Gehunfähigkeit beklagt und damit geltend macht, die entsprechenden Muskeln seit Jahren überhaupt nicht mehr in Anspruch zu nehmen (vgl. act. G 18, S. 7). Auch die Kritik des Privatgutachters zur Würdigung der Anfälle durch den Administrativgutachter hat der RAD-Arzt in ausführlicher Diskussion entkräftet. Darauf ist zu verweisen (act. G 22.1). Mit Blick auf die zahlreichen Inkonsistenzen und Widersprüche (siehe vorstehende E. 2.1.1 f.) leuchtet die Betrachtungsweise des psychiatrischen Administrativgutachters ein, dass eine nicht authentische Beschwerde-/Symptompräsentation vorliegt (IV-act. 203-14; siehe auch die Ausführungen in IV-act. 203-98 ff.).

2.3.6 Auch unter dem gerügten Aspekt der Fremdanamnese besteht kein Mangel am Administrativgutachten (zur entsprechenden Rüge der Beschwerdeführerin siehe act. G 18, S. 7). Dass der psychiatrische Administrativgutachter keine Rücksprache mit der ehemals behandelnden lic. phil. M.\_\_\_\_ genommen hat, ist nicht zu beanstanden. Denn aus den Akten ergibt sich deren Wahrnehmung, dass die Beschwerdeführerin „hoch manipulatives“ Verhalten zeige (IV-act. 166-2) und sich die Beschwerdeführerin bei verschiedenen Gesprächspartnern „sehr unterschiedlich präsentiere“ (IV-act. 189-2; vgl. zu den damit übereinstimmenden Erfahrungen anlässlich der Begutachtung in der Rehaklinik Bellikon IV-act. 203-95 Mitte). Diese Umstände bekräftigen gerade die vom psychiatrischen Administrativgutachter im Rahmen der Konsistenzprüfung gezogenen Schlüsse. Im Übrigen legt die Beschwerdeführerin weder dar noch ist erkennbar, welche Auskünfte des behandelnden Hausarztes oder der behandelnden Psychologin zu neuen Erkenntnissen hätten führen können. Schliesslich ist zu erwähnen, dass Dr. R.\_\_\_\_ auch fremdanamnestische Auskünfte bei der älteren Schwester der Beschwerdeführerin eingeholt hat (Angaben vom 18. September 2014 und vom 12. Februar 2015, IV-act. 203-87 f.), womit ihm entgegen dem Vorbringen der Rechtsvertreterin anlässlich der mündlichen Verhandlung keine einseitige Auswahl zulasten der Beschwerdeführerin vorgeworfen werden kann.

2.3.7 Als unzutreffend erweist sich ferner die Kritik, dass im Administrativgutachten eine Auseinandersetzung mit dem massiven Abhängigkeitssyndrom „beinahe ganz“ fehle (act. G 18, S. 7). Der psychiatrische Administrativgutachter diagnostizierte eine iatrogen entstandene Opiatabhängigkeit und berücksichtigte namentlich die „hohen Dosen von Opiaten“ (IV-act. 203-14; zur Laboranalyse siehe IV-act. 203-79 unten). Deren Einfluss beschränkt sich gemäss dessen plausibler Beurteilung auf unspezifische, leichte kognitive Störungen mit Minderleistungen in allen untersuchten kognitiven Funktionsbereichen (IV-act. 203-12 unten). Im Administrativgutachten ist schlüssig dargelegt worden, dass dadurch bezogen auf kognitiv nicht anforderungsreiche Tätigkeiten keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit resultiert (IV-act. 203-14 und IV-act. 203-108 f.). Der Privatgutachter stellte zudem keine kognitiven Defizite fest (act. G 16.1, S. 15 unten). Im Übrigen kann dem Privatgutachten eine im Vergleich zum Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon reduzierte Einnahme von Opiaten entnommen werden (vgl. IV-act. 203-74 und act. G 16.1, S. 11; siehe auch bezüglich des zwischenzeitlichen Entzugs und der Rückfälle, act. G 16.1, S. 13), ohne dass sich dies erkennbar auf die von der Beschwerdeführerin geklagte Gehunfähigkeit oder Anfallsproblematik ausgewirkt hat.

2.3.8 Bei der Würdigung des Administrativgutachtens ist weiter von Bedeutung, dass es auf eigenständigen,

polydisziplinären Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die darin enthaltene Arbeitsfähigkeitsschätzung stützt sich insbesondere auf eine ausführliche und nachvollziehbare Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung, die mit der Voraktenlage zu vereinbaren ist. Es bestehen ferner keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, die Beweiskraft des Gutachtens der Rehaklinik Bellikon bzw. der darin enthaltenen Arbeitsfähigkeitsschätzung in Frage zu stellen. Ein weiterer Abklärungsbedarf besteht nicht. 2.3.9 Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Rehaklinik Bellikon ist deshalb davon auszugehen, dass die geltend gemachte quantitative Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten aus objektiver medizinischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinn von Art. 7 Abs. 2 ATSG zurückgeführt werden kann (IV-act. 203-10 ff.). Eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ist nicht dargetan (zu den qualitativen Einschränkungen siehe IV-act. 203-13 f.). Daran ändert nichts, dass sich die Beschwerdeführerin in einer schwierigen psychosozialen Situation befindet.

### **E. 3**

Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten verbleibt die Prüfung der Erwerbsunfähigkeit. Weder aus den Akten noch den Ausführungen der Beschwerdeführerin, die über keine berufliche Ausbildung verfügt (IV-act. 1-4), ergeben sich Hinweise, dass sie als Gesunde über eine im Vergleich zu den statistischen Löhnen für Hilfsarbeiterinnen höhere Erwerbsfähigkeit bzw. höheres Valideneinkommen verfügt hat (zu den LSE-Löhnen siehe vgl. Anhang 2: Lohnentwicklung, IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015; zu den Einkommensverhältnissen vgl. den IK-Auszug, IV-act. 17, sowie den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin, IV-act. 209). Die konkrete Berechnung des Invaliditätsgrads und insbesondere die Frage nach der anwendbaren Bemessungsmethode kann offen bleiben. Denn selbst wenn zugunsten der Beschwerdeführerin ein Einkommensvergleich vorgenommen und der höchstzulässige Tabellenlohnabzug gewährt würde, resultierte bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten offensichtlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40%.

### **E. 4**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit, in der zusätzlich ein im Beschwerdeverfahren eingereichtes psychiatrisches Privatgutachten zu würdigen war und auch eine mündliche Verhandlung stattgefunden hat, als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen, weshalb die Beschwerdeführerin noch einen Restbetrag von Fr. 400.-- zu bezahlen hat. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Den Ausführungen des Privatgutachters fehlt die Beweiskraft, weshalb sie keinen Erkenntnisgewinn für die Beurteilung der vorliegenden Ansprüche lieferten. Ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Entschädigung der Kosten des Privatgutachtens fällt allein schon deshalb ausser Betracht. Entscheid 1. Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet, womit die Beschwerdeführerin noch einen Restbetrag von Fr. 400.-- zu bezahlen hat.

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