

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/138 vom 13. September 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_138

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/138 du 13 septembre 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/138 del 13 settembre 2017

Regeste

Art. 28 IVG, Art. 7 ATSG, Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG: Erfordernis genügender Abklärung des medizinischen Sachverhalts. I.c. stützt sich die angefochtene Verfügung auf einen Konsiliarbericht, der eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Ob er für sich alleine beweistauglich wäre, kann offen bleiben, nachdem zwei weitere Berichte unabhängiger Fachärzte in leidensadaptierten Tätigkeiten ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit schätzen. Ein (zusätzliches) polydisziplinäres Gutachten erweist sich vorliegend nicht als erforderlich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. September 2017, IV 2016/138).

Erwägungen

E. 1

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn sie 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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, Art. 16 ATSG). 1.3 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 mit Hinweisen). 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

E. 2

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das Konsilium von Prof. E. ___ vom 28. Januar 2016 (IV-act. 51-2 ff.). Prof. E. ___ veranlasste am 27. Januar 2016 Röntgenbilder der Hände und der HWS (IV-act. 51-6), aufgrund derer er festhielt, es bestünden insbesondere keinerlei radiologische Hinweise auf eine Fingerpolyarthrose. Nebst einer (wahrscheinlich angeborenen) Blockwirbelbildung bestünden degenerative Veränderungen im Sinne einer mässigen Chondrose und einer Spondylose C6/7 (IV-act. 51-5). Klinisch erhob Prof. E. ___ eine völlig unauffällige Inklinaton, Reklination, Flexion, Extension, Rotation aus Flexion sowie Neutralstellung und Extension (IV-act. 51-4). Die Schultern seien frei beweglich ohne Hinweise auf ein Impingement. Bei den Resistivtests sei die Kraftentwicklung in sämtlichen Richtungen reduziert gewesen, auch die Faustschlusskraft auf Aufforderung sei stark reduziert gewesen. Demgegenüber habe bei forcierter Rotation des Unterarmes gegen Widerstand beidseits eine hervorragende Kraft sowohl bei der Pronation wie bei der Supinationsbewegung bestanden. Ellbogen und Handgelenke seien beidseits voll streckbar gewesen. Die aktive Extension der Fingerendgelenke sei um etwa 15° eingeschränkt und die passive Extension (Gebetsgriff) einwandfrei möglich gewesen. Es seien keine Heberdenknötchen und keine Achsenabweichungen vorhanden und beide Hände gut beschwielert gewesen (IV-act. 51-5). Prof. E. ___ diagnostizierte ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anamnestisch intermittierende, alterstypische Fingergelenk-, zerviko-vertebrale und zerviko-spondylo-gene Beschwerden (IV-act. 51-5). Beurteilend hielt er fest, aus rheumatologischem Blickwinkel sei keine aktive Diagnose zu stellen. Es bestünden in der radiologischen Untersuchung keinerlei Hinweise auf eine Fingerpolyarthrose, es fehlten auch Hinweise auf eine entzündliche oder metabolische Arthropathie. In Anbetracht des Fehlens von Beschwerden im Nacken-/Schulterbereich und der völlig unauffälligen Funktion der Halswirbelsäule könne keine Diagnose im Sinne eines symptomatischen degenerativen HWS-Leidens gestellt werden (IV-act. 51-6).

2.2 Es fällt auf, dass die durch Prof. E. ___ erhobenen Befunde von denjenigen der übrigen Fachärzte abweichen. Sein Röntgenbefund vom 27. Januar 2016, wonach keine radiologischen Hinweise auf eine Fingerpolyarthrose bestünden, widerspricht dem im Bericht der Klinik für Rheumatologie

des KSSG vom 26. Juni 2014 dokumentierten Röntgenbefund vom 6. März 2013, welcher degenerative Veränderungen der DIP-Gelenke bzw. eine Heberdenarthrose zeigte (IV-act. 9-7 f.). Auch hinsichtlich der klinischen Befunde finden sich Abweichungen, so werden etwa im Bericht der Klinik für Rheumatologie des KSSG vom 26. Juni 2014 eine leichte bis mässige Schwellung der PIP- und DIP-Gelenke D2 und D4 beidseits und eine leichte Druckschmerzhaftigkeit beschrieben (IV-act. 9-8), und Dr. C.____ fand am 23. Juni 2015 umfangreichere Streckdefizite als Prof. E.____ und im Gegensatz zu ihm teilweise beginnende Achsenabweichungen in den Fingerendgelenken sowie eine deutlich eingeschränkte Inklinations- und Reklinationsfähigkeit (Fremdakten, act. G 6.2). Zu den Einschätzungen der Klinik für Rheumatologie und von Dr. C.____ führt Prof. E.____ aus, der Abgleich der heute erhobenen klinischen Daten mit den zugestellten Unterlagen dokumentiere nicht nur eine Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Ärzte am KSSG, sondern auch mit der Befundung von Dr. C.____ vom 23. Juni 2015. Dieser habe Bewegungseinschränkungen sowohl im Bereich des Achsenskelettes wie auch von Schulter-, Ellenbogen-, und Hand-/Fingergelenken festgestellt. Tatsächlich lasse die manualmedizinische Untersuchung der Wirbelsäule eine Hypermotilität (Hyperlaxizität) diagnostizieren. Die peripheren Gelenke seien betreffend Form und Funktion normal. Es fänden sich keine strukturellen Pathologien, sondern lediglich eine leichte, funktionelle Flexionshaltung in den Fingerendgelenken (IV-act. 51-6).

2.3 Im Wesentlichen konnte Prof. E.____ die in der Klinik für Rheumatologie des KSSG und von Dr. C.____ erhobenen Befunde nicht bestätigen und gelangte entsprechend zu einer abweichenden diagnostischen Beurteilung. Prof. E.____ erstattete sein Konsilium in Kenntnis der abweichenden Vorbeurteilungen, ohne jedoch die Unterschiede in den Befunden zu erklären. Insbesondere diskutiert er nicht etwa eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, und Arthrosen sind chronisch und verlaufen progredient (A. M. DEBRUNNER, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 579). Auch Dr. F.____ beschrieb am 15. Februar 2016 zusätzlich zu Prof. E.____ eine diskrete Schwellung des Mittelfingers, eine leichtgradige Bewegungslimitierung und eine leichte Instabilität der am meisten betroffenen Gelenke. Beim Stabilitätstest seien erwartungsgemäss Schmerzen angegeben worden, welche auch bei der Flexion aufgetreten seien. Bei zusätzlicher passiver Beugung hätten sie zugenommen. Er führte aus, aufgrund der aktuellen Untersuchung könnten die an den Fingergelenken geklagten Beschwerden weitgehend objektiviert werden (IV-act. 55-5 ff.). Die fehlende Übereinstimmung der Befunde von Prof. E.____ mit denjenigen der übrigen Ärzte lässt sich aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht ohne weiteres nachvollziehen. Relativierend ist jedoch festzuhalten, dass auch Prof. E.____ eine eingeschränkte Extension der Fingerendgelenke, eine leichte Flexionshaltung in den DIP-Gelenken sowie degenerative Veränderungen in der Halswirbelsäule feststellte, diese jedoch nicht als pathologisch, sondern als alterstypisch beurteilte. In Anbetracht dessen, dass es sich bei der Arthrose um eine degenerative Erkrankung handelt und auch normale Alterserscheinungen auf degenerativen Veränderungen beruhen (DEBRUNNER, a.a.O., S. 579), ist in diesem Rahmen ein Ermessensspielraum in der Diagnosestellung und eine strengere Ausübung dieses Ermessens durch Prof. E.____ als durch die übrigen Ärzte nachvollziehbar. Ob alleine auf den Bericht von Prof. E.____ abgestellt werden könnte, braucht indes nicht entschieden zu werden, zumal auch Dr. C.____ und Dr. F.____ die Beschwerdeführerin als in einer adaptierten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig schätzten. Es bleibt jedoch im Folgenden zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt unter Einbezug der weiteren Akten rechtsgenügend erstellt ist bzw. diese eine zuverlässige Einschätzung

der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Grundlage der Rentenverfügung beinhalten.

E. 3

3.1 Die Berichte von Dr. C.____ und von Dr. F.____ vermitteln insgesamt ein recht einheitliches Bild: Dr. C.____ (Bericht vom 23. Juni 2015, Fremdakten, act. G 6.2) und Dr. F.____ (Bericht vom 15. Februar 2016, IV-act. 55) gelangten durch eigene klinische Befunde - im Wesentlichen Bewegungseinschränkung und Instabilität vor allem der betroffenen Fingerendgelenke - zum selben diagnostischen Ergebnis wie zuvor die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des KSSG (Bericht vom 26. Juni 2014, IV-act. 9-7 ff.). Auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit liegen kongruente Einschätzungen vor: Dr. C.____ attestierte für der Finger-/Handproblematik angepasste Tätigkeiten eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. Das Ergreifen von Gegenständen mit grossem Gewicht oder Umfang sei erschwert bzw. unzumutbar. Hingegen seien Kontrolltätigkeiten oder Maschinenbedienungen ohne manuell belastende Tätigkeit möglich (Fremdakten, act. G 6.2, Bericht vom 23. Juni 2015, S. 6). Dr. F.____ hielt Tätigkeiten für 100 % zumutbar, für die er bewegungsabhängig gewichtsmässige Beschränkungen von 1 kg bis 5 kg beim Tragen, Heben, Herunterholen, Greifen, Zupacken, Festhalten, Stossen, Schieben und Ziehen von Gegenständen umschrieb (IV-act. 55-9).

3.2 Bei Dr. C.____ und Dr. F.____ handelt es sich um von der Beschwerdegegnerin unabhängige Experten. Als Fachärzte für orthopädische Chirurgie bzw. für Handchirurgie verfügen sie über die erforderliche spezialärztliche Qualifikation (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. September 2010, 8C_65/2010, E. 3.1 und vom 27. Oktober 2010, 8C_420/2010, E. 4.3), um die vorhandenen Beschwerden in Fingern, Schulter/Nacken und Ellbogen zu beurteilen. Ihre Expertisen wurden durch den Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegeben, und es wird und wurde nicht vorgebracht, die Parteirechte der Beschwerdeführerin seien nicht gewahrt worden (vgl. dazu BGE 139 V 354 E. 5.1 und BGE 137 V 209 E. 3.4).

3.3 Fraglich erscheint, ob zusätzlich eine psychiatrische bzw. eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig gewesen wäre, nachdem Dr. B.____ im am 1. Oktober 2015 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Arztbericht die Verdachtsdiagnose auf eine Anpassungsstörung mit depressiver Episode stellte, eine Psychotherapie erwog und die psychische Situation bei seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung berücksichtigte (IV-act. 40). Aktenkundig ist sodann die Verordnung der Antidepressiva Cymbalta und Trittico (IV-act. 40-2, Bericht Inselspital Bern vom 28. Januar 2016; IV-act. 51-4). Eine polydisziplinäre Expertise ist einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen (BGE 139 V 352 E. 3.2). Ausser in den eingangs erwähnten Berichten sind ins psychiatrische Fachgebiet fallende Beschwerden nicht aktenkundig und werden nicht geltend gemacht. Auch eine effektiv durchgeführte eigentliche Psychotherapie ist nicht dokumentiert. Dr. F.____ hielt im Bericht vom 15. Februar 2016 fest, aufgrund der aktuellen Untersuchung könnten die an den Fingergelenken geklagten Beschwerden weitgehend objektiviert werden (IV-act. 55-7), und auch in den übrigen Akten ist nirgendwo von einem psychisch überlagerten Beschwerdebild die Rede. Aufgrund der

vorliegenden Aktenlage ist demnach nicht von einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch psychisch bedingte Beschwerden auszugehen. Auf eine polydisziplinäre Begutachtung kann unter den gegebenen Umständen verzichtet werden.

3.4 Die Berichte von Dr. F.____ und Dr. C.____ berücksichtigen die geltend gemachten Beschwerden und die jeweils vorhandene Aktenlage umfassend. Sie sind schlüssig und nachvollziehbar. Nachdem diese Experten, wie auch Prof. E.____, übereinstimmend zum Ergebnis gelangten, die Beschwerdeführerin sei in einer adaptierten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig, wird die Beweiskraft des Berichts von Dr. F.____ nicht dadurch in Frage gestellt, dass ihm der Bericht von Prof. E.____ und der von diesem erhobene Röntgenbefund nicht vorgelegen hat. Der Arztbericht von Dr. D.____, Rheumatologie KSSG, vom 23. Oktober 2015 enthält keine medizinischen Tatsachen, welche im Konsiliarbericht von Dr. F.____ nicht berücksichtigt wurden. Es handelt sich vielmehr um eine abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, indem Dr. D.____ zwar nur ein 50 %iges Pensum, indes aber ein grössere Belastungen umfassendes Anforderungsprofil für zumutbar hielt und indem er lediglich Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, mit häufigen Zwangshaltungen, häufigen Überkopfarbeiten, feinmotorische und repetitive grobmotorische Tätigkeiten, Akkordtätigkeiten sowie Tätigkeiten unter Zeit- und Termindruck ausschloss (IV-act. 44-3 f.). Mit den Befunden und den Anpassungsprofilen von Dr. C.____ und Dr. F.____ im Wesentlichen übereinstimmend hält auch der Schlussbericht des Praxis Check vom 9. September 2016 fest, feinmotorisch habe die Beschwerdeführerin sehr gute Ergebnisse erzielt, Arbeiten mit Krafteinsatz seien nicht möglich gewesen. Die Beschwerdeführerin sei an beiden Händen eingeschränkt beim Greifen, Zupacken, Festhalten, Stossen, Schieben, Ziehen und beim Heben von Gewichten. Auch das Hantieren mit Werkzeugen wie einer Schere falle ihr sichtlich schwer und sei mit Schmerz verbunden. Die Einschränkungen seien täglich aufgefallen. Die Verknotung bei Halsketten und das Eindrücken von Ösen bei Lichterketten habe sie nicht selbst bewerkstelligen können. Das Schneiden mit der Schere sei schwierig gewesen, damit habe sie zwischen einer halben und einer ganzen Stunde arbeiten können, je nach Tagesverfassung. Leichte Arbeiten seien jedoch kein Problem gewesen und hätten über einen halben Tag ohne Weiteres erledigt werden können. Als mögliche Suchbereiche wurden Mithilfe in einem Hort, in einer Kinderkrippe (ohne Heben und Herumtragen von Kindern), bei Mittagstischen oder in einer Mensa von Pflegezentren/Altersheimen eruiert. Der Beschwerdeführerin wurde ein Einsatz im Bereich Dokumanagement empfohlen (act. G 10.1). Ein höheres Arbeitspensum wurde im Rahmen des Praxis Checks nicht ausprobiert, weshalb aus dessen Beschränkung auf ein 50 %-Pensum nicht geschlossen werden kann, eine höhere Arbeitsfähigkeit sei entgegen der medizinisch-theoretischen Einschätzungen von Dr. C.____, Prof. E.____ und Dr. F.____ nicht möglich. Es ist daher, zusammenfassend, davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Fingerpolyarthrose und ihren Schulter-Nackenbeschwerden angepassten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig ist. Obwohl die Beschwerdeführerin beim Greifen, Zupacken, Festhalten, Stossen, Schieben und Ziehen von Gegenständen bereits von wenigen Kilogramm und im Hantieren mit Werkzeugen und Maschinen eingeschränkt ist (Konsiliarbericht Dr. F.____ vom 15. Februar 2015, IV-act. 55-9), bestehen gemäss Dr. C.____ (Konsiliarbericht vom 23. Juni 2015, Fremdakten, act. G 4.2, S. 6) und gemäss Schlussbericht des Praxis Checks im ausgeglichenen Arbeitsmarkt Möglichkeiten in Kontrolltätigkeiten und Maschinenbedienungen ohne manuelle Belastung, in der Mithilfe betreuender Art oder im Dokumanagement. Es ist daher von einer 100 % Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten

Verweistätigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführerin steht offen, zur Weiterhilfe Arbeitsvermittlung zu beanspruchen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 20. April 2017, IV 2016/276, E. 4.1).

E. 4

4.1 Nach Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2015 bei einem Pensum von 50 Stellenprozenten einen Lohn von Fr. 27'900.-- erzielt (Fragebogen für Arbeitgebende, 30. April 2015, IV-act. 5-3; vgl. auch Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 8-1). Sie macht plausibel geltend, sie wäre im Gesundheitsfall inzwischen zu 100 % erwerbstätig (act. G 10-4 f.). Somit beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 55'800.-- (2 x Fr. 27'900.--). Für das Invalideneinkommen ist vom Tabellenlohn des Bundesamtes für Statistik (BFS), Lohnstrukturerhebung (LSE) und Lohnentwicklung 2015, Durchschnittswert Kompetenzniveau 1, Frauen, von Fr. 54'055.-- auszugehen (Informationsstelle AHV/IV, IV 2015, Bern 2015, Anhang 2 S. 226, update 1. Januar 2017, einsehbar unter <http://www.shop.ahv-iv.ch/data/docs/download/21902/de/Anhaenge-1-Saeule-Stand-Januar-2017.pdf>). Selbst unter Berücksichtigung des grösstmöglichen Tabellenlohnabzuges von 25 % (BGE 126 V 80 E. 5b/cc) ergäbe sich mit einem Invalideneinkommen von Fr. 40'541.-- und einem Invaliditätsgrad von 27 % kein Rentenanspruch. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 4.2 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. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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