

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/201 vom 15. Oktober 2019**

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2017\\_201](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_201)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/201 du 15 octobre 2019

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/201 del 15 ottobre 2019

## **Regeste**

Art. 28 IVG. Beweiswürdigung. Administrativgutachten beweiskräftig. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Oktober 2019, IV 2017/201).

## **Volltext**

Entscheid vom 15. Oktober 2019 Besetzung Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterrinnen Michaela Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. IV 2017/201 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. David Zünd, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 17. März 2015 wegen Depression zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Die am Psychiatrie-Zentrum B.\_\_\_\_ seit Dezember 2014 ambulant behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit Dissoziationen (ICD-10: F32.1), DD: fraglich psychotische Störung bei positiver Familienanamnese (Schizophrenie), und eine Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung im Kindes- und Jugendalter in Folge einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinn einer komplexen Traumastörung (ICD-10: F62.0). Die Behandlung sei auf Empfehlung der Beratungsstelle C.\_\_\_\_ mit dem Hinweis erfolgt, dass nach der Geburt des ersten Kindes (2. August 2014, IV-act. 1-2) eine schwere depressive Symptomatik bestehe und es zur Reaktivierung von traumatischen Erlebnissen aus der Kindheit gekommen sei. Fremdanamnestisch sei zu erheben, dass bereits im Jahr 2009 eine kurzzeitige ambulante Behandlung im psychiatrischen Ambulatorium D.\_\_\_\_ erfolgt und bereits dort eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden sei. Seit Dezember 2014 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Unter einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei davon auszugehen, dass sich das Zustandsbild der Versicherten verbessern könne (Bericht vom 4. Mai 2015, IV-act. 13). Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 20. Juli 2015 aus, dass die Versicherte seit 14. April 2015 wöchentliche Konsultationen beim Psychologen lic. phil. F.\_\_\_\_ wahrnehme (Psychotherapie im delegierten Verfahren). Gegenwärtig bestünden folgende Symptome: diffuse Ängste, Ein- und Durchschlafstörungen, gedrückte Stimmung, Hoffnungslosigkeit, Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle, rasche Reizbarkeit, Depersonalisation und Gedankenausbreitung. Der Allgemeinzustand sei reduziert. Die Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 21). Der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt u.a. für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vertrat in der Stellungnahme vom 6. August 2015 die Auffassung, es sei mit einer längeren

vollen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (IV-act. 23). Der behandelnde Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, der die Versicherte am 9. Juni 2015 zuletzt gesehen hatte, berichtete am 7. Dezember 2015, es seien ihm keine Arbeitsunfähigkeiten der Versicherten bekannt. "Pat. war bei mir nicht arbeitsunfähig". Körperliche, geistige oder psychische Einschränkungen seien ihm keine bekannt. Er hielt die Versicherte für uneingeschränkt arbeitsfähig (IV-act. 29). Lic. phil. F.\_\_\_\_ nannte im Bericht vom 9. Januar 2016 folgende Diagnosen, denen er eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass: "F.07.2. Z.73.0. Flüchtlingskind (ehem.) mit massivem I.\_\_\_\_-ischen Kriegstrauma" und eine "Kindsbettdepression F53.0". Die Behandlung (stützende Psychotherapie und soziale Therapie "zur Integration als Mutter in der St. Gallischen Gesellschaft") finde gegenwärtig alle zwei Wochen statt. Die Versicherte sei nicht arbeitsfähig. Er schlug eine "baldige Berentung als Kriegsopfer + Traumaopfer zur Stützung ihrer Mutterschaft" vor (IV-act. 35). Auf Anfrage der IV-Stelle gab die Versicherte am 24. Februar 2016 Auskünfte zu ihren Haushaltsaktivitäten (IV-act. 37). Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ empfahl zur Rentenprüfung eine monodisziplinäre Begutachtung der Versicherten (Stellungnahme vom 19. April 2016, IV-act. 39). Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 12. September 2016 durch med. pract. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachtet. Die Gutachterin stellte keine die Arbeitsfähigkeit der Versicherten beeinträchtigenden Diagnosen fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden: akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10: Z73.1); ein Status nach Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion, gemischt (ICD-10: F43.22), DD: depressive Episode Ende 2014, gegenwärtig voll remittiert (ICD-10: F32.4). Sowohl für die angestammte Tätigkeit als Verkäuferin als auch für andere leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigte die Gutachterin eine vollständige Arbeitsfähigkeit. In der Haushaltsführung sei die Versicherte ebenfalls nicht eingeschränkt. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit sei schon länger, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit spätestens Mai 2016 und mit Sicherheit seit der aktuellen gutachterlichen Untersuchung ausgewiesen. Unter Berücksichtigung des Längsschnittverlaufs stelle sich aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht die Frage, ob bei der Versicherten überhaupt eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit im IV-rechtlichen Sinn vorgelegen habe (Gutachten vom 30. September 2016, IV-act. 46). Am 30. September 2016 wandte sich lic. phil. F.\_\_\_\_ an die IV-Stelle und brachte - unter Hinweis auf ein (nicht in den Akten dokumentiertes) mit dem zuständigen Sachbearbeiter der IV-Stelle am 19. Juni 2016 geführtes Telefongespräch - vor, die Begutachtung sei für die Versicherte sehr schwierig zu ertragen gewesen und sie habe die dreieinhalbstündige Befragung als re-traumatisierend empfunden. Die gutachterlichen Fragen über Alltagsaktivitäten (etwa bezüglich Smartphone-Benützung, Coiffure-Besuche und Shopping) seien für die Versicherte irritierend gewesen. Solche Fragen "irritieren" auch ihn. Die "Ausfragerei und die darauffolgenden Kommentare" der Gutachterin seien laut der Versicherten verletzend gewesen (IV-act. 47). Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ vertrat in der Stellungnahme vom 20. Dezember 2016 die Auffassung, das psychiatrische Gutachten entspreche den versicherungsmedizinischen Kriterien (IV-act. 51). Gestützt auf die gutachterliche Beurteilung verneinte die IV-Stelle eine rentenbegründende Invalidität und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 3. Januar 2017 die Abweisung ihres Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 53). Dagegen erhob die Versicherte am 6. Januar 2017 Einwand (IV-act. 54). In der ergänzenden Eingabe vom 27. Februar 2017 (IV-act. 62) verwies sie zur Begründung auf die Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2017, worin dieser die gutachterliche Beurteilung unter

verschiedenen Gesichtspunkten kritisiert und an seiner eigenen Einschätzung festhält (IV-act. 63). Med. pract. J. \_\_\_ äusserte sich am 14. März 2017 zu den Stellungnahmen von lic. phil. F. \_\_\_ vom 30. September 2016, des RAD-Arztes Dr. G. \_\_\_ vom 20. Dezember 2016 und von Dr. E. \_\_\_ vom 23. Februar 2017. Sie gelangte nach deren Diskussion zum Schluss, dass sie unverändert an ihrer gutachterlichen Einschätzung festhalte (IV-act. 66). Nachdem die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör gewährt hatte (zur Stellungnahme der Versicherten vom 27. März 2017 siehe IV-act. 69), verfügte sie am 27. April 2017 die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 70). Gegen die Verfügung vom 27. April 2017 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 29. Mai 2017. Die Beschwerdeführerin beantragt darin deren Aufhebung und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Im Wesentlichen macht sie geltend, dass die gutachterliche Beurteilung mangelhaft sei. Wenn nicht den während längerer Zeit behandelnden Fachpersonen in ihrer Beurteilung gefolgt und eine Invalidenrente zugesprochen werden sollte, so müsse die Sache wenigstens an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts zurückgewiesen werden (act. G 1). Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 11. September 2017 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung bringt sie im Wesentlichen vor, dass die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beweiskräftig und das Rentengesuch gestützt darauf zu Recht abgewiesen worden sei (act. G 4). In der Replik vom 20. Oktober 2017 hält die Beschwerdeführerin an den bisherigen Anträgen unverändert fest. Zusätzlich beantragt sie die Durchführung einer mündlichen Verhandlung. Dr. E. \_\_\_ wäre bereit, an einer solchen Verhandlung persönlich teilzunehmen und seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit darzulegen. Auch sie selbst würde persönlich teilnehmen und stünde für eine mündliche Befragung durch das Gericht zur Verfügung. Die Beschwerdeführerin rügt die Vergabe des Gutachtensauftrags an med. pract. J. \_\_\_. Diese sei weder nach dem Zufallsprinzip noch im Rahmen von Einigungsbemühungen erfolgt (act. G 7). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 9). Am 24. September 2019 teilt die Beschwerdeführerin den Verzicht auf eine mündliche/öffentliche Verhandlung mit (act. G 12). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 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).

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). 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. 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 Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung 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). 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 von med. pract. J. \_\_\_ vom 30. September 2016 (siehe hierzu IV-act. 46). Die Beschwerdeführerin zieht dessen Beweiskraft in Zweifel (siehe etwa act. G 1, Rz 30 ff.). In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin die Vergabe des Gutachtens, die weder im Rahmen eines Zufallsprinzips noch gestützt auf Einigungsbemühungen erfolgt sei (act. G 7, Rz 4 ff.). Bezüglich der Auswahl der Gutachterin ist zunächst zu bemerken, dass der RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_ aufgrund der im Dossier geschilderten Traumatisierung in der Vorgeschichte ausdrücklich darum ersuchte, die Begutachtung durch eine Frau durchführen zu lassen (Stellungnahme vom 19. April 2016, IV-act. 39-3). Diesem Anliegen ist die IV-Stelle mit der Wahl von med. pract. J. \_\_\_ nachgekommen. Von Bedeutung ist, dass der Beschwerdeführerin am 19. Mai 2016 sowohl die massgebliche Fachdisziplin (Psychiatrie) als auch die Person der Gutachterin mitgeteilt und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme geboten wurde. Dabei wurde die Beschwerdeführerin ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie die Möglichkeit habe, triftige Einwendungen gegen die Art der Begutachtung, die vorgesehene Fachdisziplin sowie die begutachtende Person vorzubringen. Ohne Gegenbericht innert der eingeräumten Frist werde der definitive Auftrag an die Gutachterin erteilt (IV-act. 40). Die Beschwerdeführerin brachte indessen weder nach der Mitteilung noch nach dem Aufgebot von med. pract. J. \_\_\_ vom 12. August 2016 (IV-act. 44) irgendwelche Einwände vor. Deshalb war nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch kein Einigungsversuch erforderlich (BGE 142 V 565 E. 7.3.2.3). Die Beschwerdeführerin nahm zudem vorbehaltlos an der Begutachtung teil, weshalb zumindest von einem stillschweigenden Einverständnis der Beschwerdeführerin mit der Begutachtung durch med. pract. J. \_\_\_ ausgegangen werden kann. Ausserdem bestanden keine Hinweise, dass die Beschwerdeführerin nebst den geklagten psychischen Leiden an zusätzlichen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Krankheiten litt, die einen Beizug weiterer

medizinischer Fachdisziplinen erforderlich gemacht hätten. Deshalb liegt der Beschränkung auf ein monodisziplinäres psychiatrisches Gutachten keine erkennbare Absicht zur Umgehung der für polydisziplinäre Begutachtungen zu beachtenden Vergabe nach Art. 72 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zugrunde. Auch wenn die Kritik der Beschwerdeführerin an der vom Bundesgericht geschützten (BGE 142 V 565 E. 7.3.2.3) und von der Beschwerdegegnerin geübten Praxis bei der Vergabe monodisziplinärer Gutachten an sich - insbesondere unter dem Aspekt der (für die Versicherten nicht leichthin erkennbaren) Gefahr von finanziell zielgerichteten Auftragsvergaben und von relevanten wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnissen (siehe hierzu etwa den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 9. Januar 2019, IV 2018/181, E. 2.2 f.) - nachvollziehbar ist, so bestehen im vorliegenden Fall keine konkreten Hinweise, welche die Gutachtensvergabe als unsachlich oder med. pract. J.\_\_\_\_ als voreingenommen erscheinen lassen. Die Beschwerdeführerin hält die gutachterliche Einschätzung für mangelhaft, da sie den Beurteilungen der behandelnden psychiatrischen Fachpersonen des Psychiatrie-Zentrums B.\_\_\_\_, von Dr. E.\_\_\_\_ und von lic. phil. F.\_\_\_\_ diametral widerspreche (act. G 1, Rz 30 und Rz 35 ff., und act. G 7, Rz 4 und Rz 8 ff.). Vorab rügt die Beschwerdeführerin, dass Ermessen immer subjektiv sei. Es gebe kein objektives Ermessen. Die Beschwerdegegnerin führe gegen Einschätzungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen ins Feld, sie hätten sich primär auf die subjektiven Angaben der Patientin gestützt. Einerseits stelle sich die Frage, wie man für eine Diagnosestellung bei einer psychischen Erkrankung nicht auf subjektive Äusserungen der erkrankten Person zurückgreifen solle. Andererseits werde ein subjektives Ermessen der Gutachterin verteidigt und anschliessend genau diese Subjektivität wieder kritisiert. Wenn die Beschwerdegegnerin das subjektive Element einer Diagnose nicht gelten lassen wolle, dann könne sie gleichzeitig nicht ein Ermessen für die Gutachterin fordern. Offenbar wisse die Beschwerdegegnerin selbst nicht, wie sie das fragwürdige Gutachten noch rechtfertigen sollte (act. G 7, Rz 6). Aufgrund dieses Vorbringens erscheint es angezeigt, die Thematik von sich widersprechenden Einschätzungen von begutachtenden und behandelnden medizinischen Fachpersonen näher zu beleuchten. Ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) kann nicht in Frage gestellt werden und Anlass zu weiteren Abklärungen bieten, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/2007, E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet einer psychiatrischen Fachperson - sei sie nun in therapeutischer oder in begutachtender Funktion - daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern die Beurteilung des Experten oder der Expertin die Beweisanforderungen erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C\_694/2008, E. 5.1.1). Die Einschätzung eines psychischen Krankheitsbilds und dessen allfällige Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit muss sich - mangels zuverlässiger bzw. bewährter Messmethodik - zwangsläufig zunächst auf die Angaben und das Verhalten der versicherten Person stützen. Um Beweiskraft erlangen zu können, muss eine objektive fachmedizinische Beurteilung

insbesondere diesem Umstand Rechnung tragen. Deshalb ist eine umfassende Prüfung der Konsistenz und der Plausibilität der Leidensschilderung sowie -präsentation für die Gewährleistung einer möglichst objektiven fachmedizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von zentraler Bedeutung. Gemäss Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, 16. Juni 2016) ist eine Stellungnahme zur Authentizität von Beschwerden, von präsentierten Symptomen und von Leistungseinschränkungen denn auch obligatorischer Bestandteil eines versicherungspsychiatrischen Gutachtens. Das beinhaltet eine Stellungnahme zur Frage, ob die berichteten Beschwerden und präsentierten Symptome in sich konsistent sind oder ob Diskrepanzen, allenfalls sogar Widersprüche bestehen. Dies gelingt am ehesten durch eine Gegenüberstellung der erhobenen Informationen mit Hilfe der verschiedensten methodischen Zugänge. Diesbezüglich sind Hinweise aus der Verhaltensbeobachtung und dem Anamneseverlauf relevant. Hierzu können z.B. eine auffallend diffuse Beschwerdeschilderung, die fehlende Angabe von Details oder Beispielen zu den Beschwerden auch auf Nachfrage, Widersprüchlichkeiten innerhalb der Anamnese, zwischen Anamnese und Verhalten, zu Auskünften von Dr. F.\_\_\_\_, zwischen Anamneseverlauf sowie zwischen Verhalten und Testsituation gehören (Leitlinien, S. 29). Eine besondere Bedeutung bei der Exploration kommt der detaillierten Beschreibung eines üblichen Tagesablaufs durch die versicherte Person zu, da sich hieraus häufig Hinweise auf Interessen, Aktivitäten, Alltagsgewohnheiten und damit Potential und Ressourcen, jedoch auch Diskrepanzen zu anderen Angaben oder zum Verhalten in der Untersuchung ergeben (Leitlinien, S. 16). Nach dem Gesagten ist eine fachpsychiatrische Arbeitsfähigkeitsschätzung lediglich dann beweiskräftig, wenn die zugrundeliegende Ausübung des zwangsläufig vorhandenen Interpretationsspielraums die genannten Anforderungen erfüllt. Die Beschwerdeführerin verkennt bei ihrer Kritik am Ermessens- bzw. Interpretationsspielraum (siehe hierzu act. G 7, Rz 6), dass die Selbsteinschätzung einer versicherten Person und die vorbehaltlos darauf abstellende Beurteilung medizinischer Fachpersonen für sich allein die Anforderungen an eine lege artis vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht erfüllen und insbesondere keine rechtskonforme Ermessens- bzw. Interpretationsausübung darstellen. Dies gilt vorliegend umso mehr, als sich aus den Akten Inkonsistenzen und Diskrepanzen in der Leidensschilderung und -präsentation der Beschwerdeführerin ergeben, die sich etwa mit ihrem Aktivitätsniveau im Haushalt und Alltag nicht vereinbaren lassen (siehe hierzu nachstehende E. 2.2.2). Die Beschwerdeführerin gab im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt weder unter dem Aspekt der Ernährung bzw. Nahrungszubereitung, der Wohnungspflege, der Einkäufe noch der Wäsche und Kleiderpflege relevante Einschränkungen im Funktionsniveau an. Bezüglich der Betreuung von Kindern oder Krankenpflege von Familienangehörigen und Dr. F.\_\_\_\_ gab sie lediglich an, sie habe "keine Nerven für Administration". Die angegebenen Einschränkungen bei der Planung und Organisation sowie den Grosseinkäufen, bei der sie vom Ehemann unterstützt werde, seien seit Dezember 2013 vorhanden (IV-act. 37). Gegenüber der Gutachterin schilderte sie ein damit zu vereinbarendes Funktionsniveau (siehe etwa IV-act. 46-19 f.). Die von der Beschwerdeführerin zur Bestätigung ihrer Selbsteinschätzung ins Feld geführten Berichte - insbesondere die Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2017 (IV-act. 63) - beruhen allesamt weder auf einer Konsistenzprüfung noch beschäftigen sie sich erkennbar mit dem von der Beschwerdeführerin im Alltag und Haushalt geleisteten

hohen Aktivitätsniveau bzw. den entsprechenden Ressourcen (siehe hierzu vorstehende E. 2.2.2). Allein schon deshalb vermögen sie für die sozialversicherungsrechtliche Leistungsprüfung keine taugliche Beweisgrundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu bilden, weshalb sich Weiterungen zu der von der Beschwerdeführerin zitierten, das Privatversicherungsrecht betreffenden Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2014, 4A\_526/2014, E. 2.4; siehe act. G 1, Rz 36) erübrigen. Bezüglich der Beurteilung durch die medizinischen Fachpersonen des Psychiatrie-Zentrums B.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2015 (IV-act. 13) kann im Übrigen mangels Relevanz für den Rentenanspruch (siehe zum frühest möglichen Rentenbeginn Art. 29 Abs. 1 IVG; zur Anmeldung vom 17. März 2015 siehe IV-act. 1) offenbleiben, ob die bis zum Behandlerwechsel im April 2015 (siehe hierzu IV-act. 13-4 und IV-act. 21-2) bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der damals präsentierten Symptomatik - u.a. (fraglich) psychotische Störung (IV-act. 13-1) - überzeugend ist. Schlechterdings nicht mit dem von der Beschwerdeführerin angegebenen hohen Funktionsniveau im Alltag ist die nicht näher begründete Beurteilung des behandelnden Psychologen vom 9. Januar 2016 zu vereinbaren, der praktisch sämtliche körperliche Verrichtungen (wie etwa wechselbelastende Tätigkeiten oder Rotation im Sitzen/Stehen) für nicht mehr zumutbar hält. Dabei bleibt unklar, auf welcher Grundlage lic. phil. F.\_\_\_\_ die entsprechenden Schlüsse zog, weshalb er ausgerechnet für das "Treppen steigen" keine Einschränkung bescheinigte und die Fragen nach dem kognitiven Leistungsvermögen offenliess (IV-act. 35-5). Dass lic. phil. F.\_\_\_\_ im Rahmen der von ihm vorgenommenen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Abklärung des Funktionsniveaus der Beschwerdeführerin im Alltag keine Bedeutung zumass, geht zudem aus seiner Stellungnahme vom 30. September 2016 hervor, worin er seine Irritation über entsprechende von med. pract. J.\_\_\_\_ gestellte Fragen gegenüber der Beschwerdegegnerin kundgab (IV-act. 47). Die von lic. phil. F.\_\_\_\_ genannten Diagnosen "F.07.2. Z.73.0. Flüchtlingskind (ehem.) mit massivem I.\_\_\_\_-ischen Kriegstrauma" und "Kindsbettdepression F53.0" werfen Fragen auf und lassen sich mit sämtlichen fachpsychiatrischerseits erhobenen Diagnosen nicht vereinbaren (siehe auch die Kritik von med. pract. J.\_\_\_\_ in IV-act. 46-31 oben). So wird mit ICD-10: F07.2 ein "Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma" codiert, wobei ein Schädelhirntrauma nicht aktenkundig ist. ICD-10 Z73 erfasst Probleme mit Bezug auf die Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Bei diesen Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind (siehe hierzu das Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2010, 8C\_663/2010, E. 5.2.4 mit Hinweis). ICD-10 F53.0 codiert - lediglich - leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, wobei unklar ist, weshalb lic. phil. F.\_\_\_\_ knapp eineinhalb Jahre nach der Geburt (siehe hierzu IV-act. 1-2) immer noch diese Diagnose zur Begründung der Arbeitsunfähigkeit hinzuzieht. Sein Vorschlag "baldige Berentung als Kriegsoffer + Traumaopfer zur Stützung ihrer Mutterschaft" legt ferner nahe, dass er auch fachfremde sozioökonomische Überlegungen zugunsten der Beschwerdeführerin berücksichtigte, und weckt Zweifel an der Unvoreingenommenheit seiner Einschätzung. Entscheidend ist des Weiteren, dass sich die Gutachterin plausibel mit den abweichenden medizinischen Berichten auseinandersetzte (IV-act. 46-29 ff. und IV-act. 46-34) und auch schlüssig zur Kritik von Dr. E.\_\_\_\_ und lic. phil. F.\_\_\_\_ Stellung nahm (siehe die ergänzende Stellungnahme vom 14. März 2017,

IV-act. 66). Entgegen der Sichtweise der Beschwerdeführerin (act. G 7, Rz 11) hat sich die Gutachterin gestützt auf die Ergebnisse der klinischen Untersuchung, die dort von der Beschwerdeführerin - grösstenteils erst auf Nachfrage hin - gemachten Aussagen und in Übereinstimmung der Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrer Leistungsfähigkeit im Haushalt (siehe hierzu die Angaben im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt vom 24. Februar 2016; IV-act. 37) schlüssig zur Leistungsfähigkeit und dem Aktivitätsniveau geäussert. Aus der Sicht der Beschwerdeführerin hat die Gutachterin übersehen, dass es gerade zu ihrem Krankheitsbild gehöre, dass sie viele Dinge vergesse oder schlicht verdränge. Dass die Gutachterin die wiederholten Nachfragen und das Aussageverhalten von ihr (der Beschwerdeführerin) zulasten der Glaubwürdigkeit der Aussagen interpretiere, sei nicht nachvollziehbar (act. G 1, Rz 32). Des Weiteren kritisiert sie, der Befragungsstil der Gutachterin erinnere eher an eine Einvernahme im Strafrecht als an ein Explorationsgespräch. Ein Gutachtensauftrag sei kein Freipass, um psychisch stark in Mitleidenschaft gezogene Exploranden mit Fragen derart zu bedrängen, dass sie die traumatischen Erlebnisse erneut wiedergeben müssten (act. G 1, Rz 34). Vorweg ist zu bemerken, dass die mit einer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung beauftragte medizinische Fachperson das "jetzige Leiden" der versicherten Person detailliert - gegebenenfalls mit strukturierter Nachfrage - zu erheben hat. Dies gilt insbesondere bezüglich des Umgangs mit den Beschwerden im Alltag, des Tagesablaufs, Freizeitgestaltung, Hobbys usw. (Leitlinien, a.a.O., S. 9 f.). Dabei kommt der detaillierten Beschreibung eines üblichen Tagesablaufs durch die versicherte Person eine besondere Bedeutung zu (Leitlinien, a.a.O., S. 16 [Hervorhebung gemäss Original]). Die medizinische Fachperson hat die Auswirkung der Störung auf alle Lebensbereiche abzuklären (Leitlinien, a.a.O., S. 27). Für die Beurteilung der Konsistenz wichtig und deshalb bei der Abklärung zu beachten sind u.a. folgende Faktoren: die fehlende Angabe von Details oder von Beispielen zu den Beschwerden, auch auf Nachfrage; Widersprüchlichkeiten innerhalb der Anamnese; Widersprüche zwischen Anamnese und Verhalten bzw. zwischen Anamneseverlauf und Verhalten bzw. Testsituation (Leitlinien, a.a.O., S. 20). Nicht zuletzt mit Blick darauf, dass medizinische Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit im Kontext der Prüfung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche primär für den Rechtsanwender und damit für medizinische Laien bestimmt sind, sind verständliche, umfassende und detaillierte Angaben seitens der medizinischen Fachperson - bei allem Verständnis für die mit einer psychiatrischen Begutachtung zwangsläufig verbundenen emotionalen Belastungen - unabdingbar. Dies scheint Dr. E. \_\_\_ bei seiner Kritik an der Nachfrage durch die Gutachterin etwa bezüglich der von der Beschwerdeführerin wahrgenommenen Gefühle (IV-act. 63-2, 2. Absatz) zu verkennen. Ergänzend kann auf die zutreffenden Ausführungen des RAD-Arztes Dr. G. \_\_\_ in der Stellungnahme vom 20. Dezember 2016 verwiesen werden (IV-act. 51). Bei ihrer Kritik am Vorgehen der Gutachterin übersieht die Beschwerdeführerin zunächst, dass das Ziel der Begutachtung nicht die vorbehaltlose Übernahme der subjektiven Leidensschilderung, sondern eine möglichst objektive fachmedizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bildete, die zwingend eine kritische Prüfung von Konsistenz, Validität und Plausibilität der geklagten Leiden und Einschränkungen in einer für den medizinischen Laien verständlichen Weise voraussetzt (siehe vorstehende E. 2.4.1 am Schluss). Die Angaben der Beschwerdeführerin zu den von der Gutachterin leitliniengerecht gestellten Fragen (siehe hierzu vorstehende E. 2.4.1) waren oftmals vage. Deshalb und nicht wegen einer unsachlichen Fragetechnik sah sich die Gutachterin wiederholt im Rahmen einer umfassenden Abklärung gezwungen, Nachfragen

zu stellen. Hinzu kommt vorliegend, dass die Erstangaben der Beschwerdeführerin teilweise im Widerspruch standen zu den Antworten auf die Nachfragen (siehe etwa bezüglich Autofahren IV-act. 46-13 unten und bezüglich Internetnutzung IV-act. 46-15; bezüglich E-Mail-Adresse siehe IV-act. 1). Gerade bei Fragen bezüglich der gegenwärtigen Alltagsaktivitäten leuchtet der Standpunkt der Beschwerdeführerin nicht ein, dass sie aufgrund ihres Krankheitsbilds Dinge vergesse und verdränge. Med. pract. J.\_\_\_\_ legte ausserdem einleuchtend dar, dass die Beschwerdeführerin bei Themen, die ihr selbst wichtig waren (belastende Kindheit, Familienangehörige, aktuelle Beschwerden) umfangreiche Angaben gemacht habe, wogegen sie viele der ihr gestellten Fragen nur vage, allgemein, kurz oder ausweichend beantwortet habe (IV-act. 46-22). Gegen eine leistungsbeeinträchtigende Vergesslichkeit spricht im Übrigen, dass die Beschwerdeführerin detaillierte Angaben etwa über den Kaufpreis für ihr erstes Auto (IV-act. 46-14) oder bezüglich des Beginns des Zigarettenkonsums (IV-act. 46-21 oben) zu nennen vermochte (siehe eingehend zur von med. pract. J.\_\_\_\_ beurteilten Konzentration und Aufmerksamkeit IV-act. 46-22). Nicht zu beanstanden ist ferner, dass med. pract. J.\_\_\_\_ allfällige sichtbare Folgen der Selbstschädigungshandlungen der Beschwerdeführerin (u.a. sehr oft Haare ausreissen, IV-act. 46-18) - mit vorgängig eingeholtem Einverständnis der Beschwerdeführerin (IV-act. 46-23 Mitte) - untersuchte und deren Vorhandensein verneinte (IV-act. 46-29). Die Ansicht der Gutachterin, die gestellten Diagnosen liessen sich nicht mit der medikamentösen Behandlung vereinbaren, hält die Beschwerdeführerin für unzutreffend (act. G 1, Rz 33). Entgegen der nicht näher begründeten Sichtweise der Beschwerdeführerin ist nicht erkennbar, dass die gutachterliche Beurteilung mit ihrem "Selbstbestimmungsrecht über die eingenommene Medikation" in Konflikt geraten würde (act. G 1, Rz 33). Selbstverständlich steht es der Beschwerdeführerin frei, welche der verschriebenen Medikamente sie einnehmen oder welche Therapien sie in Anspruch nehmen will. Dies ändert allerdings nichts daran, dass etwa der ärztlich beschriebene Therapiebedarf oder eine allfällige mangelhafte Compliance durch die Gutachterin zu würdigen ist. Der Umgang mit den Beschwerden ("Coping") und die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bzw. von Therapiemassnahmen sind denn auch wesentliche Gesichtspunkte für die Beurteilung der Art und des Schweregrads einer psychischen Störung (Leitlinien, a.a.O., S. 27) sowie des Leidensdrucks der versicherten Person. Med. pract. J.\_\_\_\_ hat die von Dr. E.\_\_\_\_ angeordnete Medikation ausführlich und plausibel diskutiert (IV-act. 46-30). Die Beschwerdeführerin macht denn auch keine konkreten inhaltlichen Mängel geltend. Zu ergänzen bleibt, dass die Beschwerdeführerin offenbar die angeordnete Medikation nicht immer - zumindest nicht wie vorgeschrieben - einnimmt. So gab die Beschwerdeführerin am 24. Februar 2016 an, keine Medikamente einzunehmen (IV-act. 37-1), obschon lic. phil. F.\_\_\_\_ am 9. Januar 2016 noch eine laufende Therapie mit Risperdal erwähnte (IV-act. 35-3). Ferner bringt der Rechtsvertreter vor, dass "ihm schon nach einer Minute in der ersten Besprechung mit der Beschwerdeführerin klar" geworden sei, dass diese psychisch massiv beeinträchtigt sei. Sie habe ausgesprochen leise gesprochen, ständig nur auf die Tischplatte mit gesenktem Haupt geschaut. Zudem habe sie immer mit ihren Fingern gespielt und äusserst nervös sowie eingeschüchtert gewirkt. Es sei auch der Eindruck entstanden, dass die Beschwerdeführerin viele Dinge nicht habe verstehen können, die er gesagt habe (act. G 1, Rz 31). Med. pract. J.\_\_\_\_ beschrieb ein ähnliches Verhalten: Nachdem sich die Beschwerdeführerin auf einen Stuhl hingeworfen habe, sei sie zunächst mit gesenktem Kopf dagesessen und habe den Blickkontakt vermieden. Sie habe zunächst nur wenig geredet, dabei auch sehr leise. Dabei habe sie sich

scheinbar ängstlich gezeigt. Allerdings wies sie darauf hin, dass sich dieses Verhalten rasch geändert habe, als die Beschwerdeführerin nach der allgemeinen Einführung die Gelegenheit erhalten habe, über ihre gesundheitlichen und familiären Probleme zu reden. Sie sei dann entspannt auf ihrem Stuhl gesessen und habe normal geredet. Der Blickkontakt sei fortan von ihr aufrechterhalten worden. Auch beim Erstkontakt im Rahmen der Begrüssung im Eingangsbereich der Praxis sei die Beschwerdeführerin in ihrem Verhalten, Reden und der Körperhaltung noch weitestgehend unauffällig gewesen. Ihr Verhalten habe sich plötzlich nach dem Betreten des Untersuchungszimmers geändert: "Auf einmal zeigte sie sich scheinbar verängstigt" (siehe zum Ganzen IV-act. 46-22). Die Begutachtung dauerte insgesamt unbestrittenermassen 3,5 Stunden. Gestützt darauf war med. pract. J. \_\_\_ in der Lage, aussagekräftige Feststellungen zum Verhalten, zu den Leidensschilderungen und zur Leidenspräsentation der Beschwerdeführerin zu machen, die sie im Gutachten ausführlich beschrieb (IV-act. 46-22). Sie würdigte plausibel die trotz relativ langer Untersuchungsdauer stabil gebliebenen kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin (IV-act. 46-22). Nur schwerlich mit der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten starken Verängstigung lassen sich zudem ihre wiederholten, einen resoluten Eindruck hinterlassenden Gegenfragen vereinbaren (siehe hierzu etwa IV-act. 46-17 unten oder IV-act. 46-18 oben). Dass Dr. E. \_\_\_ und lic. phil. F. \_\_\_ die Beschwerdeführerin konstant in einem vergleichsweise erheblich schlechteren Gefühlszustand wahrgenommen haben, vermag deshalb für sich allein nichts daran zu ändern, zumal die jeweiligen Termine wohl nicht 3,5 Stunden am Stück gedauert haben dürften und im therapeutischen Verhältnis eine Konsistenzprüfung - wenn überhaupt - bloss im Hintergrund steht. Bezüglich des affektiven Zustands kommt hinzu, dass bei psychotherapeutischen Sitzungen im Rahmen eines besonderen Vertrauensverhältnisses eine Aufarbeitung bzw. Auseinandersetzung mit Leiden und Sorgen stattfindet, die auch psychisch gesunde Versicherte als belastend empfinden. In damit zu vereinbarender Weise wies der RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_ darauf hin, "ein weiterer wichtiger, oft vergessener Punkt ist die Tatsache, dass auch die Versicherte im Kontakt mit dem Gutachter als Proband eine andere Rolle hat und einnimmt, als sie dies beim Arzt und Therapeuten tut. Dies bedeutet für alle bisher im Verfahren Involvierte tatsächlich ein neues, beobachtbares informatives Element und kann auch für Arzt und Therapeut ein so bisher noch nicht sichtbares, qualitativ neues Licht auf das Ressourcenmuster und -niveau werfen" (Stellungnahme vom 21. März 2017, IV-act. 67). Die sich in diesem emotional anforderungsreichen therapeutischen Rahmen zeigenden Leidensschilderungen, Gefühle und Befunde sind daher für sich allein nicht repräsentativ für das Verhalten und die affektiven Ressourcen ausserhalb der besonderen Therapiesituation im Alltag. Dem Funktionsniveau der Beschwerdeführerin im Alltag (siehe hierzu vorstehende E. 2.2.2), das mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht zu vereinbaren ist, trugen Dr. E. \_\_\_ und lic. phil. F. \_\_\_ - im Gegensatz zur Gutachterin - aber gerade nicht Rechnung. Der Vollständigkeit halber bleibt anzufügen, dass die vom Rechtsvertreter beschriebene, selbst dem medizinischen Laien ins Auge springende "massive" psychische Beeinträchtigung Dr. H. \_\_\_, obschon er nicht über eine fachpsychiatrische Ausbildung verfügt, wohl nicht entgangen wäre. Aus seinem Bericht vom 7. Dezember 2015 ergeben sich jedoch keine Hinweise auf eine relevante psychische Symptomatik. Vielmehr bescheinigte er - wie med. pract. J. \_\_\_ - ein uneingeschränktes Konzentrations- sowie Auffassungsvermögen sowie eine uneingeschränkte Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit (IV-act. 29). Bei der Würdigung der Beurteilung von med. pract. J. \_\_\_ fällt des Weiteren ins Gewicht, dass sie auf einer umfassenden

persönlichen Untersuchung mit sachlich gerechtfertigten detaillierten Fragen und Nachfragen beruht, darin die von der Beschwerdeführerin ausführlich geklagten Leiden unvoreingenommen gewürdigt werden sowie eine gründliche objektive Konsistenz- (IV-act. 46-28) und Ressourcenprüfung (IV-act. 46-28 Mitte und IV-act. 46-32 Mitte) beinhaltet. Die Gutachterin setzte sich ausserdem schlüssig mit den abweichenden Beurteilungen der medizinischen Fachpersonen auseinander (IV-act. 46-29 ff. und IV-act. 46-34), denen keine objektiven Gesichtspunkte zu entnehmen sind, die im Rahmen der gutachterlichen Beurteilung ausser Acht geblieben wären. Ferner klammerte med. pract. J. \_\_\_ die rein psychosozialen Belastungsfaktoren bei der Beurteilung aus (IV-act. 46-34 unten). Insgesamt leuchten die von ihr gezogenen, ausführlich begründeten Schlüsse und die spätestens ab Mai 2016 bescheinigte 100%ige Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit ein (IV-act. 46-33). Für die Zeit davor vermutet med. pract. J. \_\_\_ ebenfalls eine vollständige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 46-33). Angesichts dessen, dass sowohl Dr. E. \_\_\_ als auch lic. phil. F. \_\_\_ seit Aufnahme der Behandlung im April 2015 von einem seither unveränderten Gesundheitszustand auszugehen scheinen, kann spätestens ab April 2015 von der gutachterlich bescheinigten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Dies gilt umso mehr, als auch Dr. H. \_\_\_, der die Beschwerdeführerin letztmals am 9. Juni 2015 sah, keine psychischen Symptome erwähnte und eine uneingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit bescheinigte (Bericht vom 7. Dezember 2015; IV-act. 29). Da ein Rentenanspruch vorliegend frühestens am 1. September 2015 beginnen würde (Art. 29 Abs. 1 IVG) bzw. bei einer Arbeitsunfähigkeit ab Dezember 2014 das Wartejahr frühestens im Dezember 2015 erfüllt wäre (Art. 28 Abs. 1 IVG), kann offenbleiben, ob die Beschwerdeführerin vor Abschluss der Behandlung im Psychiatrie-Zentrum B. \_\_\_ arbeitsunfähig war. Bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für die angestammte sowie eine andere leidensangepasste Tätigkeit kann die konkrete Ermittlung des Status sowie der Vergleichseinkommen offenbleiben. Denn selbst wenn zugunsten der Beschwerdeführerin ein Prozentvergleich (siehe zum Prozentvergleich etwa Urteil des Bundesgerichts vom 6. April 2016, 8C\_628/2015, E. 5.3.1 mit Hinweisen) und der nach der bundesgerichtlichen Praxis höchstzulässige Tabellenlohnabzug von 25% (BGE 126 V 75) gewährt würde, resultierte ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von höchstens 25%. 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. 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. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet.

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