

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/406 vom 12. November 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_406

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/406 du 12 novembre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/406 del 12 novembre 2020

Regeste

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Rente der Invalidenversicherung. Würdigung von medizinischen Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. November 2020, IV 2018/406).

Volltext

Entscheid vom 12. November 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2018/406 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte, Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand IV-Leistungen Sachverhalt A.____ meldete sich im Juni 2016 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie reichte unter anderem einen Bericht der Psychiaterin Dr. med. B.____ vom 17. April 2016 ein, laut dem sie seit der Adoleszenz an einer rezidivierenden depressiven Störung, an einem Verdacht auf eine Traumafolgestörung bei einer ausserordentlich belastenden Kindheit, an einer Sarkoidose der Lunge sowie an einer erhöhten Infektanfälligkeit litt (IV-act. 4). In einem dem Anmeldeformular beigelegten Schreiben hielt die Versicherte fest (IV-act. 2), ihre allgemeine Belastbarkeit sei – sowohl psychisch als auch physisch – seit dem frühen Erwachsenenalter inkonstant. Sehr häufige Infekte mit Antibiotikakuren, Schlaflosigkeit und Schmerzen hätten immer wieder zu Erschöpfungszuständen und Negativspiralen geführt. Psychische Krisen seien auf verhältnismässig kleine Belastungen gefolgt. Im Jahr 2005 sei erstmals eine rezidivierende Depression diagnostiziert worden. Die letzte Krise habe schleichend ab Herbst 2015 begonnen. Nach wunderbaren Sommerferien habe sie, die Versicherte, sich auf allen Ebenen sehr gestärkt gefühlt; sie sei überglücklich gewesen, dass sie nach Jahren endlich wieder habe wandern können. Im August und September 2015 sei sie antriebsarm und lustlos gewesen. Der Blutdruck sei sehr tief gewesen. Eine Testung habe unauffällige Schilddrüsenwerte ergeben. Weil sie sich belastbarer gefühlt habe, habe sie die Arbeitsbelastung etwas gesteigert. Ab Oktober 2015 sei sie vermehrt von diversen Schmerzen und heftigen Verspannungen geplagt worden. In dieser Zeit sei nach einer langen Pause wieder ein Harnwegsinfekt aufgetreten. Anschliessend sei sie viele Wochen krank gewesen, teils akut, teils verschleimt mit einer Sinusitis. Mit verschiedenen Schmerzmitteln, Entspannungsübungen und Medikamenten habe sie versucht, die immer stärker werdenden Symptome zu bekämpfen und eine Krankschreibung zu verhindern. Sie sei sehr müde und erschöpft, gleichzeitig aber auch sehr agitiert und rastlos, haltlos und emotional sehr instabil gewesen. Letztlich habe sie dann doch krankgeschrieben werden

müssen. Ab Mitte Dezember 2015 habe sie eine psychiatrische Behandlung starten und wieder halbtagsweise arbeiten können. Die Schilderung dieser Krise stehe exemplarisch für viele ähnliche Krisen in der Vergangenheit. Auf eine Belastungssteigerung seien Infekte, eine Verschlimmerung der Schmerzzustände, eine Schlaflosigkeit, eine Überforderung und eine Depression gefolgt. Gemäss einem ebenfalls dem ausgefüllten Anmeldeformular beigelegten Diplom hatte die Versicherte im März 1998 eine Fachhochschulausbildung zur Ergotherapeutin abgeschlossen (IV-act. 6). Die Arbeitgeberin der Versicherten berichtete im August 2016 (IV-act. 18), die Versicherte arbeite seit September 2012 als Ergotherapeutin für sie. Da bereits beim Beginn des Arbeitsverhältnisses nur eine eingeschränkte Belastbarkeit bestanden habe, sei ein Pensum von 60 Prozent vereinbart worden. Das „Setting“ (u.a. Arbeitszeiten) sei im Lauf der Jahre optimiert worden. Die Versicherte müsse ihre Tätigkeit möglichst reizarm ausüben können. Das Arbeitsaufkommen sei naturgemäss nicht regelmässig. Das vereinbarte Pensum von 60 Prozent entspreche deshalb einer Jahresarbeitszeit. Die eingeschränkte Belastbarkeit beschränke den gewünschten Einsatz in Spitzenzeiten. Im September 2016 teilte der behandelnde Allgemeinmediziner und Psychotherapeut Dr. med. C.____ der IV-Stelle mit (IV-act. 22), die Versicherte habe ihm u.a. berichtet, sie erlebe seit dem frühen Erwachsenenalter eine inkonstante Stimmung, fühle sich anhaltend belastet, leide unter kognitiven Beeinträchtigungen und erlebe ein bis zweimal pro Jahr depressive Episoden. Kurze Phasen von deutlich gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb, mit motorischer Unruhe und einem deutlich erhöhten Aktivitätsgefühl lösten die depressiven Episoden ab. Trotz der Symptomatik sei 2005 die Diagnose einer rezidivierenden Depression gestellt worden mit dem differentialdiagnostischen Verdacht auf eine bipolare Störung. Der Grund könnte mit dem häufigeren und längeren Auftreten der depressiven Episoden zusammenhängen. Auf die im Berichtsformular enthaltene Frage nach der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit hielt Dr. C.____ fest, die Versicherte erlebe psychisch instabile, vorwiegend depressive Phasen, die sich mit hypomanen, kurzen Episoden regelmässig abwechselten. Dr. C.____ gab weiter an, er habe eine bipolare affektive Störung mit einer gegenwärtig leicht- bis mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Die IV-Stelle beauftragte die MediCore AG mit einer polydisziplinären Begutachtung der Versicherten. Am 15. September 2017 teilte der Geschäftsführer der MediCore AG der IV-Stelle telefonisch mit (IV-act. 65), dass das Gutachten an sich am 11. September 2017 fertiggestellt worden sei, dass die Geschäftsleitung aber nicht hinter dem psychiatrischen Teilgutachten stehen könne, da dieses qualitativ ungenügend sei. Aus der Sicht der Geschäftsleitung habe sich angesichts der Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten die Frage gestellt, ob die psychiatrische Sachverständige die Versicherte habe therapieren wollen oder ob sie gar schon damit begonnen habe, die Versicherte zu behandeln. Die MediCore AG habe von der psychiatrischen Sachverständigen keine Antwort auf die entsprechende Anfrage erhalten. Sie habe beschlossen, die psychiatrische Sachverständige nicht mehr mit weiteren Begutachtungen zu beauftragen. Der Aufforderung zur Verbesserung des psychiatrischen Teilgutachtens sei die psychiatrische Sachverständige nicht nachgekommen. Am 18. September 2017 ging das Gutachten der MediCore AG vom 11. September 2017 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 67). Es enthielt das Teilgutachten der psychiatrischen Sachverständigen, das nicht verbessert worden war; die Konsensfindung war unter Einbezug dieses psychiatrischen Teilgutachtens erfolgt. Beigelegt war eine zweiseitige Stellungnahme, welche die Versicherte nach der Begutachtung zur Vervollständigung ihrer

Angaben eingereicht hatte. Darin hatte sie festgehalten, sie habe sich an den beiden Untersuchungstagen zwar „in Hochform“ befunden, aber die Untersuchungen seien für sie trotzdem sehr anstrengend gewesen. Insbesondere bei den Fragen nach dem Alltag und den Arbeitstagen habe sie „kapituliert“ und immer wieder mit der „sehr unkonkreten“ Angabe „sehr verschieden“ geantwortet. Tatsächlich sei alles „sehr verschieden“; die Frage sei äusserst schwierig zu beantworten, aber sie wolle ihre Antworten doch noch etwas präzisieren: Am Morgen benötige sie jeweils eine Vorlaufzeit von drei Stunden für Körperübungen, mentale Übungen, zum Aufwachen und zum Überwinden des „hang over“, wenn sie wieder einmal zu viel Schlafmedikation benötigt habe, sowie zum Lindern der schlimmsten Schmerzen und Verspannungen. Wenn „die psychische Komponente“ im Vordergrund stehe, benötige sie für sämtliche Routinehandlungen viel länger; kleinste Entscheidungen seien dann grosse Herausforderungen. Sie müsse ihren Tag dann intensiv strukturieren. Sie programmiere unter anderem Weckrufe für Pausen, da sie dazu neige, in der Arbeit „aufzugehen“ und die Pausen zu übergehen. Das müsse sie im Nachhinein jeweils „teuer bezahlen“ („plötzliche heftige Einbrüche, Schmerzen oder Energie oder beides“). Abends brauche sie auch sehr lange, bis sie „bettfertig“ sei. Ihr Wecker läute immer mindestens eine Stunde vor der Bettzeit, damit sie Zeit zum „runterfahren“ habe und meditieren, sich dehnen und Medikamente einnehmen könne. Sie habe diverse hilfreiche Techniken erlernt und teilweise selbst entwickelt, aber das brauche alles viel Zeit, nämlich bis zu drei oder vier Stunden. Im eigentlichen Gutachten hatte der rheumatologische Sachverständige Dr. med. D.____ festgehalten, die Versicherte leide an einem myotendinotischen cervico-vertebralen Syndrom, an einer ligamentären Hyperlaxität, an symptomatischen Senk- und Spreizfüssen sowie an einem Status nach einer Sarkoidose der Lunge und der Haut. Zudem bestehe der Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom und auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom rechts. Keine dieser Diagnosen wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Bei der klinischen Untersuchung hätten einerseits Zeichen einer angeborenen ligamentären Hyperlaxität und andererseits diffuse cervical betonte myotendinotische Verspannungen der paravertebralen Muskulatur imponiert. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule hätten sich keine Hinweise auf eine organisch bedingte segmentale Dysfunktion oder auf eine segmentale Instabilität feststellen lassen. Der Untersuchungsbefund bezüglich der peripheren Gelenke sei unauffällig gewesen. Die Diagnosekriterien einer Fibromyalgie seien nicht erfüllt gewesen. Zusammenfassend hätten keine schwerwiegenden degenerativen, posttraumatischen oder entzündlichen Läsionen am Bewegungsapparat festgestellt werden können. Angesichts einer Subluxationsstellung des rechten Daumens sei ein repetitives Hantieren der rechten Hand mit Kraftanwendung über sechs Kilogramm zu vermeiden. Zur Verhinderung von ungünstigen Belastungen des axialen Skeletts sei ein repetitives Tragen von Lasten über zwölf Kilogramm zu vermeiden. Darüber hinaus könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Die Tätigkeit als Ergotherapeutin sei aus rheumatologischer Sicht als günstig zu qualifizieren, weshalb diese Tätigkeit der Versicherten uneingeschränkt zugemutet werden könne. Der internistische Sachverständige Dr. med. E.____ hatte ausgeführt, aus rein internistischer Sicht lägen keine Einschränkungen vor, die die Arbeitsfähigkeit der Versicherten für die angestammte oder für eine leidensadaptierte Tätigkeit beeinträchtigen würden. Die Versicherte leide an einem latenten Eisenmangel, an einem Status nach einer Sarkoidose und an einem Status nach einem Morbus Basedow. Keine dieser Diagnosen wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Gegenüber der psychiatrischen Sachverständigen Dr. med. F.____ hatte die Versicherte festgehalten, sie leide seit geraumer Zeit an einem ständigen „Auf und

Ab“ beziehungsweise an einem Wechselspiel von Hoch- und Tiefphasen. Schon während ihrer Ausbildung zur Ergotherapeutin habe sie bemerkt, dass ihre Belastbarkeit im Vergleich zu jener ihrer Ausbildungskolleginnen deutlich tiefer gewesen sei. Sie habe nie eine uneingeschränkte Arbeitsleistung erbringen können. In ihrem ganzen Leben habe sie sich nur in einer „Laufmasche von Krisen“ befunden. Sie habe „stets Widerstand geleistet“ und keinen Antrag auf IV-Leistungen stellen wollen. Die Krankentaggeldversicherung habe sie aber letztlich dazu gezwungen. Die psychiatrische Sachverständige hatte ausgeführt, die Versicherte leide seit ihrer pubertären Phase unter starken Stimmungsschwankungen. Bereits in den Vorakten sei eine starke – auch hereditäre – psychische Betroffenheit erwähnt worden. Anamnestisch sei gut nachvollziehbar, dass die Leistungsfähigkeit der Versicherten krankheitsbedingt seit Jahrzehnten eingeschränkt sei. Diagnostisch liege eine affektive bipolare Störung vor, die enorme Auswirkungen auf die gesamte Funktionsfähigkeit in allen Lebensbereichen habe. Die Schilderungen der Versicherten seien glaubhaft und mit der Diagnose einer affektiven bipolaren Störung gut vereinbar. Zusätzlich leide die Versicherte an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen, unsicheren und vermeidenden Anteilen sowie an einer posttraumatischen Belastungsstörung bei einem Sexualtrauma in der Kindheit. In den letzten Jahren sei die Versicherte zu mindestens 30–40 Prozent arbeitsunfähig gewesen. Aktuell liege der Arbeitsfähigkeitsgrad bei 50 Prozent. Die Konsensbeurteilung der Sachverständigen hatte sich am psychiatrischen Teilgutachten orientiert. Am 29. Dezember 2017 notierte Dr. med. G.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 74), das internistische und das rheumatologische Teilgutachten seien nachvollziehbar. Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens falle eine sehr knappe Befundschilderung auf. Die psychiatrische Sachverständige habe ihre Diagnosen nicht anhand der von ihr erhobenen Befunde, sondern zumindest teilweise aufgrund der subjektiven anamnestischen Angaben hergeleitet. Die im Gutachten erwähnten „enormen Auswirkungen“ der affektiven bipolaren Störung „auf die gesamte Funktionsfähigkeit in allen Lebensbereichen“ seien nicht spezifiziert worden. Bei der Plausibilisierung eines Berichtes betreffend eine frühere neuropsychologische Testung habe die psychiatrische Sachverständige erwähnt, dass die Versicherte keine manische Phase erlebt habe. Die Diagnose einer bipolaren Störung sei erstmals fachfremd von einem Allgemeinmediziner mit einer ergänzenden psychotherapeutischen Ausbildung (gemeint war Dr. C.____) gestellt worden. Die davor behandelnden Ärzte hätten jeweils nur eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Die psychiatrische Sachverständige habe nicht begründet, weshalb sie diese Diagnose von Dr. C.____ übernommen habe. Die von ihr erstmals gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung habe sie mit keinem Wort begründet. Auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, die ebenfalls davor noch nie gestellt worden sei, sei von der psychiatrischen Sachverständigen nicht begründet worden. Das psychiatrische Teilgutachten überzeuge zusammenfassend nicht. Aus „formalen Gründen“ seien zunächst der psychiatrischen Sachverständigen verschiedene Rückfragen zu stellen. Die von der IV-Stelle am 4. Januar 2018 gestellten Rückfragen (vgl. IV-act. 75) konnten von der MediCore AG nicht beantwortet werden, weil die psychiatrische Sachverständige sich gemäss einer Aussage der MediCore AG weigerte, diese Fragen zu beantworten (IV-act. 76). Der RAD-Arzt Dr. G.____ empfahl daraufhin die Einholung eines neuen psychiatrischen Gutachtens und einer erneuten Konsensbeurteilung unter Berücksichtigung dieses neuen psychiatrischen Gutachtens bei der MediCore AG (IV-act. 79). Am 31. Januar 2018 erteilte die IV-Stelle die MediCore AG einen entsprechenden Auftrag (IV-act. 82).

Am 27. Juni 2018 erstattete die MediCore AG ihr zweites Gutachten (IV-act. 97). Das rheumatologische und das internistische Teilgutachten waren unverändert aus dem ersten Gutachten übernommen worden. Das psychiatrische Teilgutachten war durch ein neues Teilgutachten von med. pract. H.____ ersetzt worden. Die drei Sachverständigen Dres. D.____, E.____ und H.____ hatten anschliessend eine neue Konsensbeurteilung abgegeben. Die Versicherte hatte bereits am 28. Februar 2018 eine „Rückmeldung zum psychiatrischen Gutachten“ verfasst (IV-act. 89), in der sie geltend gemacht hatte, die psychiatrische Begutachtung sei – anders als die erste psychiatrische Begutachtung – deutlich weniger professionell abgelaufen. Die Versicherte habe die Befragung durch die psychiatrische Sachverständige H.____ als „sehr aufreibend, unsorgfältig und unprofessionell“ erlebt. Sie könne sich nicht daran erinnern, dass ihr überhaupt Fragen zu ihrer Arbeit gestellt worden seien. Die Sachverständige habe schlecht vorbereitet gewirkt, denn sie habe auf viele Antworten mit Überraschung reagiert, obwohl die Antworten den in den Vorakten enthaltenen Angaben entsprochen hätten. Sie habe die Versicherte immer wieder unterbrochen, sodass nicht alle Fragen vollständig hätten beantwortet werden können. Viele Fragen seien schwierig und nicht pauschal zu beantworten gewesen, weil die Symptome und die Situationen tatsächlich sehr unterschiedlich und auch für die Versicherte schwierig zu fassen und zu formulieren seien. Die vielen Zwischenfragen der psychiatrischen Sachverständigen hätten eine zusammenhängende, verständliche Schilderung verunmöglicht und sie hätten die Versicherte verunsichert. Die Sachverständige sei im Verlauf zunehmend ungeduldig geworden. Sie habe immer wieder auf die Uhr geschaut und gesagt, man sei in Verzug. Sie habe kürzere Antworten gewünscht, aber dann doch immer wieder nach Details gefragt. Das habe die „stressgeladene Stimmung“ verstärkt. Die Körpersprache und die wiederholten Seufzer hätten „sehr unmotiviert“ gewirkt. Manche Fragen hätten in einen sehr sensiblen Bereich gezielt. Auch hier seien „im Verhörton“ immer wieder Zwischenfragen gestellt worden. Dass dann selbst in diesem sensiblen Bereich die Antwort nicht zu Ende gehört worden sei, empfinde die Versicherte als „unprofessionell und unsorgfältig [...] und sehr verletzend und demütigend“. Bei vielen Fragen habe sie die Relevanz nicht erkennen können. Mit der neutralen Rolle einer Sachverständigen lasse es sich nicht vereinbaren, dass die Antworten der Versicherten mehrfach als unglaubwürdig bezeichnet worden seien. Obwohl die Versicherte immer wieder habe weinen müssen und obwohl sie sichtlich aus der Fassung gewesen sei, sei ihr weder ein Taschentuch noch ein Glas Wasser oder eine Pause angeboten worden. Die Exploration sei für sie „äusserst unangenehm“ gewesen; sie habe sie „verwirrt, konfus und aufgelöst“ hinterlassen. Die Versicherte habe mehrere Tage und zusätzliche Medikamente benötigt, um sich wieder zu stabilisieren. Die psychiatrische Sachverständige H.____ hatte in ihrem Teilgutachten festgehalten, während der gut drei Stunden dauernden psychiatrischen Exploration seien keine Konzentrationsschwächen aufgefallen. Die Versicherte habe sich „sehr hoch konzentriert“ und aufmerksam präsentiert. Gedächtnisstörungen hätten nicht festgestellt werden können. Das formale Denken sei geordnet, kohärent und schlüssig gewesen; die Denkgeschwindigkeit sei gut gewesen. Pathologische Denkinhalte hätten nicht vorgelegen. Schwankungen der Befindlichkeit oder des Verhaltens über den Tag hinweg seien in den Schilderungen der Versicherten nicht erkennbar gewesen. Affektiv habe die Versicherte zu Beginn ausgeglichen gewirkt. Bei einer gefassten Verhaltensweise hätten im Rahmen der Exploration keine emotional belastenden Situationen ausgelöst werden können. Der Versicherten seien zwar immer wieder Tränen über das Gesicht gelaufen, aber ein Leidensdruck habe damit nicht vermittelt werden können. Aufgrund des

Ausdrucksverhalten mit einem guten Bewegungsschwung, Energie und einer kontrollierten Darlegung von Gefühlen und Emotionen habe die Versicherte psychomotorisch dynamisch und aktiv gewirkt, was sich auch in der Gestik und Mimik gezeigt habe. Abgesehen von Durchschlafstörungen habe die Versicherte keine vegetativen Beschwerden geschildert. Sie habe ihre Selbstwahrnehmung nur bedingt vermitteln können, weil sie ihre eigenen Erlebnisse und Eindrücke nur spärlich geschildert und sich auf allgemeine Begriffe wie etwa „psychische Stabilität“, „negative Spirale“, „störende Faktoren“ oder „Achtsamkeit“ gestützt habe, die sie ständig wiederholt habe. Im interpersonellen Kontakt habe sich die Versicherte zunächst freundlich präsentiert. Sie habe aber im Lauf der Exploration eine sehr vorsichtige Verhaltens- und Ausdrucksweise, Distanziertheit und sogar Empörung auf verschiedene Fragen gezeigt. Auf die gestellten Fragen habe die Versicherte teilweise mit erkennbarer Überraschung reagiert. Immer wieder sei eine sofort eingesetzte Körperspannung sichtbar gewesen. Die Antworten seien sehr gut überlegt, aber oft etwas bizarr gewesen. Die Selbstdarstellung habe den Eindruck erweckt, dass die Versicherte ihre Botschaften zur Schau stellen wollen, ohne dabei in irgendeiner Weise betroffen zu sein. Die Auskünfte hätten weder ehrlich noch glaubhaft gewirkt. Die Versicherte sei in der Lage gewesen, die Reaktionen der Sachverständigen sofort wahrzunehmen und ihre Antworten rasch anzupassen. Gesamthaft sei die Versicherte als eine hoch aufmerksame, entscheidungs-, anpassungs- und handlungsfähige Persönlichkeit zu qualifizieren. Das ausgiebige Gespräch über viele Lebensbereiche und über die Entwicklung sowie die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen wiesen auf eine durchschnittliche Intelligenz hin. Die exekutiven Funktionen, wie die Fähigkeit zur Analyse und Lösung von Problemen, habe nicht beeinträchtigt gewirkt. Insgesamt habe die Versicherte den Eindruck erweckt, als hätte sie ihre mentalen Fähigkeiten absichtlich herabgesetzt präsentieren wollen. Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Anamnestisch liege ein Status nach einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer mittelgradigen Episode vor, die während eines Klinikaufenthaltes in der Zeit vom 18. April 2006 bis zum 4. Juni 2006 diagnostiziert worden sei. Die im Widerspruch zu den geklagten Beschwerden (psychische Instabilität, subjektive Überforderung) stehende objektivierbare Symptomatik rechtfertige die Diagnose einer nach wie vor bestehenden depressiven Störung nicht. Das Funktionsniveau der Versicherten sei hoch, denn die Versicherte gehe in einem Pensum von 50 Prozent ihrem Beruf nach und nehme daneben umfangreiche therapeutische Angebote in Anspruch. Zudem betreibe sie eine aktive und zeitintensive Freizeitgestaltung. Sie habe einen starken „Willenswunsch“ und eine gute Fähigkeit präsentiert, ihre Wünsche und Vorstellungen erfolgreich umzusetzen. Anamnestisch hätten keine Anhaltspunkte für mindestens eine stattgefunden manische oder hypomanische Episode festgestellt werden können. Die aktuelle psychopharmakologische Behandlung sei nicht leitliniengerecht. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne weder aus den Auskünften der Versicherten noch aus den Akten hergeleitet werden. Spontan habe die Versicherte keine Schmerzen geschildert. Die Beschreibung der Schmerzempfindungen sei sehr zögerlich erfolgt; nähere Angaben hätten nicht eruiert werden können. Betreffend die Aussage, der Bruder sei vom Vater gewürgt worden, fehlten konkrete Hinweise. Der Sachverständigen falle es schwer, eine Aussage von einer solchen Tragweite als ein tatsächliches Ereignis anzuerkennen, wenn die Darstellung einseitig sei und auch auf Nachfrage keine konkrete Beschreibung über den Hergang und die Umstände gegeben werde. Insgesamt seien erhebliche Diskrepanzen zwischen den anamnestischen Angaben und den aktenkundigen

Informationen, Beschwerden und dem beobachteten Verhalten im Rahmen der Untersuchung, eine sehr eingeschränkte Beschwerdeangabe im Widerspruch zur Behauptung, davon schwer beeinträchtigt zu sein, sowie eine widersprüchliche Symptom-Konstellation festzustellen. In der Exploration seien zusätzlich eine ungewöhnlich hohe Antwortverzögerung und öfters skurrile Antworten aufgefallen. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht könne keine gesundheitliche Störung mit Krankheitswert festgestellt und folglich auch keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Durch den Nachtrag der Versicherten vom 28. Februar 2018 ergäben sich keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Der RAD-Arzt Dr. G.____ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 100). Er hielt fest, die früher gestellte Diagnose einer bipolaren Störung sei aus heutiger Sicht nicht genügend diagnostisch abgeklärt gewesen; sie habe vornehmlich auf den subjektiven Darstellungen der Versicherten beruht. Die selbstgewählten Lebensumstände seien gemäss den Sachverständigen der MediCore AG nicht die Folge einer schweren psychischen Erkrankung, sondern eine selbstgewählte Lebensform und Lebensgestaltung im Gegensatz zu einer leistungsorientierten Gesellschaftsnorm zu sehen. Die Versicherte verfüge über mannigfache Ressourcen, die sie aber nicht primär für die Arbeitstätigkeit einsetze. Mit einem Vorbescheid vom 16. August 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 104), dass sie die Abweisung des Leistungsbegehrens um berufliche Massnahmen und Rentenleistungen vorsehe. Zur Begründung führte sie an, gestützt auf das Gutachten der MediCore AG vom 27. Juni 2018 stehe fest, dass die Versicherte nicht an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden leide. Dagegen liess die Versicherte am 20. September 2018 einwenden (IV-act. 108), das psychiatrische Teilgutachten der MediCore AG leide an diversen Mängeln. Die Sachverständige habe während der Begutachtung mehrfach ihre neutrale Rolle verlassen. Auf die nachträglich von der Versicherten schriftlich eingereichten Schilderungen sei sie nicht eingegangen. Sie habe den Sachverhalt einseitig gewürdigt und den Darstellungen der Versicherten pauschal die Glaubwürdigkeit abgesprochen, ohne das stichhaltig begründen zu können. Am 21. September 2018 machte der behandelnde Psychotherapeut Dr. C.____ geltend (IV-act. 109), die psychiatrische Sachverständige habe dem Verlauf der psychischen Erkrankung zu wenig Rechnung getragen. Die bipolare Störung zeichne sich naturgemäss durch starke Schwankungen des Zustandes aus, die im Rahmen einer Begutachtung nicht ohne Weiteres erkannt werden könnten. Die Familienanamnese und insbesondere die Erkrankung der Mutter an einer bipolaren Störung Grad I mit mehreren Klinikaufenthalten sei von der Sachverständigen aus nicht nachvollziehbaren Gründen kaum berücksichtigt worden. Im Laufe der Behandlung seien mehrfach hypomanische Zustände aufgetreten. In der Vergangenheit habe die Versicherte auch schon mehrfach an depressiven Episoden gelitten. Das Gutachten erwecke den Eindruck, dass die psychiatrische Sachverständige nicht wirklich an der Beantwortung der Frage nach dem Vorliegen einer bipolaren Störung interessiert gewesen sei; diese Diagnose sei von ihr vorschnell verworfen worden. Der RAD-Arzt Dr. G.____ hielt am 12. November 2018 fest (IV-act. 112), die Neutralität der psychiatrischen Sachverständigen sei nicht anzuzweifeln. Diese habe immerhin sogar Stellung zur nachträglichen Eingabe der Versicherten genommen, obwohl solche nachträglichen Ergänzungen äusserst unüblich seien. Der behandelnde Psychotherapeut Dr. C.____ habe die bipolare Störung bis zur Begutachtung jeweils nur als Differentialdiagnose erwähnt. Seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 lasse sich entnehmen, dass er die hypomanen Phasen nicht selbst beobachtet habe; seine diesbezüglichen Ausführungen stützten sich auf die Schilderungen der Versicherten.

Die Einwände gegen das psychiatrische Teilgutachten der MediCore AG weckten insgesamt keine wesentlichen Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens. Mit einer Verfügung vom 15. November 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten um berufliche Massnahmen und eine Rente ab (IV-act. 113). Am 13. Dezember 2018 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. November 2018 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter bezeichnete ausschliesslich die „IV-Rente“ als Verfahrensgegenstand. Er beantragte die Zusprache mindestens einer halben Rente und eventualiter die Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen, insbesondere die Einholung eines Gerichtsgutachtens. Zur Begründung führte er aus, das Vorgehen der MediCore AG im Zusammenhang mit dem ersten Gutachten sei sehr befremdlich. Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) hätte ein zweites Gutachten, wenn ein solches überhaupt nötig gewesen wäre, bei einer anderen Abklärungsstelle einholen müssen, denn die Sachverständigen der MediCore AG seien offensichtlich befangen gewesen. Die bipolare Störung sei im Übrigen nicht nur von Dr. C. ___ diagnostiziert worden. Der Gesinnungswandel der MediCore AG nach der zweiten Begutachtung sei nicht nachvollziehbar. Das Gutachten könne nicht verwertet werden; es müsse aus den Akten gewiesen werden. Dem psychiatrischen Teilgutachten selbst und auch den Schilderungen der Beschwerdeführerin lasse sich entnehmen, dass die Sachverständige nicht neutral gewesen sei. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 15. Februar 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, nach der bundesgerichtlichen Auffassung komme einem Administrativgutachten ein hoher Beweiswert zu. Der rheumatologische und der internistische Sachverständige der MediCore AG seien entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht als befangen zu qualifizieren, denn sie hätten keinen Einfluss auf die psychiatrische Begutachtung genommen und sie hätten sich auch nicht vom psychiatrischen Teilgutachten beeinflussen lassen; die Konsensbeurteilung im zweiten Gutachten unterscheide sich von jener im ersten Gutachten nur in psychiatrischer Hinsicht. Da sich die bei der ersten Begutachtung beteiligte psychiatrische Sachverständige geweigert habe, die Rückfragen des RAD zu beantworten, sei nicht zu beanstanden, dass die MediCore AG eine andere psychiatrische Sachverständige mit einer zweiten Begutachtung beauftragt habe. Anhaltspunkte, die für eine unsorgfältige Begutachtung oder für eine Voreingenommenheit der psychiatrischen Sachverständigen sprechen würden, seien nicht einmal ansatzweise ersichtlich. Hinweise, die Zweifel an der Zuverlässigkeit des revidierten Gutachtens wecken würden, lägen nicht vor. Folglich sei das Gutachten als voll beweiswertig zu qualifizieren, womit feststehe, dass die Beschwerdeführerin nicht rentenbegründend invalid sei. Die Beschwerdeführerin liess am 18. März 2019 an ihren Anträgen festhalten (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 8). Erwägungen Die angefochtene Verfügung vom 15. November 2018 enthält bei genauer Betrachtung zwei voneinander unabhängige Entscheide, nämlich einerseits die Abweisung eines Begehrens um berufliche Massnahmen und andererseits die Abweisung eines Rentenbegehrens. Dass diese beiden Entscheide gemeinsam eröffnet worden sind, ändert nichts am Umstand, dass sie ein unabhängiges rechtliches Schicksal haben. Die Beschwerdeführerin hat nur die Abweisung des Rentenbegehrens angefochten. Ihre Beschwerde enthält keinen Hinweis darauf, dass sie sich auch gegen die Abweisung des Begehrens um berufliche Massnahmen richten würde. Die – anwaltlich vertretene – Beschwerdeführerin hat folglich die Abweisung ihres Begehrens um berufliche Massnahmen akzeptiert, was bedeutet, dass die entsprechende Verfügung unangefochten in

formelle Rechtskraft erwachsen und damit verbindlich geworden ist. Den Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet deshalb nur ein allfälliger Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Laut dem Art. 28 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität wird gemäss dem Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre. Die Beschwerdeführerin hat eine Fachhochschulausbildung zur Ergotherapeutin absolviert und sie hat in der Folge als Ergotherapeutin gearbeitet. Die Validenkarriere ist also eine vollzeitliche Tätigkeit als Ergotherapeutin. Das Valideneinkommen entspricht deshalb dem durchschnittlichen Erwerbseinkommen einer Ergotherapeutin. Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Erwerbseinkommens ist ausschlaggebend, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin in welchem Umfang aus medizinischer Sicht möglich und zumutbar sind. Zur Beantwortung dieser Frage hat die Beschwerdegegnerin Berichte bei den behandelnden Ärzten eingeholt und eine polydisziplinäre Begutachtung durch die MediCore AG in Auftrag gegeben. Das Gutachten der MediCore AG vom 28. Juni 2018 hat auf einer umfassenden persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin durch den rheumatologischen Sachverständigen, den internistischen Sachverständigen und die (zweite) psychiatrische Sachverständige beruht. Diese Sachverständigen haben die relevanten Vorakten eingehend gewürdigt. Sie sind folglich mit dem massgebenden medizinischen Sachverhalt bestens vertraut gewesen. Anhaltspunkte dafür, dass sie eine relevante Tatsache übersehen oder versehentlich nicht berücksichtigt hätten, sind nicht ersichtlich. Der rheumatologische und der internistische Sachverständige haben in ihren Teilgutachten den von ihnen erhobenen objektiven klinischen Befund ausführlich wiedergegeben und daraus mit einer überzeugenden Begründung die relevanten Diagnosen sowie die Arbeitsfähigkeitsschätzung abgeleitet. Widersprüchlichkeiten sind nicht auszumachen. Das internistische und das rheumatologische Teilgutachten stehen auch nicht in einem unauflösbaren Widerspruch zu den Berichten der behandelnden Ärzte. Hinweise für eine Befangenheit der beiden Sachverständigen liegen entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht vor. Diese dürfte übersehen haben, dass der internistische und der rheumatologische Sachverständige im Rahmen der zweiten Begutachtung keine neuen Teilgutachten erstellt haben. Ihre Beurteilung hat sich nach der ersten Begutachtung also nicht mehr geändert; bezüglich der ersten Teilgutachten hat die Beschwerdeführerin aber keine Befangenheitsvorwürfe geäussert. Anhaltspunkte für eine Befangenheit des rheumatologischen und des internistischen Sachverständigen sind denn auch nicht ersichtlich. Zusammenfassend sind keine Indizien ersichtlich, die gegen die Zuverlässigkeit des rheumatologischen und des internistischen Teilgutachtens sprechen würden, weshalb gestützt auf diese beiden Teilgutachten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, dass es der Beschwerdeführerin – aus somatischer Sicht – zumutbar gewesen ist, sowohl den erlernten Beruf als Ergotherapeutin als auch jede andere leidensadaptierte

Tätigkeit uneingeschränkt auszuüben. Das erste psychiatrische Teilgutachten von Dr. F.____ enthält – anders als die beiden anderen Teilgutachten – nur eine sehr knappe und vage Befundschilderung. Zwar hat Dr. F.____ unter anderem Testverfahren eingesetzt, aber sie hat den unauffälligen Ergebnissen der Tests aus nicht nachvollziehbaren Gründen keine Bedeutung zugemessen. In weiten Teilen besteht das psychiatrische Teilgutachten von Dr. F.____ aus einer unkommentierten respektive unkritischen Wiedergabe der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Im Gutachten fehlen aber nicht nur eine Wiedergabe der objektiven klinischen Befunde und eine Auseinandersetzung mit diesen Befunden, sondern auch eine Begründung für die gestellten Diagnosen. Die Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung sind von Dr. F.____ nicht einmal im Ansatz begründet worden. Für den medizinischen Laien ist deshalb nicht nachvollziehbar, wie Dr. F.____ zu ihrer Diagnosestellung gelangt ist. Auch die übrigen Diagnosen sind nur rudimentär begründet worden, so dass es unmöglich ist, die Diagnosestellung nachzuvollziehen. Dasselbe gilt auch für die Arbeitsfähigkeitsschätzung, die nicht einmal ansatzweise mit objektiven klinischen Befunden respektive Funktionseinschränkungen begründet worden ist, sondern sich wohl am tatsächlich ausgeübten Pensum orientiert hat. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass das Gutachten in der Folge sowohl von der MediCore AG als auch vom RAD-Arzt Dr. G.____ als qualitativ ungenügend qualifiziert worden ist. Mit ihrer nicht nachvollziehbaren Weigerung, das mangelhafte Gutachten zu überarbeiten respektive die Diagnosen und die Arbeitsfähigkeitsschätzung überzeugend zu begründen, hat die Psychiaterin Dr. F.____ den Versuch, ihr Gutachten zu „retten“, vereitelt. Folglich kann diesem psychiatrischen Teilgutachten definitiv kein Beweiswert zuerkannt werden. Der Beschwerdegegnerin ist gar nichts anderes übrig geblieben, als eine erneute psychiatrische Begutachtung in Auftrag zu geben. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin hat nichts dagegen gesprochen, den zweiten Auftrag wiederum der MediCore AG zu erteilen. Im Gegenteil ist dieses Vorgehen sogar sinnvoll gewesen, weil das rheumatologische und das internistische Teilgutachten überzeugend gewesen sind und weil nach der Ergänzung durch ein neues psychiatrisches Teilgutachten mit einem relativ geringen Aufwand eine neue polydisziplinäre Konsensbeurteilung erstellt werden können. Die Einholung eines komplett neuen polydisziplinären Gutachtens bei einer anderen medizinischen Abklärungsstelle wäre unverhältnismässig gewesen. Die psychiatrische Sachverständige med. pract. H.____ hat im Gegensatz zu Dr. F.____ den massgebenden objektiven klinischen Befund umfassend erhoben und geschildert. Der behandelnde Psychotherapeut Dr. C.____ hat zwar sinngemäss eingewendet, dass es sich dabei nur um eine „Momentaufnahme“ gehandelt habe, die kein zuverlässiges Bild vom stark schwankenden Zustand der Beschwerdeführerin vermittelt habe, aber er hat übersehen, dass die psychiatrische Sachverständige auch die Vorakten eingehend gewürdigt und sich damit ein umfassendes Bild über den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin über den ganzen massgebenden Zeitraum hinweg verschafft hatte. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, sie sei nicht imstande gewesen, sich richtig zu artikulieren und ihre Probleme umfassend zu schildern. Das Gutachten lässt aber – gerade auch mit Blick auf die übrigen medizinischen Akten – darauf schliessen, dass die wesentlichen Gesichtspunkte durchaus zur Sprache gekommen sind und haben gewürdigt werden können. Zudem sind für die Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht in erster Linie die subjektiven Schilderungen der versicherten Person, sondern die objektiven klinischen Befunde respektive das objektive Funktionsniveau massgebend. Die Beschwerdeführerin hat sich offensichtlich schwer damit

getan zu akzeptieren, dass die Hauptaufgabe der psychiatrischen Sachverständigen nicht darin bestanden hat, sie „anzuhören“, sondern einen objektiven klinischen Befund zu erheben. Die Einwände der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten, die ihres Erachtens eine fehlende Professionalität und eine fehlende Neutralität belegen, zeigen nur, dass es der Beschwerdeführerin nicht vollständig gelungen ist, sich in die strukturierte – auf die Erhebung der objektiven Befunde fokussierte – Untersuchungssituation einzufügen. Möglicherweise könnte die Beschwerdeführerin bereits während der Exploration bemerkt haben, dass die psychiatrische Sachverständige H.____ im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten und der Vorgutachterin Dr. F.____ nicht bereit gewesen ist, das von der Beschwerdeführerin entwickelte „Krankheitskonzept“ zu übernehmen oder wenigstens zur Grundlage für ihre Beurteilung zu machen. Das dürfte zu wesentlichen Spannungen in der Untersuchungssituation geführt haben, die allerdings entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht einseitig der psychiatrischen Sachverständigen angelastet werden können, sondern objektiv betrachtet wohl eher aus der in der Exploration deutlich gewordenen Diskrepanz zwischen dem objektiven klinischen Befund und dem von der Beschwerdeführerin während vielen Jahren entwickelten, ihre Probleme vermeintlich erklärenden Krankheitskonzept entsprungen sein dürften. Das Gutachten enthält jedenfalls keinen Hinweis darauf, dass die psychiatrische Sachverständige voreingenommen gewesen wäre. Sie hat den objektiven klinischen Befund sachlich und detailliert geschildert. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin belegen die Ausführungen der psychiatrischen Sachverständigen zur teils fraglichen Überzeugungskraft der Schilderungen und des Verhaltens der Beschwerdeführerin keine Voreingenommenheit. Diese Ausführungen zeigen vielmehr, dass in verschiedenen Punkten eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben respektive dem subjektiven Empfinden der Beschwerdeführerin und den objektiven Befunden bestanden hat. Es spricht nicht gegen, sondern für die Professionalität der psychiatrischen Sachverständigen, dass sie solche Diskrepanzen aufgezeigt hat, denn dadurch lässt sich für den medizinischen Laien nachvollziehen, weshalb die Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitsschätzung von der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin abweichen. Die psychiatrische Sachverständige hat einen weitestgehend unauffälligen objektiven klinischen Befund bei einer insgesamt hohen kognitiven Leistungsfähigkeit erhoben und geschildert. Diesbezüglich besteht eine auffällige Übereinstimmung mit einem hohen Funktionsniveau der Beschwerdeführerin im Alltag: Die Beschwerdeführerin verrichtet eine anspruchsvolle Tätigkeit in einem Pensum von 50 Prozent, sie nimmt daneben zahlreiche Therapieangebote in Anspruch und sie verwendet viel Zeit für Übungen zuhause. Die Beschwerdeführerin und der behandelnde Psychotherapeut Dr. C.____ haben zwar geltend gemacht, dass es in der Vergangenheit regelmässig manische beziehungsweise hypomanische und depressive Phasen gegeben habe, aber all diese Aussagen haben sich allein auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt. Weil das subjektive Empfinden der Beschwerdeführerin – wie bei der Begutachtung durch die Sachverständige H.____ – wesentlich von der objektiven Realität abgewichen sein dürfte, haben diese rein subjektiven Angaben keinen Beweiswert. In Bezug auf Dr. C.____ besteht im Übrigen der objektive Anschein der Befangenheit, weil er die Beschwerdeführerin seit langen Jahren therapeutisch behandelt. Zusammenfassend finden sich weder im Gutachten der psychiatrischen Sachverständigen H.____ noch in den übrigen Akten Hinweise, die wesentliche Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens wecken würden. Gestützt auf das zweite psychiatrische Gutachten steht deshalb mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die

Beschwerdeführerin aus objektiver psychiatrischer Sicht in der Lage gewesen ist, ihre erlernte Tätigkeit als Ergotherapeutin uneingeschränkt auszuüben. Die Invalidenkarriere entspricht damit grundsätzlich der Validenkarriere: Die Beschwerdeführerin hat als Ergotherapeutin arbeiten und ein entsprechendes Erwerbseinkommen erzielen können. Der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens entspricht folglich dem Valideneinkommen, weshalb der Betrag bei der Berechnung des Invaliditätsgrades mathematisch keine Rolle spielen kann. Der Invaliditätsgrad kann mit anderen Worten anhand eines sogenannten Prozentvergleichs berechnet werden, das heisst er entspricht dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen sogenannten Tabellenlohnabzug. Der Arbeitsunfähigkeitsgrad beträgt null Prozent. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist nicht angezeigt; im Übrigen könnte selbst bei der Berücksichtigung des Maximalabzuges von 25 Prozent bei einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit im erlernten Beruf kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren. Die angefochtene rentenabweisende Verfügung vom 15. November 2018 erweist sich damit als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Sie sind durch den geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Das Begehren der Beschwerdeführerin um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.

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