



Fall-Nr.: IV 2013/261
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 27.05.2020
Entscheiddatum: 24.09.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 24.09.2015

Art. 7 f. ATSG, Art. 16 ATSG; Beweiseignung und Beweiskraft eines durch die Unfallversicherung eingeholten medizinischen Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. September 2015, IV 2013/261).

Entscheid Versicherungsgericht, 24.09.2015

Besetzung

Versicherungsrichterin Marie Löhner (Vorsitz), Versicherungsrichter

Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2013/261

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG,
Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen,

gegen



IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (im Folgenden: Versicherte), war seit dem 22. Oktober 2009 wegen Depressionen in Behandlung bei Dr. med. B.____, Psychiatrie / Psychotherapie (IV-act. 44). Die damalige Arbeitgeberin der Versicherten, die C.____, kündigte am 1. Dezember 2009 das Arbeitsverhältnis auf den 31. März 2010 und verwies dabei auf ein Telefongespräch im Oktober 2009 (IV-act. 20-8). Am 24. April 2010 zog sich die Versicherte eine dislozierte Radiusfraktur mit Abriss des Processus styloideus zu, welche tags darauf durch Dr. med. D.____, Oberarzt orthopädische Klinik Spital E.____, operativ versorgt wurde (offene Reposition und Osteosynthese) (IV-act. 62-14, 13; IV-act. 62-27, 30).

A.b Die Versicherte meldete sich am 4. Mai 2010 bei der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung und am 25. Mai 2010 zum Leistungsbezug an. Sie gab dabei an, aufgrund einer Depression sowie eines am 24. April 2010 erlittenen Bruchs des linken Arms arbeitsunfähig zu sein (IV-act. 1, 2, 12, 13).

A.c Im Auftrag des Unfallversicherers erstellte Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 24. Juli 2010 ein psychiatrisches Gutachten. Er diagnostizierte eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), welche vermutlich neben den sonstigen innerfamiliären Belastungsfaktoren auf den Unfall von Ende April zurückzuführen sei. Er könne diese nicht genauer differenzieren, weil er aufgrund der fremdanamnestic Angaben Zweifel an der Verlässlichkeit der Angaben der Versicherten hege und bei dieser Aggravationstendenzen vermute. Eine mittelgradige bis schwere depressive Episode könne er aufgrund des Untersuchungsbefundes mit



grösster Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Der psychiatrisch diagnostizierten Störung komme ab Untersuchungszeitpunkt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr zu (act. G 4.2.41).

A.d Dr. G.___, Allgemeine Medizin FMH und Hausarzt der Versicherten, hielt in einem Verlaufsbericht zuhanden der IV am 5. August 2010 fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Als neue Diagnose nannte er eine offene Reposition und palmare, winkelstabile Osteosynthese am 25. April 2010 bei Radiusfraktur links mit komplex regionalem Schmerzsyndrom. Bezüglich Migräne und Kopfschmerzen seien die Befunde unverändert. Der rechte (richtig wohl: linke) Arm könne nicht gebraucht werden. Die allgemeine Leistungsfähigkeit sei wegen chronischer Kopfschmerzen und psychischer Probleme eingeschränkt. Die Versicherte leide unter derart starken Schmerzen der rechten (wohl: linken) Hand und müsse dermassen viele Analgetika einnehmen, dass sie im Moment keine vorstellbare Arbeit ausführen könne (IV-act. 34).

A.e Am 20. Oktober 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, aufgrund des Gesundheitszustandes seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 43).

A.f Dr. B.___ vermerkte in einem von der IV-Stelle eingeholten Arztbericht vom 30. Oktober 2010 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1), einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1), einer Migräne und eines Status nach Vorderarmfraktur links am 24. April 2010. Er behandle die Versicherte seit dem 22. Oktober 2009. Während der Schwangerschaft sei sie wegen Komplikationen seit Februar 2009 krankgeschrieben gewesen. Nach der Geburt ihres Sohnes (H.___, geboren 20___, IV-act. 23-3) sei die Versicherte stark depressiv geworden. In ihrer bisherigen Tätigkeit als Laborantin sei sie seit dem 22. Oktober 2009 und bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Die Versicherte könne die linke Hand nicht benutzen. Psychisch sei sie niedergeschlagen, ängstlich, im Antrieb vermindert, sehr angespannt. Es bestehe auch eine leichte Störung der kognitiven Funktionen. Konzentrationsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seien eingeschränkt. Im Moment sei auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit nicht möglich (IV-act. 44).



St.Galler Gerichte

A.g Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, erhob in seinem Bericht vom 15. Dezember 2010 im Wesentlichen folgende Diagnosen: chronifizierter Kopfschmerz mit Migränekopfschmerzen, aber auch Spannungskopfschmerzen, begleitendes depressives Syndrom, verstärkt durch Arbeitsplatzverlust und psychosoziale Belastung, muskuloligamentäres Schmerzsyndrom im Schulter-Nackebereich und Status nach distaler Unterarmfraktur links am 24. April 2010 mit operativer Massnahme, differenzialdiagnostisch CRPS. Die Kopfschmerzen seien im Gesamtzusammenhang mit dem generalisierten Schmerzsyndrom zu sehen. Es sei ein neuropathisches Schmerzsyndrom linker Unterarm und Hand posttraumatisch aufgetreten, am ehesten im Sinne eines CRPS. Es bestehe schon seit längerem eine schwierige psychosoziale Belastungssituation durch die Krankheit des Ehemannes (IV-act. 62-12 und 62-16 f.).

A.h Dr. med. J.____, Leitender Arzt Handchirurgie, Kantonsspital E.____, berichtete der IV-Stelle am 1. Februar 2011 auf Anfrage, als wesentliche Diagnosen bestehe ein CRPS linke Hand, ein Verdacht auf TFCC-Läsion links sowie ein Status nach distaler intraartikulärer bzw. extraartikulärer Radiusfraktur links. Als wesentliche Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhob er einen chronifizierten Kopfschmerz mit Migränekopfschmerzen und Spannungskopfschmerzen, begleitendem depressivem Syndrom sowie einem muskuloligamentären Schmerzsyndrom im Schulter-Nackebereich. Nach der operativen Versorgung der Radiusfraktur habe sich ein Schmerzsyndrom des linken Vorderarmes entwickelt, das bis anhin noch kaum kontrollierbar sei. In der bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte seit November 2009 primär aufgrund einer Depression und seit 24. April 2010 aufgrund der Radiusfraktur mit konsekutivem Schmerzsyndrom 100 % arbeitsunfähig. Diese sei nicht mehr zumutbar. Körperlich bestehe eine Einschränkung durch die Gebrauchsunfähigkeit des linken Armes und psychisch durch die Depression. Die Auswirkungen einer geplanten stationären Schmerzbehandlung auf die Arbeitsfähigkeit seien noch nicht vorhersagbar. Das Heben und Tragen von Lasten sei nicht mehr zumutbar, die Belastbarkeit sei eingeschränkt, der linke Arm könne nicht eingesetzt werden (IV-act. 45). Bereits in einem vorgängig von der IV eingeforderten Bericht vom 12. Oktober 2010 hatte Dr. J.____ grundsätzlich dieselben Diagnosen aufgeführt und mitgeteilt, die Versicherte sei seit dem 16. September 2010 bei ihm in Behandlung (IV-act. 40; zum postoperativen Verlauf vgl. IV-act. 62-18 ff).



St.Galler Gerichte

A.i Med. prakt. K.____, Oberarzt mbF, Leiter Psychosomatik Kantonsspital L.____, diagnostizierte am 29. Dezember 2011 aufgrund einer einmaligen Konsultation vom 2. März 2011 eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), differenzialdiagnostisch eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0), sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.51). Die Stimmungslage sei depressiv ausgelenkt, jedoch bei vorhandener Schwingungsfähigkeit. Es zeigten sich starke Existenzängste sowie Verunsicherungen die Krankheit betreffend. Hier beständen eine zunehmende depressive Auslenkung und Katastrophisierungsideen. Bei bestehendem CRPS I der linken Hand sei es mittlerweile zu einer Anpassungsstörung mit reaktiver depressiver Verarbeitung gekommen. Aufgrund der Zeitkriterien sei der Übergang in eine leichte depressive Episode zu erwägen. Des Weiteren bestehe eine Generalisierungstendenz im Rahmen einer psychiatrischerseits chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (IV-act. 73).

A.j PD Dr. med. M.____, FMH Handchirurgie und orthopädische Chirurgie, diagnostizierte am 22. März 2011 eine Allodynie nach Osteosynthese einer Radiusfraktur links (IV-act. 62-6) und entfernte am 28. März 2011 die Metallplatte und legte den Ramus palmaris Nervus medianii von Narbengewebe frei (IV-act. 62-5, 7 f.).

A.k Am 1. Juni 2011 trat die Versicherte eine Stelle als biomedizinische Analytikerin HF mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % im Spital N.____ (Spitalregion O.____) an (IV-act. 46 ff.).

A.l In einem Bericht zuhanden der IV-Stelle (Posteingang 30. August 2011) führte PD Dr. M.____ im Wesentlichen aus, die Versicherte klage über massivste Schmerzen, die durch die Tätigkeit (am neuen Arbeitsplatz) eingetreten seien, und es sei nicht sicher, ob sie diese aushalten werde. In der aktuellen Tätigkeit sei sie zu knapp 50 % arbeitsfähig. Eine Mehrbelastung sei nicht denkbar. Es bestehe eine reduzierte Leistungsfähigkeit wegen der Schmerzen, der Neigung zur Ödembildung bzw. Schwellung und wegen Mangels an Kraft. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (IV-act. 62-1 ff.).

A.m Am 12. April 2012 teilte die IV-Stelle der in der Zwischenzeit erneut schwangeren Versicherten mit, es bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen (IV-act. 84).



St.Galler Gerichte

A.n Die Versicherte wurde im Auftrag des Unfallversicherers durch das IB-Bern (Interdisziplinäre Begutachtungen P.____) begutachtet (Gutachten vom 10. Dezember 2012, act. G 4.2.92), wobei sich die IV-Stelle mit Zusatzfragen und an den Kosten beteiligte (IV-act. 88 und 100). Die Gutachter diagnostizierten einen Zustand nach Synkope und Sturz mit Zuzug einer distalen extraartikulären Radiusfraktur links mit Abriss des Processus styloideus ulnae mit Plattenosteosynthese am 25. April 2010 und Metallentfernung am 28. März 2010 (richtig: 2011), die Entwicklung körperlicher Symptome mit Ausbildung einer Pseudodystrophie der linken oberen Extremität aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0, "Rentenneurose"), und unfallfremd eine Dysthymie, entsprechend einer chronifizierten Anpassungsstörung bei anhaltenden erheblichen psychosozialen Belastungen (ICD-10: F34.1), eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1), sowie Migräne. Aus polydisziplinärer Sicht könne aufgrund der diagnostizierten leichten anhaltenden depressiven Störung (Dysthymie) und der generalisierten Angststörung eine leichte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in einem Umfang von maximal 20 % in der bisherigen oder in einer ihrer Ausbildung und Konstitution entsprechenden Verweistätigkeit postuliert werden. Grund dafür sei die damit einhergehende, vermehrt nach innen gerichtete Aufmerksamkeitslenkung und Selbstwahrnehmung. Im Haushalt entfalle diese Einschränkung aufgrund flexibler Einteilbarkeit und Unterstützung durch Angehörige weitestgehend (act. G 4.2.92 S. 38, 42, 46).

A.o Mit Verfügung vom 14. Februar 2013 bzw. Einspracheentscheid vom 12. August 2013 stellte der Unfallversicherer seine Leistungen wegen nicht mehr vorhandener natürlicher Kausalität zwischen dem schädigenden Ereignis und den aktuellen Beschwerden per 31. Dezember 2012 ein (act. G 4.2.97 und 4.3). Eine dagegen gerichtete Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 21. Januar 2015 ab (Verfahren UV 2013/63). Dieser Entscheid ist rechtskräftig.

B.

Nach entsprechendem Vorbescheid (IV-act. 104) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 16. Mai 2013 das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 0 % ab. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe sowohl in der angestammten als auch in einer



adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus somatischer Sicht bestehe kein Korrelat für einen anhaltenden, organischen Gesundheitsschaden. Aus psychiatrischer Sicht hätten nur Diagnosen aufgrund von psychosozialen Faktoren erhoben werden können. Dies seien IV- fremde Faktoren, die für die Invaliditätsbemessung nicht berücksichtigt würden und keine Invalidität begründeten (act. G 1.1).

C.

C.a Mit Beschwerde vom 11. Juni 2013 beantragt A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. K. Glavas, die Verfügung vom 16. Mai 2013 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es sei ihr eine halbe Rente zu gewähren. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, neue medizinische und erwerbliche Abklärungen vorzunehmen und gestützt darauf neu zu entscheiden. Sie macht im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe sich auf ein Gutachten verlassen, das die Unfallversicherung in Auftrag gegeben habe und das namhafte Mängel aufweise. Insbesondere bestünden aufgrund seines Alters Zweifel an der Verlässlichkeit der Ausführungen von Dr. Q.____. Die Gutachter hätten die Diagnose des Sudeck bzw. CRPS entgegen allen anderen Ärzten nicht diagnostiziert oder bestätigt, weshalb diesbezüglich ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen sei. Entgegen dem gutachterlichen Befund bestehe zwischen den beiden oberen Extremitäten ein Temperaturunterschied und sei der linke Arm ständig geschwollen, reagiere auf Temperaturunterschiede und Wetterveränderungen und sondere mehr Schweiß ab. Das aktuelle Arbeitspensum von 50 % könne nicht mehr erhöht werden. Das Valideneinkommen sei aufgrund einer Vollerwerbstätigkeit zu berechnen, da die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum aus medizinischen Gründen auf 80 % reduziert habe. Zudem könnte die Beschwerdeführerin als Gesunde in grösserem Umfang Überstunden und Samstagarbeit leisten. Diesbezüglich seien die Verhältnisse durch einen Augenschein und durch Befragung der Arbeitgeberin abzuklären (act. G 1; act. G 1.3).

C.b Die Beschwerdeführerin legt unter anderem einen Bericht des Kantonsspitals St. Gallen, Schmerzzentrum, vom 7. Mai 2013 ins Recht. Die Hauptdiagnose lautet auf CRPS Hand links bei Status nach distaler intraartikulärer Radiusfraktur links April 2013



St.Galler Gerichte

(richtig: 2010) und aktueller Allodynie. Die medikamentöse Schmerztherapie sei gemäss Angaben der Beschwerdeführerin nach dem Abstillen durch den Handchirurgen wieder aufgebaut bzw. ergänzt worden. Leider habe damit die Schmerzsituation nicht wesentlich gebessert werden können. Die Beschwerdeführerin wirke nervös und gestresst. Sie leide an persistierenden starken neuralgieformen Schmerzen im Bereich der Narbe radialis links, welche seit etwa drei Jahren aufträten und zunähmen (act. G 1.8).

C.c In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. August 2013 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Im Wesentlichen bringt sie vor, auf das Gutachten des IB-Bern sei abzustellen. Aus somatischer Sicht liege bei der Beschwerdeführerin kein Korrelat für einen anhaltenden organischen Gesundheitsschaden vor. Somatischerseits sei deshalb - abgesehen von einigen Wochen der posttraumatischen/postoperativen Phase nach der Fraktur im April 2010 sowie für einige Wochen nach der Metallentfernung im März 2011 - von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die diagnostizierte Angststörung sei eine Begleiterscheinung der depressiven Symptomatik, welche ihrerseits durch langjährige psychosoziale Faktoren mitbestimmt und aufrecht erhalten werde. Ein nach sozialversicherungsrechtlichen Kriterien invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden bzw. eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei, in Abweichung vom Gutachten, auch in psychischer Hinsicht in der angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. Somit bestehe wegen fehlender Invalidität kein Rentenanspruch (act. G 4).

C.d In ihrer Replik vom 17. September 2013 lässt die Beschwerdeführerin ausführen, im Gutachten sei eine extraartikuläre Radiusfraktur diagnostiziert worden, während namentlich das Kantonsspital St. Gallen und R.____ von einer intraartikulären Radiusfraktur berichteten. Der Gutachter Dr. Q.____ sei daher von einer falschen Grunddiagnose ausgegangen und habe (bezüglich Folgen) die falschen Schlüsse gezogen. Weiter habe er als einziger der beteiligten Mediziner keinen Sudeck diagnostiziert und die Allodynie nicht als Traumafolge thematisiert. Die Begutachtung sei daher zu wiederholen (act. G 6).



St.Galler Gerichte

C.e Als Beilage zur Replik reicht die Beschwerdeführerin einen Konsultationsbericht von Dr. M.____ vom 21. Januar 2013 ein. Er erwähnt als Diagnose eine Allodynie im linken Arm nach Fraktur des Radius distal links. Diese Diagnose sei im Gutachten erwähnt, aber nicht diskutiert worden. Im Gutachten sei lediglich die Dystrophie erwähnt und die Tegumente als normal beschrieben worden. Entgegen den Gutachtern sei die Bandage nicht zwecklos. Die Einschätzung einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit verkenne die Schmerzproblematik und sei unhaltbar. Seines Erachtens sei ein Gegengutachten einzuholen (act. G 6.1).

C.f Mit Verzicht der Beschwerdegegnerin auf eine Duplik am 10. Oktober 2013 ist der Schriftenwechsel abgeschlossen (act. G 8; act. G 9).

Erwägungen

1.

Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). 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).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht ein 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.



1.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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 der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

1.4 Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, 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). Sofern ein Gutachten lege artis erstellt wurde, kann es nicht angehen, dieses stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2 mit Verweis).

1.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a); in diesem Sinn trifft die Verwaltung grundsätzlich auch die Beweisführungslast. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den



streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden kann. Ein Anspruch auf eine "second opinion" zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt besteht nicht. Die Notwendigkeit der Anordnung eines weiteren Gutachtens ergibt sich aus der Beantwortung der Frage, ob bereits bei den Akten liegende Gutachten die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2007, U 571/06, E. 4.1 und 4.2). Von weiteren Abklärungen kann sodann abgesehen werden, wenn Behörde und Sozialversicherungsgericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangen, die weiteren Abklärungen seien nicht geeignet, neue entscheidrelevante Erkenntnisse zu vermitteln (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 162 E. 1d mit Hinweisen).

2.

Vorliegend ist somit zu beurteilen, ob das vom Unfallversicherer in Auftrag gegebene Gutachten beweistauglich und beweiskräftig ist, und ob aufgrund der Akten die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des Invaliditätsgrades erforderlichen medizinischen Tatsachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen sind.

3.

3.1 Das Gutachten der IB Bern ist nach einer eingehenden psychiatrischen und chirurgisch-traumatologischen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 13. November 2012 sowie einer neurologischen Untersuchung am 22. November 2012 ergangen. Es ist in Kenntnis der Vorakten erstellt worden und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Es sind keine Hinweise ersichtlich, dass das Alter von Dr. Q.____ Auswirkungen auf die Qualität seiner Einschätzungen gehabt hätte. Der



Gutachter begründet schlüssig und nachvollziehbar, dass keine Anzeichen mehr für ein CRPS vorhanden waren (act. 4.2.92 S. 31 ff.). Weder die chirurgisch-traumatologische noch die neurologische Untersuchung ergab objektive, somatisch-strukturell erklärbare Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit (act. 4.2.92 S. 40). Entsprechend hat das Versicherungsgericht im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren das Gutachten als schlüssig und nachvollziehbar beurteilt und ihm Beweiswert zuerkannt (Urteil vom 21. Januar 2015, UV 2013/63, E 3.3 und 3.4). In Ergänzung dazu kann darauf hingewiesen werden, dass auch keine Pseudodystrophiezeichen erkennbar waren, was gegen ein anhaltendes und konsequentes Ausschalten bzw. Hängenlassen des linken Arms, sondern für eine partielle Selbstlimitierung spricht (act. 4.2.92 S. 32). Sodann ergab die Bestimmung der Medikamentenspiegel in einer Blutprobe, dass entgegen der Aussagen der Beschwerdeführerin die verordneten Analgetika und das Psychopharmakon aller Wahrscheinlichkeit nach mehrere Tage vor der Untersuchung nicht eingenommen worden waren (act. 4.2.92 S. 34). Damit übereinstimmend hielt die begutachtende Psychiaterin fehlende Anzeichen auf eingenommene Opioidanalgetika fest (act. G 4.2.92 S. 34). Dr. med. S.____, Facharzt für Innere Medizin und Rehabilitation FMH, RAD, erwähnte als weitere Unstimmigkeit, dass einhändiges Autofahren auch mit einem Auto mit Automatikgetriebe schwierig und nicht zu verantworten wäre. Zusammenfassend könne festgestellt werde, dass aus somatischer Sicht kein Korrelat für einen anhaltenden organischen Gesundheitsschaden vorliege. Daher beschränke sich die Arbeitsunfähigkeit auf die posttraumatische/postoperative Phase nach der Fraktur im April 2010 für einige Wochen und nach der Metallentfernung im März 2011 für ca. einen Monat. Es habe demnach zu keinem Zeitpunkt eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit bestanden, weder als Laborantin noch in einer anderen adaptierten Tätigkeit (IV-act. 99-2 f.). Zur von Dr. Q.____ gestellten Diagnose der extraartikulären Radiusfraktur (act. G 4.2.92 S. 38) ist zu erwähnen, dass auch der erstbehandelnde Dr. D.____ (IV-act. 62-22 ff.) eine solche diagnostizierte. Erst Dr. J.____ berichtete von einer intraartikulären Radiusfraktur, allerdings nicht durchgehend (IV-act. 62-18 ff.; vgl. IV-act. 45-2); diese Diagnose scheint vom RAD (IV-act. 69-1) und von den weiteren behandelnden Ärzten übernommen worden zu sein. Selbst wenn es sich dennoch um eine intraartikuläre Fraktur handeln sollte, widerlegt dies die gutachterliche medizinische Beurteilung hinsichtlich Anzeichen für ein CRPS nicht, denn das Gutachten stellt nicht auf die Art der Fraktur ab.



3.2 Rückblickend äussert das Gutachten, ein CRPS sei diagnostiziert und mehrfach bestätigt worden. Entsprechende klinische Zeichen wie Schwellung, Rötung oder Überwärmung seien - bei Angabe starker Schmerzen und Funktionsstörung - überhaupt nicht bzw. nur sehr diskret beschrieben worden (vermehrtes Nagel- und Haarwachstum, allerdings an beiden Händen). Die Diagnose eines CRPS sei daher anhand der dokumentierten Befunde nicht zuverlässig nachvollziehbar (act. G 4.2.92 S. 29). Ausgehend von einem typischen Verlauf eines CRPS müsste zudem inzwischen ein so genanntes Stadium III (dystrophes Stadium) vorliegen. Kennzeichnend wären eine pergamentartig wächserne Haut, dystrophe Störungen der Nägel und der Behaarung sowie Unterschiede in Temperatur und Umfang (act. 4.2.92 S. 31). Dr. D.____ und Dr. J.____ beschreiben in ihren Berichten vom 24. August 2010 und vom 4. Oktober 2010 zwar eine deutlich vermehrte Behaarung im Bereich des distalen Unterarms. In späteren Berichten ist jedoch davon nicht mehr die Rede. Dr. I.____ berichtete am 15. Dezember 2010, es sei keine Schwellung oder Rötung des linken Unterarms oder der linken Hand feststellbar (IV-act. 62-12, 16). PD Dr. M.____ erwähnte in seinem Bericht vom 30. August 2011 eine Neigung zu Ödemen und/oder Schwellung (IV-act. 62-2), wobei aus dem Bericht nicht hervorgeht, ob dieser Vermerk auf seiner eigenen Wahrnehmung oder auf Angaben der Beschwerdeführerin beruhte. Die behandelnden Ärzte des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen und Dr. T.____ erwähnen in ihren Berichten vom 7. Mai 2013 (act. G 1.8) bzw. 6. November 2012 (act. G 1.9) zwar die Diagnose des CRPS, beschreiben aber nebst den Schmerzen keine diagnosespezifischen Befunde. Aufgrund dieser Befundlage erscheint der Schluss der Gutachter und von Dr. S.____ nachvollziehbar, dass längerfristig - ausser den angegebenen starken Schmerzen - keine klinischen Hinweise auf ein CRPS vorgelegen haben. Bestärkt wird diese Beurteilung dadurch, dass im September 2011 wegen der Schwangerschaft die Analgetika abgesetzt wurden und die Beschwerdeführerin dennoch im zuvor ausgeübten Pensum von 50 % arbeitsfähig blieb (act. G 4.2.92 S. 29).

3.3 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen subjektive Schmerzangaben alleine für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit nicht. Sie müssen durch korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein (BGE 130 V 399 E. 5.3.2 mit weiteren Verweisen). Dies war vorliegend nicht mit überwiegender



Wahrscheinlichkeit während längerer Zeit der Fall. Es ist daher davon auszugehen, dass keine somatischen Beschwerden vorlagen, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin über einen längeren Zeitraum massgeblich einschränkten.

4.

4.1 Zu prüfen bleibt, ob aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bejahen ist.

4.2

4.2.1 Dr. B.____ berichtete am 30. Oktober 2010, die Beschwerdeführerin sei nach der Geburt des Sohnes (20____, IV-act. 23-2) stark depressiv geworden. Sie sei sehr niedergeschlagen, ängstlich, innerlich angespannt und zeitweise suizidal gewesen. Aus diesem Grunde sei sie am 22. Oktober 2009 in seine Behandlung gekommen. Als sie sich dann bei einem Sturz am 24. April 2010 eine Fraktur des linken Vorderarms zugezogen habe, habe sich ihr psychischer Zustand erneut verschlechtert. Sie habe sich ganz hilflos gefühlt und Schuldgefühle ihrem Sohn gegenüber gehabt, weil sie sich nicht um ihn kümmern konnte, und sei durch innere Spannungen ganz erschöpft gewesen. Trotzdem sei sie von hartnäckiger Schlaflosigkeit geplagt worden, habe Alpträume gehabt und sich nicht beruhigen können. Sie habe die ganze Zeit Angst gehabt, dass ihren Kindern etwas zustossen könnte, und sei deswegen immer sehr unruhig gewesen. Die Beschwerdeführerin sei niedergeschlagen, ängstlich, im Antrieb vermindert, sehr angespannt. Es bestehe auch eine leichte Störung der kognitiven Funktionen. Sie könne sich nicht gut konzentrieren, sei etwas verlangsamt, die Aufmerksamkeit sei reduziert, sie werde schnell müde. Er stellte die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) sowie einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1) (IV-act. 44). Vorgängig hatte Dr. F.____ in seinem Gutachten vom 24. Juli 2010 den Denkprozess als ohne ein depressionstypisches Zeichen wie etwa Hemmung, Verlangsamung oder Blockaden, inhaltlich recht stark selbstbezogen und stark auf die Überzeugung des eigenen Noch-Krankseins eingefahren beschrieben. Die beklagte Vergesslichkeit habe sich nicht gezeigt. Die Grundstimmung sei hilflos-verunsichert, die Haltung ausgesprochen klagsam. Die affektive Schwingungsfähigkeit erscheine unfrei (vermutlich beträchtliche bewusste



Kontrolle), der emotionale Ausdruck rollenangepasst und grundsätzlich unecht. Depressive Schwere habe nicht im Raum gelegen. Suizidale Gedanken habe die Beschwerdeführerin schluchzend bejaht, ohne konkreter darauf einzugehen. Dr. F.____ hatte befunden, die vorliegenden psychopathologischen Befunde liessen sich nicht mit einem noch bestehenden relevanten Zustandsbild in Übereinstimmung bringen (act. G 4.2.41 S. 5 f.). Er hatte eine vermutlich neben den sonstigen innerfamiliären Belastungsfaktoren auf den Unfall von Ende April 2010 zurückzuführende Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) diagnostiziert. Diese könne er nicht genauer differenzieren, weil er aufgrund fremdanamnestischer Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin Zweifel an der Verlässlichkeit der Angaben der Beschwerdeführerin habe. Eine mittelgradige bis schwere depressive Episode könne er aufgrund des Untersuchungsbefundes mit grösster Wahrscheinlichkeit ausschliessen (act. G 4.2.41 S. 11). Dr. I.____ diagnostizierte am 15. Dezember 2010 ein begleitendes, depressives Syndrom, postpartal auftretend, verstärkt durch Arbeitsplatzverlust und psychosoziale Belastung. Bei der Beschwerdeführerin bestehe schon seit längerem eine schwierige psychosoziale Belastungssituation mit Krankheit des Ehemannes, die sich letztlich ungünstig auf den Heilungsverlauf auswirke (IV-act. 62-12, 17). In einem Bericht vom 7. Dezember 2011 zuhanden des Unfallversichereres hielt Dr. B.____ die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10: F32.2) im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) sowie einer generalisierten Angststörung fest (ICD-10: F41.1) (act. G 4.2.80). Med. prakt. K.____ hatte die Beschwerdeführerin bereits am 2. März 2011 untersucht. Am 29. Dezember 2011 beschrieb er seine damals gemachten Beobachtungen als eine zunehmend depressiv ausgelenkte Stimmungslage und starke Existenzängste, Verunsicherungen und Katastrophisierungsideen die Krankheit betreffend. Bei bestehendem CRPS I der linken Hand sei es mittlerweile zu einer Anpassungsstörung mit reaktiver depressiver Verarbeitung gekommen. Aufgrund der Zeitkriterien sei der Übergang in eine leichte depressive Episode zu erwägen. Des Weiteren bestehe eine Generalisierungstendenz im Rahmen einer psychiatrischerseits chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Er stellte die Diagnosen einer Anpassungsstörung mit reaktiver depressiver Verarbeitung und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie die Differenzialdiagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) (IV-act. 73).



4.2.2 Anlässlich der über drei stündigen psychiatrischen Begutachtung schilderte die Beschwerdeführerin auf Nachfrage Einschlafstörungen wegen der Schmerzen und wegen Zukunftssorgen und -ängsten, diffuse Angstgefühle (Druck- und Engegefühl, "Herzklopfen"), Alpträume, Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Nervosität und innere Unruhe. Klinisch fielen eine psychomotorische Unruhe, Besorgnis, Anspannung, Nervosität und dysphorische Herabgestimmtheit auf. Das Spektrum affektiver Tönungen war zum depressiven Pol hin verschoben. Es zeigte sich ein leichtgradig ausgeprägtes ängstlich-depressiv gefärbtes Zustandsbild mit zusätzlicher Beeinträchtigung anderer Gefühlsqualitäten (act. 4.2.92 S. 33 f.). Die Gutachterin hielt fest, die Bestimmung der Medikamentenspiegel in einer Blutprobe habe ergeben, dass ein Nachweis der Einnahme der Schmerzmittel und des Antidepressivums fehle. Zudem seien demonstrative Tendenzen aufgefallen. Die diagnostischen Kriterien für eine mittelgradige depressive Störung seien gegenwärtig nicht erfüllt; die geforderten Symptome lägen weder in der Zusammensetzung noch in nötiger Ausprägung vor. Psychopathologisch fehle es an einer depressiven Denkverlangsamung oder -hemmung, an einer Antriebshemmung oder -verminderung und einer Affektstarre oder -verminderung. Der Längsverlauf der depressiven Symptomatik - diese habe vor dem Hintergrund langjähriger erheblicher psychosozialer Belastungen sehr wahrscheinlich schon seit mehreren Jahren bestanden und sei anhaltender Natur - lasse allerdings den typischen episodischen Charakter vermissen. Die von Dr. B. ___ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei deshalb nicht ausreichend abgestützt. Die Diagnose der generalisierten Angststörung hätte gemäss ICD-10-Kriterien gar nicht gleichzeitig mit derjenigen einer depressiven Episode / Störung gestellt werden dürfen. Anamnestisch stehe die Angstsymptomatik gegenüber der depressiven Symptomatik deutlich im Vordergrund. Die geschilderten und beobachteten Symptome passten zu einer generalisierten Angststörung, welche reaktiv sei und sehr wahrscheinlich auf die psychosozial belastenden Jahre vor dem Unfall zurückgehe. Die angegebene ängstlich-depressive Symptomatik lasse sich am ehesten als Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei anhaltender psychosozialer Belastungssituation verstehen. Die psychosoziale Belastungssituation bestehe seit vielen Jahren und sei erheblich. Zu nennen sei die Schizophrenie des Ehemannes mit aggressiven Zuständen. Diese habe zur temporären Trennung des Ehepaares geführt; die Beschwerdeführerin sei in dieser Zeit alleinerziehend und vollzeitlich arbeitstätig



gewesen. Das Ehepaar habe dann wieder zusammen gefunden, und kurz darauf sei die Beschwerdeführerin ungeplant mit ihrem zweiten Kind schwanger geworden. Der Ehemann sei IV-Rentner, und es bestünden auch finanzielle Sorgen. Die Symptomatik sei nicht abgeklungen bzw. habe sich verstärkt, wenn die psychosozialen Belastungen sich zugespitzt oder die Umstände sich geändert hätten (ungeplante Schwangerschaft und Geburt des zweiten Kindes, Kündigung der Arbeitsstelle). Dr. F.____ und med. prakt. K.____ hätten im Juli 2010 bzw. im März 2011 noch eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Erst fast zwei Jahre nach dem Unfall seien die psychischen Beschwerden in den Vordergrund gerückt. Dem fortdauernden und anhaltenden leichten depressiven Zustand entspreche die Diagnose der Dysthymie, wobei diese Störung aus der unfallunabhängigen, vorbestehenden Anpassungsstörung infolge der langjährigen, anhaltenden psychosozialen Belastungen hervorgegangen sei. Mit Blick auf das chronische Schmerzsyndrom sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren denkbar. Diese sei eine Unterform der somatoformen Schmerzstörung und beruhe auf einer psychischen Fehlverarbeitung von Schmerzen mit somatischem Ausgangspunkt. Gegen diese Diagnose sprächen allerdings die (im Zusammenhang mit den somatischen Beschwerden erörterten) deutlichen Hinweise auf eine willkürlich, bewusstseinsnah und zielgerichtet gesteuerte Selbstlimitierung im Rahmen der Begutachtung. Am wahrscheinlichsten sei im Zusammenhang mit langjährigen und erheblichen psychosozialen Belastungen und der vorbestehenden psychischen Störung (Depression, Angst) und mit den fortgesetzten ärztlichen Behandlungen und Diagnosen eine psychische Fehlverarbeitung eingetreten. Diese sei durch den sekundären Krankheitsgewinn weiter gefördert und aufrechterhalten worden. Als Diagnose liege eine Entwicklung körperlicher Symptome (Ausbildung einer Pseudodystrophie der linken oberen Extremität) aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) vor. Mit dieser könne keine Leistungsminderung begründet werden (act. 4.2.92 S. 34 ff.). Aufgrund der Dysthymie und der generalisierten Angststörung bestehe eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit von 20 % (act. G 4.2.92 S. 33 ff.). Dr. med. U.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH nahm am 25. Januar 2013 für den RAD Stellung. Das psychiatrische Gutachten sei umfassend, in Kenntnis der Vorakten erstellt worden, berücksichtige die geklagten Beschwerden und sei in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge, der medizinischen Schlussfolgerungen und der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Es könne



darauf abgestellt werden. Ab dem 20. Juli 2010 (Begutachtung Dr. F.____) habe gemäss der Aktenlage keine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen mehr bestanden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit könne ab spätestens März 2011 eine durchgehende 20 %ige Leistungsverminderung als ausgewiesen gelten (IV-act. 99-4).

4.3 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. V.____ beruht auf einer umfassenden, mehr als dreistündigen Untersuchung (act. G 4.2.92 S. 33 f.). Es setzt sich mit den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und den medizinischen Akten ausführlich auseinander und begründet die Diagnosen schlüssig und nachvollziehbar. Auf das psychiatrische Teilgutachten ist somit abzustellen, d.h. zum Zeitpunkt der Begutachtung lagen keine rentenrelevanten psychischen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit vor. Retrospektiv äussert sich das Gutachten zwar nicht direkt zur Arbeitsfähigkeit. Die Gutachterin zeigt jedoch überzeugend auf, dass bzw. weshalb die Diagnosen von Dr. B.____ nicht hinreichend fundiert sind (fehlendes episodisches Auftreten, gegenseitiger Ausschluss gestellter Diagnosen), und dass Dr. F.____ und med. prakt. K.____ entsprechend eine Anpassungsstörung und nicht eine Depression diagnostizierten. Auch hat sie festgestellt, dass sich die depressiven Beschwerden anamnestisch bereits während der Schwangerschaft mit dem im August 20____ geborenen Sohn verstärkt hätten, weshalb keine klassische (episodische) postpartale Depression vorgelegen habe (act. 4.2.92 S. 28). Andererseits begab sich die Beschwerdeführerin erst im Oktober 2009 in psychiatrische Behandlung; zu diesem Zeitpunkt hatte sie offenbar auch von der beabsichtigten Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch ihre damalige Arbeitgeberin erfahren (IV-act. 20-8). Das Gutachten von Dr. F.____ berücksichtigt die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und die vorhandenen Akten und ist schlüssig und nachvollziehbar. Der Bericht von med. prakt. K.____, der die Beschwerdeführerin ebenfalls untersucht und die depressive Beeinträchtigung als im Rahmen einer Anpassungsstörung bestehend und differenzialdiagnostisch als leicht beurteilte, ist plausibel. Dafür, dass sich eine depressive Störung bzw. Episode erst nach der Begutachtung durch Dr. F.____ am 24. Juli 2010 bis zur Berichterstattung von Dr. B.____ am 30. Oktober 2010 entwickelt bzw. verstärkt hätte und zwischen diesem Bericht von Dr. B.____ und der Untersuchung durch med. prakt. K.____ am 2. März 2011 wieder abgeklungen wäre, ergeben sich aus der Anamnese keine Hinweise. Dies legt nahe, dass die Beurteilungen von Dr. B.____ - verständlicherweise - von seiner Sicht als Behandler geprägt sind (vgl.



Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2009, 9C_661/2009, E. 3.2; BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. B.____ bzw. auf seine Diagnosestellung kann daher nicht abgestellt werden. Vielmehr ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass nach der Begutachtung durch Dr. F.____ keine massgeblichen längerfristigen psychischen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit (mehr) vorgelegen haben, insbesondere nicht eine mittelschwere oder schwere depressive Episode oder Störung. Die von Dr. V.____ attestierte und vom RAD bestätigte 20 %ige Arbeitsunfähigkeit wegen Dysthymie und einer generalisierten Angststörung vermag keinen Rentenanspruch zu begründen.

5.

5.1 Zusammenfassend ist somit auf das Gutachten des IB Bern abzustellen. Der medizinische Sachverhalt ist damit rechtsgenügend geklärt, so dass sich weitere medizinische Abklärungen erübrigen. Die Beschwerde ist nach dem Gesagten abzuweisen.

5.2 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 als angemessen. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Angesichts des vollen Unterliegens der Beschwerdeführerin sind ihr die Gerichtskosten unter Anrechnung des von ihr in selbiger Höhe geleisteten Kostenvorschusses gesamthaft aufzuerlegen.

5.3 Aufgrund des Ausgangs des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.



2.

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Anrechnung des von ihr geleisteten Kostenvorschusses in gleicher Höhe zu bezahlen.