



Fall-Nr.: IV 2015/375
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 17.09.2019
Entscheiddatum: 01.03.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 01.03.2018

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

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela

Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner;

Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2015/375

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Evalotta Samuelsson,

Bahnhofstrasse 12, 8001 Zürich,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ stürzte am 5. Juni 2010 mit dem stehenden Motorrad auf die rechte Seite, wodurch ihre rechte Wade eingeklemmt wurde (Arztzeugnis des erstbehandelnden Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, vom 9. August 2010, Fremdakten). Sie meldete sich am 25. August 2010 wegen einer „Oberschenkel-, Knie- und Fussverletzung rechts mit Nervenverletzung“ zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1 und IV-act. 5). Aufgrund der unfallbedingten Hamstring-Ruptur mit Retraktion am Tuber ischiadicum rechts mit/bei traumatischer Nervus ischiadicus Läsion unterzog sich die Versicherte am 3. September 2010 einer von Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, durchgeführten Hamstring-Refixation und einer Neurolyse (Operationsbericht vom 3. September 2010, IV-act. 20-10 f.). Der behandelnde Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, berichtete am 10. Januar 2011, die Versicherte leide an einer traumatischen Nervus ischiadicus-Läsion, einer partiellen Nervus tibialis-Läsion rechts und einem Hamstringabriss mit Refixation am 3. September 2010. Aufgrund des protrahierten Verlaufs sei insbesondere bezüglich der Nervenläsionen mit einer bleibenden Schädigung zu rechnen. Für die angestammte Fahr- und Lieferdiensttätigkeit für eine Bäckerei bestehe bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Versicherte sei nur an zwei Gehstöcken mobil. Es bestünden keine geistigen oder psychischen Einschränkungen (IV-act. 20-1 ff.; vgl. auch den Bericht vom 11. August 2011, IV-act. 38-1 ff.). Die im Palliativzentrum am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten ein lang dauerndes Schmerzsyndrom gluteal rechts mit/bei u.a. rezidivierenden posttraumatischen Patellaluxationen. Zusätzlich lasse sich eine leicht depressive Komponente vermuten. Des Weiteren zeige



sich eine deutliche Schlafstörung durch die neuropathische Schmerzkomponente (Bericht vom 3. Mai 2011, IV-act. 38-22 ff.).

A.b Die IV-Stelle wies das Gesuch um berufliche Massnahmen ab, da die Versicherte noch immer zu 100% arbeitsunfähig sei (Mitteilung vom 4. August 2011, IV-act. 37).

A.c Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurologie FMH, diagnostizierte in der konsiliarischen Beurteilung vom 28. Oktober 2011 eine klinisch inkomplette Läsion des Nervus peroneus communis links (elektrophysiologisch kein motorischer Leistungsblock nachweisbar; elektrophysiologisch keine Polyneuropathie nachweisbar); unklare sensible Störungen an der linken unteren Extremität und eine vorbestehende schwere, auch axonale, inkomplette traumatische Läsion des Nervus ischiadicus rechts (Motorradunfall am 5. Juni 2010). Zusätzlich sei jetzt eine ischämische Muskelnekrose im Musculus tibialis anterior rechts wahrscheinlich (IV-act. 48). Die am Palliativzentrum am KSSG behandelnde Oberärztin Dr. med. F.____ bejahte auf Anfrage der IV-Stelle einen Rollstuhlbedarf der Versicherten. Die Gehfähigkeit sei mehrheitlich aufgrund der chronischen Läsion mit komplettem Peroneusausfall eingeschränkt. Die Notwendigkeit eines Rollstuhls sei für ein Jahr sicher, wahrscheinlich darüber hinausgehend, gegeben, um auch den Folgen des chronischen Schmerzsyndroms entgegenzuwirken (Stellungnahme vom 28. Dezember 2011, IV-act. 51; siehe auch den Bericht vom 14. Mai 2012, IV-act. 68; zur Würdigung durch den RAD-Arzt Dr. med. G.____, Praktischer Arzt FMH, vom 27. Januar 2012 siehe IV-act. 53 und vom 31. Mai 2012 IV-act. 69). Am 19. Januar 2012 führte die IV-Stelle bei der Versicherten eine Haushaltsabklärung durch. Die Abklärungsperson gelangte zur Auffassung, dass unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht von Familienangehörigen im Haushalt eine Beeinträchtigung von 12% resultiere. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte im Gesundheitsfall zu 70% erwerbstätig gewesen wäre (Abklärungsbericht vom „25.07.2012“ [richtig wohl: 25. Februar 2012], IV-act. 84). Die Versicherte war vom 12. bis 27. April 2012 im Palliativzentrum H.____ hospitalisiert. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten ein chronifiziertes, gemischt neuropathisch-nozizeptives Schmerzsyndrom mit somatischen Anteilen; eine Epilepsie (ICD-10: G40.0) und ein allergisches Asthma bronchiale (Bericht vom 27. April 2012, IV-act. 172-15 ff.).



St.Galler Gerichte

A.d Die IV-Stelle erteilte am 19. Juni 2012 Kostengutsprache für einen Aktiv-Rollstuhl Sopur Neon Swing (IV-act. 77) und die Miete einer Treppenraupe Scala-Mobil (IV-act. 78).

A.e Die IV-Stelle erhielt am 9. Juli 2012 verschiedene von der Unfallversicherung eingeholte Arztberichte (IV-act. 82). Darunter befand sich u.a. der Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt Neurologie FMH, vom 29. Juni 2012, worin er ausführte, Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie FMH, gehe von einer psychogenen Paraparese aus. Es hätten sich keinerlei somatisch objektivierbare Korrelate gezeigt (zu dessen Bericht vom 13. Juni 2012 siehe IV-act. 82-7 ff.). Aus dem Bericht von Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, vom 12. Juni 2012 (IV-act. 82-12 ff.) ergebe sich des Weiteren, dass die Versicherte seit Dezember 2011 auch an einer Epilepsie mit generalisierten Anfällen leide. Diese seien am ehesten durch die hochdosierte Tramal-Medikation provoziert (IV-act. 82-11; vgl. auch den vorangegangenen Bericht von Dr. I.____ vom 19. März 2012, IV-act. 82-1 ff.).

A.f Am 4. September 2012 liess die Versicherte der IV-Stelle einen neurologisch-neurochirurgischen Bericht von Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie und Neurochirurgie, vom 24. August 2012 zukommen. Dr. L.____ führte darin aus, gestützt auf die neuroelektrophysiologischen Befunde könnten wesentliche Nervenschädigungen - sowohl des rechten als auch des linken Beins -, die ein so umfassendes Störungsbild (Lähmung beider Beine, nahezu kompletter Sensibilitätsausfall) neurologisch plausibel machten, ausgeschlossen werden; „mit Ausnahme einer neuropathischen Schmerzstörung, welche der neurologischen Elektrodiagnostik entgeht“. Die „objektiven“ neurologischen Befunde seien allein unter Berücksichtigung der neurologischen Gegebenheiten nicht zu erklären (IV-act. 101-10 f.). Zusammenfassend lägen peripher neurologische Ausfälle „mit sicher nicht unerheblicher funktioneller Überlagerung“ vor (bewusstseinsfern, kein Hinweis auf Aggravation und Simulation, allenfalls eher Dissimulation, „Belle indifference?“; IV-act. 101-12). Aufgrund der komplexen Situation schlug er eine stationäre interdisziplinäre Abklärung vor (IV-act. 101-3). Zur Beurteilung von Dr. L.____ nahm Dr. I.____ am 9. Oktober 2012 Stellung und merkte u.a. an, dass eine neuropathische Schmerzstörung zwar möglich sei. Allerdings sei diese beim heutigen Gesamtbeschwerdebild (dissoziative Störung; IV-act. 107-4) als weit im Hintergrund zu betrachten. Sie erkläre



St.Galler Gerichte

die Lähmung und Rollstuhlbedürftigkeit der Versicherten in keiner Weise. Diese seien nach allen durchgeführten Untersuchungen psychogen zu erklären. Die Beurteilung von Dr. L.____ führe zu keiner Klärung der Situation (IV-act. 107).

A.g Am 19. Oktober 2012 gewährte die IV-Stelle der Versicherten einen Kostenbeitrag an einen Treppenlift im Rahmen der Austauschbefugnis (IV-act. 106).

A.h Am 25. Oktober 2012 wurde die Versicherte in der Epilepsie-Sprechstunde an der Klinik für Neurologie am KSSG untersucht. Die dortigen Ärzte diagnostizierten eine Epilepsie ungeklärter Ätiologie (ICD-10: G40.0; Bericht vom 29. Oktober 2012, IV-act. 124-1 f.; siehe auch den Bericht vom 7. Februar 2013 [Datum Posteingang IV-Stelle], IV-act. 130).

A.i Die Versicherte meldete sich am 22. November 2012 zum Bezug einer Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung an (IV-act. 111). Dr. D.____ berichtete am 29. November 2012, die selbstständige Verrichtung von Aufgaben im Haushalt sei der Versicherten weitgehend unmöglich. Die Ausführung administrativer Arbeiten werde teilweise eingeschränkt durch die Nebenwirkungen der hochdosierten Schmerz- und antiepileptischen Therapie. Trotz hochdosierter antiepileptischer Therapie leide die Versicherte weiterhin an rezidivierenden „Grandmal Anfällen“ mit Stürzen und Verletzungen, postiktischen Zuständen und daraus resultierendem Unvermögen, sich Hilfe zu organisieren (IV-act. 119-3). Die IV-Stelle ermittelte vor Ort eine leichte Hilflosigkeit (Abklärung vom 19. Februar 2013; Bericht vom 14. März 2013, IV-act. 136).

A.j Im Bericht vom 28. Dezember 2012 (Datum Posteingang IV-Stelle) führten die behandelnden medizinischen Fachpersonen des Fachbereichs Psychosomatik am KSSG aus, aufgrund der tiefliegenden psychischen Störung, die mit einer schwerwiegenden somatischen Störung einhergehe, sei mit einer langandauernden Behandlung zu rechnen. Bei stärkerer Belastung der Versicherten sei eine weitere Somatisierung zu erwarten (IV-act. 122). Die medizinischen Fachpersonen an der Klinik für Neurologie am KSSG berichteten am 7. November 2013, nach der Konsultation vom 6. November 2013 habe in einem Gespräch vom 7. November 2013 mit der behandelnden „Psychiaterin“ (richtig: Psychologin; siehe IV-act. 122-7) lic. phil. M.____ in Erfahrung gebracht werden können, dass die Versicherte affektiv inadäquat handeln



St.Galler Gerichte

würde und ein hoch manipulatives Verhalten insbesondere im Verhältnis zum Ehemann einsetze. Die von der Versicherten geschilderten epileptischen Anfälle seien möglicherweise Teil des manipulativen Verhaltens möglicherweise im Rahmen eines Münchhausen-Syndroms (IV-act. 166-1 f.).

A.k Zum Respite Care bei chronischen Schmerzen gluteal rechts und einer Lumboischialgie beidseits war die Versicherte im Palliativzentrum H.____ vom 27. Januar bis 9. Februar 2014 hospitalisiert. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen erwähnten einen hochgradigen Verdacht auf eine dissoziative Störung. Während der Hospitalisation habe kein epileptischer Anfall richtig beobachtet werden können, sondern nur eine kurze postiktale Bewusstlosigkeit und oberflächliche Verletzungen, die durch den Sturz schwer erklärbar seien. Des Weiteren hätten diverse Beobachtungen gemacht werden können, die für eine dissoziative Störung sprechen würden. So sei die Versicherte „stehend (!)“ im Geräteraum gesehen worden, wo sie sich selbstständig einen für sie im Rollstuhl nicht erreichbaren Verband umwickelt habe (Verlegungsbericht vom 12. Februar 2014, IV-act. 203-194 ff.). Nach durchgeführter Longterm-EEG-Ableitung vom 5. bis 8. Mai 2014 führten die Ärztinnen der Klinik für Neurologie am KSSG im Bericht vom 2. Juni 2014 aus, die Versicherte leide an eine Epilepsie ungeklärter Ätiologie (ICD-10: G40.0). Prinzipiell sei das Vorliegen einer Epilepsie aufgrund der Anamnese, des links temporalen Herdbefunds sowie der eingelagerten epilepsietypischen Potentialen sehr wahrscheinlich. Diskrepanz dazu sei jedoch, dass die Versicherte eine Anfallsfrequenz von drei- bis viermal pro Woche beschreibe und in der Lang-Zeit-EEG-Untersuchung kein einziger aufgezeichnet worden sei, so dass - auch in Anbetracht der angegebenen Länge der Anfälle - zusätzlich funktionelle Anfälle vorliegen könnten (IV-act. 203-191 ff.).

A.l Dr. med. N.____, Klinikleiter an der Klinik für Psychosomatik am KSSG, und lic. phil. M.____ erwähnten im Verlaufsbericht vom 30. Juni 2014 als Diagnosen eine dissoziative Störung (ICD-10: F44.4/F44.5); ein chronifiziertes, gemischt neuropathisch-nozizeptives Schmerzsyndrom; eine Anfallserkrankung mit möglichen epileptischen Anfällen; ein allergisches Asthma bronchiale; Schlafstörungen und eine psychosoziale Belastungssituation (ICD-10: Z63). Der Fokus der psychotherapeutischen Sitzungen sei auf der Krankheitsverarbeitung, der Alltagsbewältigung und psychischen Stabilisierung gelegen. Auffallend sei, dass sich die Versicherte bei verschiedenen



St.Galler Gerichte

Gesprächspartnern sehr unterschiedlich präsentiert habe, im einzelnen Gespräch aber sehr konstant aufgetreten sei (IV-act. 189).

A.m Im von der IV-Stelle eingeholten interdisziplinären (psychiatrischen, neuropsychologischen, neurologischen und orthopädischen) Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 13. Februar 2015, das sich u.a. auf Untersuchungen anlässlich des stationären Aufenthalts vom 9. bis 14. Februar 2014 stützt (siehe hierzu sowie zu den weiteren Untersuchungen vom 18. September 2014 und 12. Februar 2015 IV-act. 203-1 f.), wurden vorgetäuschte Störungen von sensomotorischer Paraplegie und Anfallsleiden, die diagnostisch zwischen einer artifiziellen Störung und mehr oder weniger bewusster, nicht authentischer Symptompräsentation angesiedelt sind; eine iatrogen entstandene Opiatabhängigkeit; ein Status nach operativer Re-Fixation eines Hamstring-Abrisses; nach eigenen Angaben der Versicherten rezidivierende Patella-Luxationen rechts; ein allergisches Asthma bronchiale und ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt in der Hüftregion rechts unklarer Genese mit hohen Inkonsistenzen diagnostiziert. Die Gutachter gelangten zur Auffassung, dass kein Leiden mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten bestehe (IV-act. 203). Der RAD-Arzt Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in der Stellungnahme vom 25. März 2015 aus, gestützt auf die gutachterliche Beurteilung sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten auszugehen. Die Gewährung von Hilfsmitteln wie Rollstuhl, Spitex oder Rollstuhl-Behinderung entsprechende Umbauten im Wohnbereich sei versicherungsmedizinisch nicht begründet (IV-act. 205).

A.n Mit Vorbescheid vom 8. Mai 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 212). Dagegen erhob die Versicherte am 13. Juli 2015 Einwand. Sie ersuchte um eine neuerliche psychiatrische Begutachtung in einem stationären Setting. Des Weiteren sei sie von den Opiaten zu entwöhnen. Hernach sei eine erneute medizinische/berufliche Evaluation der Leistungsfähigkeit indiziert (IV-act. 216). Mit Vorbescheid vom 21. August 2015 gab die IV-Stelle der Versicherten ihre Absicht bekannt, das Gesuch um Hilflosenentschädigung abzuweisen (IV-act. 224). Am 31. August 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten vorbescheidswise mit, dass sie die Verfügung vom 19. Oktober 2012 (Kostenbeitrag Treppenlift) und die Mitteilung vom 19. Juni 2012



(Zusprache Rollstuhl) wiedererwägungsweise aufheben werde (IV-act. 228 f.). Der psychiatrische, neurologische und neuropsychologische Gutachter der Rehaklinik Bellikon nahmen am 29. September 2015 Stellung zum Einwand der Versicherten und hielten an ihrer Beurteilung fest (IV-act. 230). Am 6. Oktober 2015 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs. Die Ermittlung des Invaliditätsgrads nahm sie im Rahmen der gemischten Methode vor. Sie qualifizierte die Versicherte für den Gesundheitsfall als zu 70% Erwerbstätige und zu 30% im Haushalt Tätige (IV-act. 232). Gleichentags verfügte sie die Abweisung des Gesuchs um eine Hilflosenentschädigung, die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 19. Oktober 2012 (Kostenbeitrag Treppenlift) sowie der Mitteilung vom 19. Juni 2012 (Zusprache Rollstuhl unter Verzicht auf eine Rückforderung der übernommenen Rollstuhl-Mietkosten; IV-act. 233 ff.).

B.

B.a Gegen die rentenabweisende Verfügung vom 6. Oktober 2015 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 10. November 2015. Die Beschwerdeführerin beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung und es sei ihr eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100% zuzusprechen unter gleichzeitiger Auferlegung einer Mitwirkungspflicht in Form einer therapeutischen Massnahme. Des Weiteren beantragt sie die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung und ersucht um Edition der E-Mail von Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Rehaklinik Bellikon, vom 10. Februar 2014 (siehe hierzu IV-act. 203-86). Zur Begründung bringt sie im Wesentlichen vor, die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter der Rehaklinik Bellikon sei nicht beweiskräftig (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2015 die Abweisung der Beschwerde. Gestützt auf die gutachterliche Beurteilung hält sie einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht für ausgewiesen (act. G 4).

B.c Am 1. Februar 2016 teilt die Beschwerdeführerin mit, sie hole ein psychiatrisches Privatgutachten ein. Deshalb ersuche sie um Sistierung des Verfahrens bis zu dessen Vorliegen (act. G 8). Nachdem sich die Beschwerdegegnerin mit einer Sistierung



St.Galler Gerichte

einverstanden erklärte (act. G 10), ist das Verfahren sistiert worden (act. G 11, act. G 13 und act. G 15). Am 30. November 2016 hat die Beschwerdeführerin das psychiatrische Gutachten von med. pract. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eingereicht (act. G 16). Der Privatgutachter diagnostiziert eine dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4), einen Verdacht auf dissoziative Krampfanfälle (ICD-10: F44.5), psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F11.2), eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73). Er zieht den Schluss, die Beschwerdeführerin sei vollumfänglich arbeitsunfähig (act. G 16.1). Die Verfahrensleitung hat am 5. Dezember 2016 die Sistierung aufgehoben (act. G 17). In der Replik vom 20. Januar 2017 stellt die Beschwerdeführerin das Eventualbegehren, es sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen, das sich insbesondere mit den bestehenden differenten Diagnosen und mit der Frage auseinandersetze, ob und falls ja, welche Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit bestehen. Gestützt auf das Privatgutachten macht sie mehrere Mängel am Gutachten der Rehaklinik Bellikon geltend (act. G 18).

B.d Die Beschwerdegegnerin hält in der Duplik vom 21. März 2017 an der beantragten Beschwerdeabweisung fest (act. G 22). Sie reicht eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. O.____ vom 20. März 2017 ein, worin sich dieser kritisch zum Privatgutachten äussert (act. G 22.1).

B.e Mit Schreiben vom 8. Dezember 2017 ersucht das Versicherungsgericht Dr. R.____ um Einreichung der von ihm im Gutachten erwähnten E-Mail von Dr. P.____ vom 10. Februar 2014 (act. G 24). Am 19. Dezember 2017 teilt der neue Leiter des Gutachtenzentrums der Rehaklinik Bellikon mit, dass sowohl Dr. R.____ als auch Dr. P.____ zum 31. August 2017 pensioniert worden und aus der Rehaklinik Bellikon ausgeschieden seien. Deren E-Mail-Konten seien mittlerweile gelöscht worden und der E-Mail-Verkehr nicht mehr abrufbar. Eine Archivierung der E-Mails sei nicht erfolgt (act. G 25).

B.f Am 1. März 2018 hat die von der Beschwerdeführerin angebehrte mündliche Verhandlung stattgefunden. Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Teilnahme verzichtet (act. G 31). Anlässlich der mündlichen Verhandlung hat die Beschwerdeführerin an den



gestellten Anträgen unverändert festgehalten. Auf ihre einzelnen Vorbringen wird, soweit entscheidungswesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

1.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines



Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

1.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

1.4 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.

Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Die Beschwerdeführerin stützt die Rentenabweisung in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 13. Februar 2015 (siehe hierzu IV-act. 203). Die Beschwerdeführerin hält dieses unter Verweis auf das von ihr bei med. pract. Q.____ eingeholte Gutachten vom 23. November 2016 (act. G 16.1) nicht für aussagekräftig. Gestützt auf das Privatgutachten sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. G 18).

2.1 Sowohl aus dem Administrativ- als auch dem Privatgutachten geht hervor, dass dem von der Beschwerdeführerin geklagten Leidenbild keine somatisch erklärbare Ursache zugrunde liegt. Med. pract. Q.____ diagnostizierte an erster Stelle eine



dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10: F44.4; act. G 16.1, S. 17). Die Gutachter der Rehaklinik Bellikon nannten zuvorderst in der Diagnoseliste vorgetäuschte Störungen von sensomotorischer Paraplegie und Anfallsleiden, die diagnostisch zwischen einer artifiziellen Störung und mehr oder weniger bewusster, nicht authentischer Symptompräsentation angesiedelt seien. In Frage kämen Leiden der Klassifikation „ICD-10: F68.1 und Z76.5, mit fliessenden Übergängen“ (IV-act. 203-10). Bei den genannten Diagnosen steht das Problem besonders im Vordergrund, dass sich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - mangels zuverlässiger bzw. bewährter Messmethodik - zwangsläufig zunächst auf die Angaben und das Verhalten der versicherten Person stützen muss. Deshalb ist die Prüfung der Konsistenz und der Plausibilität der Leidensschilderung sowie -präsentation für die objektive Beurteilung der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von zentraler Bedeutung.

2.1.1 Im vorliegenden Fall bestehen zahlreiche Hinweise, die Zweifel an der Konsistenz und Plausibilität der von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden begründen. Diese dürfen im Rahmen der von Art. 7 Abs. 2 ATSG geforderten objektiven Prüfung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit nicht ausser Acht gelassen werden. So wies die behandelnde lic. phil. M.____ darauf hin, dass die Beschwerdeführerin ein „hoch manipulatives Verhalten insbesondere im Verhältnis zum Ehemann“ einsetze (IV-act. 166-2). Die medizinischen Fachpersonen der Klinik für Neurologie am KSSG berichteten am 7. November 2013, die von der Beschwerdeführerin geschilderten epileptischen Anfälle seien möglicherweise Teil des manipulativen Verhaltens möglicherweise im Rahmen eines Münchhausen-Syndroms (IV-act. 166-2). Dr. L.____ vermochte enoral keine Hinweise für einen Zungenbiss festzustellen, obschon es nach der Darstellung der Beschwerdeführerin zu den epileptischen Anfällen oft dazu komme (IV-act. 101-9). Die im Palliativzentrum H.____ behandelnden medizinischen Fachpersonen gaben im Bericht vom 12. Februar 2014 an, während der Hospitalisation vom 27. Januar bis 9. Februar 2014 hätte kein Anfall richtig beobachtet werden können, sondern nur eine kurze postiktale Bewusstlosigkeit und oberflächliche Verletzungen, die durch den Sturz schwer erklärbar seien. Ausserdem habe weder eine postiktale Müdigkeit noch ein Zungenbiss oder Einnässen bestanden. Der Creatinkinase-Wert sei im Normbereich gewesen (IV-act. 203-195). In damit nicht zu vereinbarenden Weise berichtete die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung in der Rehaklinik Bellikon, sie habe „ca. acht bis neun Anfälle im



Rahmen ihrer Hospitalisation von zwei Wochen gehabt“ (IV-act. 203-5). Auch der RAD-Arzt Dr. O.____ wies in der Stellungnahme vom 30. Januar/9. April 2013 auf Inkonsistenzen in den Angaben der Beschwerdeführerin zur Anfallsfrequenz hin (IV-act. 142-4). Solche finden sich auch im Gutachten der Rehaklinik Bellikon. So habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie habe einen Anfall gehabt. Sie habe dann nach draussen rauchen gehen wollen. Man habe ihr dies verboten, woraufhin sie erwidert habe, ein solcher Anfall komme nur alle 24 Stunden vor und wenn sie zum Rauchen rausgehe, passiere sicher nichts (IV-act. 203-86). Im Widerspruch hierzu hat sie am 9. Februar 2014 angegeben, bereits einige Minuten nach dem Eintritt in die Rehaklinik Bellikon um ca. 16:00 Uhr habe sie einen Anfall sowie zuvor am Morgen einen längeren Anfall gehabt (IV-act. 203-87). Weitere erhebliche Inkonsistenzen sowohl hinsichtlich der Anfälle als auch bezüglich der übrigen Leidenspräsentation ergeben sich aus der ausführlichen telefonischen Auskunft von Dr. med. S.____, Ärztin am Palliativzentrum H.____, vom 11. Februar 2014 (IV-act. 203-85 f.). Auch im Bericht der Klinik für Neurologie am KSSG vom 2. Juni 2014 sind Diskrepanzen beschrieben (IV-act. 203-192 unten).

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



2.2 Bei der Würdigung des Privatgutachtens ist von Bedeutung, dass sich med. pract. Q. ___ nicht umfassend mit den zahlreichen Inkonsistenzen und Widersprüchen bei den Leidensangaben und der Leidenspräsentation (siehe vorstehende E. 2.1.1 f.) auseinandergesetzt hat. Seine diesbezüglichen Ausführungen beschränken sich einerseits auf seinen eigenen Eindruck, wonach „bisweilen Verdeutlichungstendenzen“ erkennbar gewesen seien (act. G 16.1, S. 14). Andererseits nimmt er lediglich und isoliert Bezug auf den anlässlich der Hospitalisation im Palliativzentrum H. ___ festgestellten Sachverhalt, dass die Beschwerdeführerin stehend im Geräteraum angetroffen worden sei, wo sie sich selbstständig einen für sie im Rollstuhl nicht erreichbaren Verband umwickelt habe (act. G 16.1, S. 15). Aus seiner Sicht handelt es sich dabei um eine „einmalige Beobachtung“. Ohne nähere Begründung und insbesondere ohne den weiteren Inkonsistenzen und Widersprüchen der geklagten Gehunfähigkeit sowie Anfällen Rechnung zu tragen, vertritt der Privatgutachter die Auffassung, es scheine nicht plausibel, dass die Beschwerdeführerin mehr als vier Jahre „die Rolle derer, die nicht laufen könne“ inszeniere und vorspiele (act. G 16.1, S. 15). Insgesamt fehlt der privatgutachterlichen Beurteilung die für eine aussagekräftige Arbeitsfähigkeitsschätzung erforderliche überzeugende Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung. Ergänzend kann auf die zutreffenden Ausführungen des RAD-Arztes Dr. O. ___ in der Stellungnahme vom 20. März 2017 verwiesen werden (act. G 22.1). Das Privatgutachten bildet allein schon unter dem Gesichtspunkt der mangelhaften Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung keine taugliche Grundlage für die objektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

2.3 Gemäss dem interdisziplinären Gutachten der Rehaklinik Bellikon vom 13. Februar 2015 ist eine Arbeitsunfähigkeit zumindest bezogen auf eine leidensangepasste Tätigkeit nicht ausgewiesen.

2.3.1 Das Privatgutachten vermag den Beweiswert des Administrativgutachtens nicht zu erschüttern, da es selbst nicht die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Expertise erfüllt (siehe vorstehende E. 2.2). Zu beachten ist ausserdem, dass das Privatgutachten im Vergleich zur Einschätzung der Gutachter der Rehaklinik Bellikon im Wesentlichen eine andere psychiatrische Würdigung desselben Sachverhalts bzw. der Leidensangaben und -präsentation darstellt. Davon scheint auch die Beschwerdeführerin auszugehen, wenn sie festhält, „wie unterschiedlich Psychiater



Sachverhalte beurteilen, zeigt vorliegender komplexer Fall“ (act. G 18, S. 3). Es ergeben sich aus der privatgutachterlichen Beurteilung auch keine objektiv relevanten Gesichtspunkte, die der psychiatrische Administrativgutachter ausser Acht gelassen hat. Ergänzend kann auf die Ausführungen des RAD-Arzt Dr. O.____ verwiesen werden (Stellungnahme vom 20. März 2017, act. G 22.1)

2.3.2 Unklar ist, was die Beschwerdeführerin aus dem von ihr kritisierten Informationsverhalten des psychiatrischen Administrativgutachters (act. G 1, Rz 12 ff.) zuungunsten der Beweiskraft des Administrativgutachtens ableiten will, lässt sich doch daraus nichts auf die Qualität der Beurteilung schlussfolgern.

2.3.3 Der vom Administrativgutachten abweichende persönliche Eindruck der Rechtsvertreterin von der Beschwerdeführerin (act. G 1, Rz 17) ist nicht geeignet, einen Mangel an der administrativgutachterlichen Einschätzung zu begründen.

2.3.4 Die Beschwerdeführerin macht ferner sinngemäss geltend, der psychiatrische Administrativgutachter habe sich sachfremd verhalten. Sie habe sich vor ihm gefürchtet und seine Art als demütigend empfunden (act. G 1, Rz 19). Diesbezüglich ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin offenbar mit schweren negativen Gefühlen reagiert, sobald die mit ihr betrauten medizinischen Fachpersonen ihr Verhalten einer kritischen Prüfung unterziehen. So gab sie bezüglich der Untersuchung im Neurozentrum T.____ an (siehe hierzu den Bericht vom 12. Juni 2012, IV-act. 104-2 ff.), es sei „der Horror“ gewesen („nicht wegen der Untersuchung mit den Nadeln, diese sei nicht so schlimm gewesen, sondern weil man so unfreundlich zu ihr gewesen sei und sie sich als Simulantin vorgekommen sei“, IV-act. 101-8 oben). Es ergeben sich zudem aus dem Administrativgutachten keine Hinweise auf ein sachfremdes Verhalten der Experten. Hinsichtlich der Untersuchung der Kopfhaare hat der psychiatrische Administrativgutachter die konkreten Umstände glaubhaft geschildert (IV-act. 203-77). Ein objektiv furchteinflössendes oder demütigendes Verhalten ist nicht ausgewiesen.

2.3.5 Entgegen dem Standpunkt der Beschwerdeführerin (act. G 18, S. 4 f.) hat der psychiatrische Administrativgutachter bei der Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung nicht bloss zwei Umstände herangezogen, sondern die zahlreichen, sich aus den Vorakten ergebenden Hinweise auf Inkonsistenzen und Widersprüche berücksichtigt



(siehe hierzu vorstehende E. 2.1.1 f. und IV-act. 203-110 ff.). Im Übrigen ergeben sich aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin zur Gehunfähigkeit und zu den Anfällen keine objektiven Aspekte, welche den Beweiswert des Administrativgutachtens erschüttern. Wie der RAD-Arzt Dr. O.____ in der Stellungnahme vom 20. März 2017 nachvollziehbar dargelegt hat, ist die Behauptung des Privatgutachters, bei fehlenden Läsionen am Rückenmark und Gehirn könne man bei einer dissoziativen Lähmung erst recht keine Muskelatrophien erwarten, nicht nachvollziehbar (act. G 22.1). Dies umso weniger als die Beschwerdeführerin eine vollständige Gehunfähigkeit beklagt und damit geltend macht, die entsprechenden Muskeln seit Jahren überhaupt nicht mehr in Anspruch zu nehmen (vgl. act. G 18, S. 7). Auch die Kritik des Privatgutachters zur Würdigung der Anfälle durch den Administrativgutachter hat der RAD-Arzt in ausführlicher Diskussion entkräftet. Darauf ist zu verweisen (act. G 22.1). Mit Blick auf die zahlreichen Inkonsistenzen und Widersprüche (siehe vorstehende E. 2.1.1 f.) leuchtet die Betrachtungsweise des psychiatrischen Administrativgutachters ein, dass eine nicht authentische Beschwerde-/Symptompräsentation vorliegt (IV-act. 203-14; siehe auch die Ausführungen in IV-act. 203-98 ff.).

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



Rechtsvertreterin anlässlich der mündlichen Verhandlung keine einseitige Auswahl zulasten der Beschwerdeführerin vorgeworfen werden kann.

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

2.3.8 Bei der Würdigung des Administrativgutachtens ist weiter von Bedeutung, dass es auf eigenständigen, polydisziplinären Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die darin enthaltene Arbeitsfähigkeitsschätzung stützt sich insbesondere auf eine ausführliche und nachvollziehbare Konsistenz- und Plausibilitätsprüfung, die mit der Voraktenlage zu vereinbaren ist. Es bestehen ferner keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, die Beweiskraft des Gutachtens der Rehaklinik Bellikon bzw. der darin enthaltenen Arbeitsfähigkeitsschätzung in Frage zu stellen. Ein weiterer Abklärungsbedarf besteht nicht.

2.3.9 Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Rehaklinik Bellikon ist deshalb davon auszugehen, dass die geltend gemachte quantitative Arbeitsunfähigkeit für



leidensangepasste Tätigkeiten aus objektiver medizinischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung im Sinn von Art. 7 Abs. 2 ATSG zurückgeführt werden kann (IV-act. 203-10 ff.). Eine gesundheitliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ist nicht dargetan (zu den qualitativen Einschränkungen siehe IV-act. 203-13 f.). Daran ändert nichts, dass sich die Beschwerdeführerin in einer schwierigen psychosozialen Situation befindet.

3.

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

4.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit, in der zusätzlich ein im Beschwerdeverfahren eingereichtes psychiatrisches Privatgutachten zu würdigen war und auch eine mündliche



Verhandlung stattgefunden hat, als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen, weshalb die Beschwerdeführerin noch einen Restbetrag von Fr. 400.- zu bezahlen hat. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Den Ausführungen des Privatgutachters fehlt die Beweiskraft, weshalb sie keinen Erkenntnisgewinn für die Beurteilung der vorliegenden Ansprüche lieferten. Ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Entschädigung der Kosten des Privatgutachtens fällt allein schon deshalb ausser Betracht.

Entscheid

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

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