



**Fall-Nr.:** IV 2020/177  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 12.09.2022  
**Entscheiddatum:** 23.05.2022

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.05.2022**

**Art. 29 IVG. Rentenanspruch. Polydisziplinäres Gutachten. Indikatorenprüfung. Unter Ausklammerung von psychosozialen Belastungsfaktoren ist von einer Arbeitsfähigkeit von 70% auszugehen, wodurch kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Mai 2022, IV 2020/177).**

#### **Entscheid vom 23. Mai 2022**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Geschäftsnr.

IV 2020/177

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl,  
Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 27. Oktober 2016 wegen Rücken-, Bein- und Knieschmerzen bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Sie gab an, seit 1990 bei der B.\_\_\_\_ AG als Maschinenführerin tätig zu sein (IV-act. 1, vgl. auch IV-act. 40). Ihr behandelnder Arzt Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, attestierte ihr seit dem 14. November 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf Grund eines Zustands nach Dekompression L2-L5 links im Juni 2016, einer Lumboischialgie links (L3?) bei MR-tomografisch nachgewiesener Rezidivdiskushernie L2/3 links und einer mässigen linkskonvexen Skoliose der LWS (Arztbericht vom 5. Januar 2017; IV-act. 19). Im Bericht vom 29. September 2017 hielt Prof. C.\_\_\_\_ fest, es seien nun sämtliche interventionell therapeutischen und konservativen Therapiemassnahmen zur Neige ausgeschöpft. Eine operative Therapie im Sinne einer multisegmentalen Dekompression werde von ihm nicht durchgeführt. Er habe die Versicherte zu dieser Beurteilung an Dr. D.\_\_\_\_ geschickt, welcher ebenfalls keine ausreichende Operationsindikation sehe (IV-act. 57).

**A.b.** Im Bericht vom 5. Oktober 2017 diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine längere depressive Reaktion auf Belastungs- und Anpassungsstörung bei multiplen somatischen Diagnosen (ICD-10 F43.21) seit Anfang 2017. Alleine aus psychiatrischer Sicht bestehe keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 58). Am 20. Februar 2018 berichteten die Ärzte des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) über die Erstkonsultation der Versicherten. Sie diagnostizierten ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10: F45.41, IV-act. 64).



**A.c.** Am 16., 17. und 22. Oktober 2018 wurde die Versicherte durch Gutachter der SMAB AG St. Gallen orthopädisch/traumatologisch, psychiatrisch, neurologisch und internistisch begutachtet. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestierten die Gutachter ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei rechts-links-konvexer thorakolumbaler Skoliose mit Osteochondrosen LWK 2-5 und Baastrup-Phänomen LWK 3-4. In der angestammten Tätigkeit als Maschinenführerin attestierten sie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, welche seit der Operation vom 15. Juni 2016 nachvollziehbar sei. In leidensangepassten Tätigkeiten bestehe seit Juli 2017 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 88-6 und 88-8). RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ befand das Gutachten als schlüssig (Stellungnahme vom 4. Dezember 2018; IV-act. 89).

**A.d.** Durch Mitteilung vom 14. Dezember 2018 informierte die IV-Stelle die Versicherte, dass das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde (IV-act. 92).

**A.e.** In einer E-Mail vom 25. Februar 2019 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ dem KSSG, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich aus psychiatrischer Sicht erheblich verschlechtert. Die anfänglich längere depressive Reaktion auf Belastungs- und Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21, ED Anfang 2017) sei in eine depressive Episode mittlerer Ausprägung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) übergegangen. Ausserdem liege eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) zu Grunde, was zur Chronifizierung und zu einer schlechten Prognose beitrage. Allein aus psychiatrischer Sicht liege eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2018 vor (IV-act. 98).

**A.f.** Mit Vorbescheid vom 17. April 2019 stellte die IV-Stelle der Versicherten eine Rentenabweisung in Aussicht, da gestützt auf die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 100% in adaptierter Tätigkeit von einem Invaliditätsgrad von 0% auszugehen sei (IV-act. 101). Dagegen liess die Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. K. Gemperli, Einwand erheben. Dieser ersuchte gestützt auf den Kurz-Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 25. Februar 2019 sowie eine funktionsorientierte medizinische Abklärung der MGSG Medizinisches Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH vom 10. Mai 2019 um weitere Abklärungen (IV-act. 104f.).



**A.g.** Infolge des Einwands empfahl RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 21. Juni 2019, bei Dr. E.\_\_\_\_ einen psychiatrischen Verlaufsbericht einzuholen (IV-act. 108). Dieser diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 25. Juli 2019 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) sowie einen Status nach längerer depressiver Reaktion auf Belastungs- und Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21). Die Versicherte sei seit Januar 2019 zunehmend depressiv geworden. Sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer ideal adaptierten sei sie aus psychiatrischer Sicht zu höchstens 50% arbeitsfähig (IV-act. 111).

**A.h.** Im Folgegutachten vom 31. Januar 2020 kamen die SMAB-Gutachter zum Schluss, dass es bei der Versicherten in der Zwischenzeit zur Entwicklung einer mittelgradigen Depression gekommen sei, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30% geführt habe. Diese gelte für jede Art von Tätigkeit (IV-act. 122-10).

**A.i.** Mit Vorbescheid vom 6. Februar 2020 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Ablehnung des Leistungsbegehrens gestützt auf das Gutachten und dem bei einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ermittelten IV-Grad von 29% in Aussicht (IV-act. 126).

**A.j.** Dagegen liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter am 13. März 2020 Einwand erheben. Gestützt auf die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. E.\_\_\_\_ vom 29. Februar 2020 verlangte der Rechtsvertreter die Berücksichtigung einer Arbeitsunfähigkeit von 50% (IV-act. 132).

**A.k.** Mit Stellungnahme vom 1. Mai 2020 ersuchte RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ um Zustellung des Berichts von Dr. E.\_\_\_\_ an die Gutachter, damit sich diese zu den Vorbringen des behandelnden Arztes äussern könnten (IV-act. 133). Im Schreiben vom 25. Mai 2020 hielten die SMAB-Gutachter an ihren Diagnosen und Beurteilungen fest (IV-act. 135). RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ befand diese Ausführungen als nachvollziehbar (Stellungnahme vom 2. Juni 2020; IV-act. 136).

**A.l.** Im Rahmen einer zweiten Anhörung informierte die IV-Stelle den Rechtsvertreter der Versicherten über die neu eingegangenen Dokumente. Gestützt darauf halte sie am bisherigen Entscheid fest, das Leistungsbegehren abzuweisen (Schreiben vom 3. Juni



2020; IV-act. 137). Rechtsanwalt Gemperle erklärte sich im Schreiben vom 18. Juni 2020 mit dem Entscheid nicht einverstanden (IV-act. 138).

**A.m.** Mit Verfügung vom 30. Juni 2020 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren im Sinne des Vorbescheids ab (IV-act. 139).

**B.**

**B.a.** Dagegen richtet sich die vorliegende Beschwerde der Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführerin) vom 31. August 2020 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Zusprache einer mindestens halben Rente; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung macht der Rechtsvertreter geltend, der behandelnde Psychiater bestehe darauf, dass sich gleichzeitig mit der unbestrittenen Depression Ende 2018 eine Dysthymia entwickelt habe. Diese stelle zusammen mit der zusätzlichen depressiven Episode eine Double Depression dar, eine der vier Subtypen der chronischen Depression. Eine Double Depression führe oft zur Chronifizierung, weshalb die Behandlung den Zustand nicht zu verbessern vermöge, sondern schon erfolgreich sei, wenn sie ihn stabilisiere. Der Gutachter habe jedoch von der Behandlung direkt auf den Gesundheitszustand geschlossen und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit nach einer sechsmonatigen Behandlung mit einem Antidepressivum erwartet. Das sei unzulässig und erst recht bei Verkennung der diagnostischen Zusammenhänge. Eine andere Argumentationslinie des Gutachters beziehe sich auf angebliche psychosoziale Belastungsfaktoren. Laut dem Gutachter müssten diese von ihm sogenannten "nicht-medizinisch" begründeten Funktionsstörungen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgezogen werden. So betrage die Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung der psychosozialen Komponente 30%. Mit anderen Worten seien die Funktionsausfälle für die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 50% zwar da, aber es dürften seines Erachtens nur 30% berücksichtigt werden. Dies, weil die dadurch bedingten Funktionsstörungen als medizinisch nicht begründet betrachtet werden müssten. Diese Argumentation sei widersprüchlich und nicht schlüssig, weshalb dem psychiatrischen Gutachten nicht gefolgt werden könne. Nachdem der Gutachter aber zugestehe, dass er dem Behandler an sich folge und von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgehe, jedoch wegen (vermeintlicher) psychosozialer Belastungsfaktoren 20% abgezogen habe,



## St.Galler Gerichte

brauche es keine weiteren medizinischen Abklärungen, sondern es könne von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgegangen werden. Dies führe zur Zusprechung einer halben Rente (act. G 1).

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung. Sie führt im Wesentlichen aus, der psychiatrische Gutachter habe im Einklang mit der Rechtsprechung daran festgehalten, dass allein aus einer Diagnose nicht direkt auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen werden dürfe. Zudem dürfe die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht ausschliesslich defizitorientiert erfolgen, sondern es müssten auch allfällig vorhandene Ressourcen, die psychosozialen Rahmenbedingungen und das Aktivitätsniveau im Alltag berücksichtigt werden. Demgegenüber habe sich Dr. E.\_\_\_\_ bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einzig auf seine diagnostische Einschätzung abgestützt, was nicht zulässig sei (act. G 4).

**B.c.** Mit Replik vom 17. Februar 2021 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 10).

**B.d.** Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 12).

Auf die weiteren Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

## Erwägungen

### 1.

**1.1.** Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu beurteilen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

**1.2.** Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der dazugehörigen Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu



Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben, und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 30. Juni 2020) eingetretenen Sachverhalt abstellt, sind im vorliegenden Fall die bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen materiellen Bestimmungen anwendbar (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit weiteren Hinweisen). Sie werden nachfolgend in dieser Fassung zitiert.

**1.3.** Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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).

**1.4.** 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG).

**1.5.** 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.



**1.6.** 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 der medizinischen Fachpersonen 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 medizinischen Berichts ist entscheidend, ob er 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 begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Ebenfalls ist bei der Würdigung der medizinischen Aktenlage der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt für Hausärzte wie auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (vgl. statt vieler: Entscheide des Bundesgerichts vom 3. Mai 2021, 8C\_164/2021, E. 3.2.1, und vom 17. Februar 2021, 8C\_783/2020, E. 5.2, je mit Hinweisen).

## 2.

**2.1.** Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu prüfen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht spruchreif abgeklärt wurde. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Entscheidungsfindung auf das Folgegutachten des SMAB vom 31. Januar 2020 sowie auf die Stellungnahme derselben Gutachter vom 25. Mai 2020 (IV-act. 122 und 135). Demgegenüber hält die Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeitsschätzung ihres behandelnden Psychiaters Dr. E. \_\_\_ für massgebend (vgl. u.a. IV-act. 132). Nicht umstritten ist die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von 100% aus somatischer Sicht. Vorab ist sodann festzuhalten, dass das Gutachten die von der Rechtsprechung geforderten Kriterien erfüllt.



**2.2.** Im Folgegutachten vom 31. Januar 2020 diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (im Rahmen der letzten Tätigkeit) eine mittelgradige depressive Episode, unvollständig remittiert (ICD-10: F32.4), sowie ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei rechts-links-konvexer thorakolumbalen Skoliose mit Osteochondrosen LWK 2 bis 5 und Baastrup-Phänomen LWK3/4. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (im Rahmen der letzten Tätigkeit) seien eine Rhizarthrose links, eine geringe Fasziiitis plantaris links, eine arterielle Hypertonie, ein Status nach CTS-Operation beidseits, Adipositas (BMI 34.8 kg/m<sup>2</sup>) sowie eine Hypercholesterinämie. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, führten die krankheitswertigen psychischen Beeinträchtigungen durch die Depression in ihrem Zusammenspiel zu einer erheblichen Einschränkung der psychomentalen Ausdauer und Belastbarkeit der Versicherten. Da diese Auswirkungen zu einer globalen Einschränkung der Funktionsfähigkeit führen würden, seien sie praktisch für jede Art von Tätigkeit relevant. Die belastungsabhängig auftretenden Rückenschmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in beide Beine führten dazu, dass das Belastungsprofil der letzten Tätigkeit als Maschinenführerin das Restleistungsvermögen der Beschwerdeführerin dauerhaft übersteige. Sie bedingten jedoch keine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 122-7). Sodann verfüge die Beschwerdeführerin über gute Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Interaktionskompetenz, Regressionsfähigkeit und Intentionalität. Sie sei durchaus in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren, um allfällige Hindernisse bei der Bewältigung von Aufgaben zu überwinden. Das unmittelbare soziale Umfeld sei intakt, das Zusammenleben mit ihrem Ehemann und ihrer Tochter gelte als interpersonelle Ressource. Als Belastungsfaktoren berücksichtigte Dr. G.\_\_\_\_ einen krankheitsbedingten Rückzug aus vielen sozialen Bereichen. Als psychosoziale Belastungen mit direkt negativen funktionellen Folgen seien der Verlust der Eltern und die anhaltende Arbeitslosigkeit zu nennen. Diese nicht-medizinisch begründeten Funktionsstörungen würden bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert. Hinsichtlich des Belastungsprofils seien körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule und ohne häufiges Bücken zumutbar. Psychiatrisch lasse sich keine leidensadaptierte Tätigkeit definieren, da die depressionsbedingten Beeinträchtigungen praktisch für jede Art von Tätigkeit relevant und behindernd seien. Theoretisch könne in sehr anspruchsvollen Tätigkeiten die Arbeitsfähigkeit schlechter sein als in weniger anspruchsvollen, z.B. in hohen Kaderpositionen (mit sehr hoher Leistungserwartung/Sozialkompetenz und viel



Verantwortung), im Verkauf (bei viel geforderter Eigeninitiative, vielem Autofahren, hohem Stressniveau) und bei Arbeiten an gefährlichen Maschinen (IV-act. 122-8).

**2.3.** Von beiden Seiten unbestritten blieb die Feststellung der Gutachter, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit seit der Operation vom 15. Juni 2016 zu 100% arbeitsunfähig sei. In leidensadaptierten Tätigkeiten gingen die Gutachter davon aus, die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit sei seit Ende 2018 begründbar. Dazumal habe sie wahrscheinlich in einer Grössenordnung von 50 % gelegen. Im weiteren Verlauf sei es zu einer sukzessiven Abnahme der Arbeitsunfähigkeit gekommen. Eine punktuelle Terminierung sei aber insofern nicht möglich. Es könne jedoch erwartet werden, dass die Beschwerdeführerin nach einer sechsmonatigen Behandlung mit einem Antidepressivum und bei begleitender Psychotherapie ein deutlich besseres Funktionsniveau erreicht habe. Somit dürfe die aktuelle Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in leidensadaptierten Tätigkeiten seit spätestens Mitte 2019 gelten (IV-act. 122-9).

**2.4.** Weiter nahm der psychiatrische Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ im Folgegutachten zur E-Mail des Behandlers Dr. E.\_\_\_\_ vom 25. Februar 2019 dahingehend Stellung, als er die dort genannte Dysthymia (anhaltende, leichte chronische Depression mit zwischenzeitlichen Schwankungen) nicht bestätigen konnte. Bestätigen könne er lediglich die mittelgradige Depression. Die ebenfalls angegebene Arbeitsunfähigkeit von 50 % möge dazumal zugetroffen haben. Bei der Angabe, dass diese Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2018 bestehe, dürfte es sich aber um einen Tippfehler handeln, da wahrscheinlich Januar 2019 gemeint sei. So habe sich Dr. E.\_\_\_\_ auch in seinem Verlaufsbericht vom 25. Juli 2019 geäussert. Allerdings sei dort weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % ausgegangen worden, was nach einer über sechs Monate langen Behandlung doch verwundere und irritiere. Unverstanden bleibe auch die abschliessende Bemerkung, dass die Prognose unsicher sei. Immerhin handle es sich um eine potentiell behandelbare Erkrankung (IV-act. 122-25). RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ befand am 5. Februar 2020, dass das SMAB-Gutachten den versicherungsmedizinischen Anforderungen entspreche und darauf abgestellt werden könne (IV-act. 124-3).

**2.5.** Demgegenüber argumentierte Dr. E.\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 29. Februar 2020, es sei nicht nachvollziehbar, dass es im weiteren Verlauf nach Ende 2018 zu einer sukzessiven Abnahme der Arbeitsunfähigkeit gekommen sei und schlussendlich eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % für jede Art von Tätigkeit resultiere. Der Verlust der Eltern (der Vater der Beschwerdeführerin sei vor zehn Jahren, die Mutter vor vier Jahren gestorben) bzw. deren Vermissen könne in keiner Weise als psychosoziale Belastung



mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft werden. Es seien menschliche Gefühlsregungen, die als solche respektiert und nicht pathologisiert werden sollten. Ausserdem klinge es geradezu zynisch, die Arbeitslosigkeit im psychopathologischen Zustand integrieren zu wollen, wenn die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei und die krankheitswertigen psychischen Beeinträchtigungen durch die Depression zu einer globalen Einschränkung der Funktionsfähigkeit führten, da sie damit praktisch für jede Art von Tätigkeit relevant seien. Sodann werde die Dysthymia nicht bestätigt und auch nicht weiter auf diese Diagnose eingegangen; eine entsprechende Anamneseerhebung finde nicht statt. Doch erzähle die Beschwerdeführerin, dass sie bereits im Alter von 13 Jahren die Schule habe aufgeben müssen, um zu Hause zu helfen, und dass sie unter dem aggressiven Verhalten des Vaters der Mutter gegenüber immer sehr gelitten habe. Seit jener Zeit mache sie immer wieder Phasen von einer tiefliegenden Traurigkeit und innerer Zerrissenheit durch. Diese Phasen würden begleitet von Freudlosigkeit, Insuffizienzgefühlen, Grübeleien, Pessimismus und diffusen Ängsten. Laut ICD-10 F34.1 handle es sich bei der Dysthymia um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder hinreichend schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten depressiven Störung (F33) zu erfüllen. Die Kriterien zur Diagnosestellung einer Dysthymia seien bei der Beschwerdeführerin erfüllt. Die Symptome der mittelgradigen depressiven Episode, unvollständig remittiert (ICD-10 F32.4), gingen mit denen der Dysthymia (ICD-10 F34.1) einher. Die Dysthymia mit zusätzlich depressiver Episode, stelle eine Double Depression dar, eine der vier Subtypen der chronischen Depression, welche aus fachärztlicher Sicht bekannt, den therapeutischen Zugang erschweren. Obgleich die Beschwerdeführerin adäquat und leitliniengerecht psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werde, habe die Behandlung bisher zu keiner wesentlichen Besserung ihres psychopathologischen Zustands geführt. Insgesamt liege eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor, welche seit Januar 2019 attestiert werde (IV-act. 132-4f.).

**2.6.** Hinsichtlich dieser Kritik am Folgegutachten führten die SMAB-Gutachter in der Stellungnahme vom 25. Mai 2020 aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht lasse eine Diagnose per se nicht auf die Höhe der Arbeitsunfähigkeit schliessen. Daher bedeute die Diagnose mittelgradige Depression nicht automatisch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Ausserdem solle die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht ausschliesslich defizitorientiert erfolgen, sondern auch allfällig vorhandene Ressourcen, die psychosozialen Rahmenbedingungen und das Aktivitätsniveau im Alltag berücksichtigen. Im Übrigen erscheine es nicht plausibel, dass wiederholte



psychopharmakologische Behandlungen, begleitet von Psychotherapie (seit Ende 2018) zu keinerlei Veränderung der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin geführt haben sollten, womit ja eine gleichbleibend hohe Arbeitsunfähigkeit begründet werde. Demgegenüber habe die Beschwerdeführerin selber angegeben, sich im Vergleich zur Situation Ende 2018 in psychischer Hinsicht unterschiedlich entwickelt zu haben. Die Schwierigkeiten mit dem Charakter seien jedenfalls etwas besser geworden, wobei sie immer noch manchmal schreie. Nach Angaben der Beschwerdeführerin scheine sie weiterhin unter dem Verlust der Eltern zu leiden. Entsprechende Auswirkungen auf die Psychopathologie könnten durchaus angenommen werden, die dadurch bedingten Funktionsstörungen müssten als medizinisch nicht begründet betrachtet werden. Auch das Leiden unter der Arbeitslosigkeit bzw., dass die Beschwerdeführerin dadurch in ihrer Stimmung und ihrem Elan und Antrieb beeinträchtigt sei, gehöre in die Psychopathologie. Hier werde allerdings lediglich eine Überlappung mit durchaus krankheitswertigen Beeinträchtigungen durch die Depression angenommen. Deshalb werde auch die Diagnose mittelgradige Depression bestätigt. Was die Dysthymia angehe, so habe die Beschwerdeführerin mit einer solchen allfälligen Diagnose jahrelang ohne Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und ohne wiederholte Absenzen gearbeitet. Auch wenn eine solche Diagnose unbedingt angenommen werden solle, ändere dies nichts an der versicherungsmedizinischen Beurteilung, da es letztlich um die Beurteilung der krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen und deren Relevanz für die berufsbezogene Leistungsfähigkeit gehe. Auch sei im Gutachten keine Rede davon gewesen, dass die Behandlung nicht leitliniengerecht sei. Es sei lediglich festgestellt worden, dass es trotz der dazumaligen Behandlung nicht zu einem weitgehenden Rückgang der Krankheitssymptome oder gar zu einer Remission gekommen sei. Auch nach erneuter, kritischer Durchsicht des Gutachtens könne keine andere Einschätzung abgegeben werden (IV-act. 135). Diese Ausführungen erscheinen plausibel.

**2.7.** Wie auch der RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ am 2. Juni 2020 feststellte, erschienen die Ausführungen des Psychiaters Dr. E.\_\_\_\_ nicht geeignet, dazu zu führen, dass die Einschätzungen des Gutachtens abgeändert werden müssten. Vielmehr schloss sich der RAD ohne Zweifel zu äussern vollumfänglich den Ausführungen des SMAB-Gutachtens an (IV-act. 136).

### **3.**

**3.1.** Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin argumentiert, dass die Folgerung des psychiatrischen Gutachtens nicht schlüssig sei. So schliesse er einerseits für die Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit von der Behandlung direkt auf den



Gesundheitszustand und verkenne zudem die diagnostischen Zusammenhänge einer Dysthymia mit zusätzlicher depressiver Episode. Andererseits gehe er zwar von Funktionsausfällen aus, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % begründen würden, berücksichtige aber nur 30 % davon, weil "die dadurch bedingten Funktionsstörungen ... als medizinisch nicht begründet betrachtet" werden müssten (vgl. act. G 1, S. 3f.).

**3.2.** Vorliegend sind sich alle involvierten (behandelnde und begutachtende) Ärzte darin einig, dass die Beschwerdeführerin an einer depressiven Symptomatik leidet. Einzig betreffend die Diagnose einer Dysthymia bzw. einer Double Depression und die Auswirkungen des psychiatrischen Leidens auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin bestehen unterschiedliche Ansichten. Allerdings ist mit den Gutachtern (Stellungnahme vom 25. Mai 2020, IV-act. 135) anzumerken, dass Dr. E.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Verlaufsbericht vom 25. Juli 2019 noch keine Dysthymia, sondern eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11, IV-act. 111-2) - also fast dieselbe Diagnose wie der psychiatrische Gutachter (IV-act. 122-24) -, diagnostiziert hatte. Des Weiteren gilt zu beachten, dass aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht letztlich nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend ist, sondern deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer Diagnose - mit oder ohne diagnoseinhärentem Bezug zum Schweregrad - allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbussen bei psychischen Störungen (Urteil des Bundesgerichtes vom 17. November 2021, 8C\_280/2021, E. 6.2.2 mit Hinweisen).

**3.3.** Die von Dr. E.\_\_\_\_ im Arztbericht vom 25. Juli 2019 erhobenen Befunde und diejenigen des psychiatrischen Gutachters sind im Wesentlichen übereinstimmend. So befanden beide, dass das Denken der Beschwerdeführerin eingeeengt auf ihr Schicksal sei, die Auffassung intakt, kein Wahn oder Halluzinationen vorliegen würden, sie im Affekt niedergeschlagen, die Mimik angemessen und die emotionale Regung etwas angespannter sei. Einzig hinsichtlich der Konzentration und der Aufmerksamkeit hielt Dr. E.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin für beeinträchtigt und erwähnt ausgeprägte Ängste. Diese Unterschiede können sich allerdings durch die verschiedenen Untersuchungszeitpunkte erklären lassen. Jedenfalls führte der psychiatrische Gutachter die für seine psychiatrische Beurteilung massgebende klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Verhaltensbeobachtung und Befunderhebung entsprechend den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP, 3. Aufl., 16. Juni 2016, unter: <https://www.psychiatrie.ch>, unter: Fachleute und Kommissionen /



Leitlinien) durch. Überdies sind beim Vorliegen einer Depression nicht nur die Befunde und die Arbeitsfähigkeitsschätzung alleine massgebend, vielmehr ist eine Indikatorenprüfung (siehe Gutachten IV-act. 122-8 und 25 f.) vorzunehmen (nachfolgende E. 4). Im Gegensatz dazu äusserte sich Dr. E.\_\_\_\_ lediglich zu den Defiziten im Alltag, beachtete die Konsistenz der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beeinträchtigungen jedoch nicht.

#### 4.

**4.1.** Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen), psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 145 V 226 E. 6; BGE 143 V 429 E. 7.2; BGE 141 V 294 f., E. 3.5 f. und S. 298, E. 4.2). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427 E. 6a. E.). Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen (BGE 145 V 361 E. 4.3; BGE 143 V 418 E. 6). Auch im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 gilt der Grundsatz, wonach das Invalidenversicherungsrecht soziale Faktoren so weit ausklammert, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden hingegen auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1). Soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie mithin ausser Acht (BGE 141 V 281 E. 3.4.3.3). Psychosoziale Belastungsfaktoren können jedoch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern (Urteil des Bundesgericht vom 7. Oktober 2019, 9C\_371/2019, E. 5.1.3).

**4.2.** Zur Kategorie des funktionellen Schweregrads, welcher sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen beurteilt und insbesondere danach, wie stark die



versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (Urteil des Bundesgerichtes vom 30. November 2017, 8C\_130/2017, E. 5.2.2 f.), bzw. zum Aspekt des Ausprägungsgrads der Gesundheitsschädigung lassen sich dem Folgegutachten bzw. der Stellungnahme vom 25. Mai 2020 folgende Informationen entnehmen: Die krankheitswertigen psychischen Beeinträchtigungen würden zu einer erheblichen Einschränkung der psychomentalen Ausdauer und Belastbarkeit führen (IV-act. 122-23). Allerdings hält der Gutachter die vom Behandler attestierte 50 %-ige Arbeitsfähigkeit für nicht plausibel. Die wiederholten pharmakologischen Behandlungen, begleitet von Psychotherapie, könnten nicht zu gar keiner Veränderung der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin geführt haben (IV-act. 135). Weiter erachtet der Gutachter eine deutliche Besserung des psychischen Gesundheitszustandes spätestens innert eines Jahres als nicht unwahrscheinlich. Die Prognose war damit günstig.

**4.3.** In Bezug auf die Kategorie "Konsistenz" berichtet der psychiatrische Gutachter, dass die angegebenen Beschwerden und das Verhalten während der Untersuchung konsistent und in Bezug auf die Alltagsaktivitäten nachvollziehbar seien (IV-act. 122-25). Der Tagesablauf ist soweit strukturiert. Er beschränkt sich allerdings auf das Einnehmen von Mahlzeiten, Spazieren, Rumliegen und Schlafen. Zu ihren Freizeitaktivitäten zählte die Beschwerdeführerin das Lesen, wobei sie das nur ab und zu könne, und das Fernsehschauen. Bezüglich sozialer Kontakte gab sie an, nebst der Familie noch wenige Kollegen zu haben (IV-act. 122-19). Bei der Therapie und der Medikamenteneinnahme besteht eine gute Kooperation, was gemäss Gutachter auf einen tatsächlich gegebenen Leidensdruck schliessen lasse (IV-act. 122-25).

#### **4.4.**

**4.4.1.** Betreffend die Ressourcen und damit die Frage, welche Faktoren sich positiv auf das Leistungsvermögen der versicherten Person auswirken, ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über gute Ressourcen verfügt (vgl. IV-act. 122-8 und E. 2.2). Das familiäre Umfeld gilt als Ressource. Demgegenüber stellte der Gutachter als Belastungsfaktoren einen krankheitsbedingten Rückzug aus vielen sozialen Bereichen fest (IV-act. 122-8). Anlässlich der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin zudem darauf hingewiesen, unter dem Verlust der Eltern und der anhaltenden Arbeitslosigkeit zu leiden. Ihre eigene Erklärung für ihren depressiven Zustand sei der Verlust zweier Sachen, die ihr immer wichtig gewesen seien: Familie und Arbeit. Folglich scheine die Beschwerdeführerin weiterhin unter dem Verlust der Eltern zu leiden und entsprechende Auswirkungen auf die Psychopathologie könnten



durchaus angenommen werden (IV-act. 135-2). Der Gutachter ordnete beide Belastungsfaktoren als psychosoziale Belastungen mit direkt negativen funktionellen Folgen ein (IV-act. 122-8).

**4.4.2.** Im Gegensatz dazu hielt Dr. E.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin im Alltag für schwer beeinträchtigt. Gemäss seinen Angaben war sie nicht in der Lage, sich an Regeln zu halten oder sich in Organisationsabläufe einzufügen. Die Fähigkeit, den Tag und/oder ausstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren sei schwer beeinträchtigt, ebenso die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit. Die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen sowie zur Umsetzung von Fach- und Lebenswissen gemäss Rollenerwartungen an einem Arbeitsplatz sei schwer bis vollständig beeinträchtigt. Die Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit seien schwer eingeschränkt. Weiter sei die Kontaktfähigkeit zu Dritten, wie auch die Gruppenfähigkeit schwer beeinträchtigt (IV-act. 111-2 Ziff. 4)

**4.4.3.** Die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ sind nicht nachvollziehbar, da - wie bereits in der Indikatorenprüfung ausgeführt - die Beschwerdeführerin den Alltag soweit in einem normalen Rahmen bewältigen kann und sie einen guten Kontakt zu den Familienmitgliedern hat. Gemäss Mini-ICF-APP ist die Beschwerdeführerin lediglich in vier Fähigkeiten (Flexibilität und Umstellfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Spontanaktivitäten und Durchhaltefähigkeit) mittelgradig, in einer Fähigkeit (Planung und Strukturierung von Aufgaben) leicht und in allen anderen Bereichen überhaupt nicht beeinträchtigt (z.B. in der Kontaktfähigkeit zu Dritten oder der Anpassung an Regeln und Routinen; IV-act. 122-26). So kam Dr. G.\_\_\_\_ nachvollziehbar zum Schluss, die Beschwerdeführerin berichte von Beeinträchtigungen und zeige Symptome, die durchaus auf eine mittelgradig ausgeprägte Depression schliessen liessen. Entsprechend sei auch der psychopathologische Befund ausgefallen. Auch ihr Aktivitätsniveau untermauere diese diagnostische Annahme. Nach zusätzlicher Berücksichtigung des Saldos aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen lasse sich aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % annehmen. Diese gelte für jede Art von Tätigkeit (IV-act. 122-26). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Gutachter im Bestreben, eine möglichst objektive bzw. medizinisch-wirklichkeitsgetreue Beurteilung der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorzunehmen, eine überzeugende Konsistenz- und Ressourcenprüfung vorgenommen haben. Insgesamt zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin in allen Lebensbereichen in einem gewissen Mass eingeschränkt ist. Die Arbeitsfähigkeit wurde damit entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht rein aufgrund der erwähnten psychosozialen Belastungen tiefer eingeschätzt,



## St.Galler Gerichte

sondern unter Berücksichtigung der Indikatoren. Im Gegensatz dazu vermag die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen. Es fehlt an einer kritischen Würdigung der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin bzw. von deren Leidensangaben und an der Berücksichtigung der massgebenden Indikatoren. Jedenfalls ergeben sich aus seiner Beurteilung keine objektiv relevanten Gesichtspunkte, die der psychiatrische Gutachter übersehen hätte. Vielmehr handelt es sich bei der Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ bloss um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts. In Würdigung der gesamten Umstände gibt es keine Veranlassung, nicht auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung von 70 % in adaptierter Tätigkeit abzustellen.

### 5.

Folglich ist das Gutachten des SMAB vom 31. Januar 2020 in sich schlüssig und nachvollziehbar, weshalb für den Rentenentscheid darauf abgestellt werden kann. Nachdem unter Berücksichtigung der gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten von 70 % und bei einem unbestrittenen Einkommensvergleich seit Mitte 2019 ein Invaliditätsgrad von 29 % resultiert, ist die rentenabweisende Verfügung nicht zu beanstanden.

### 6.

Gemäss den vorstehenden Erwägungen 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<sup>bis</sup> IVG). Gerichtskosten von Fr. 600.-- erscheinen in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu tragen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet. Bei diesem Verfahrensausgang mangels Obsiegens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario i.V.m. Art. 98 Abs. 1 und 98<sup>bis</sup> VRP).

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet.