

SO_GERICHTE VSBES.2021.117 vom 4. Oktober 2021

SO Obergericht, 2021-10-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.117_d20211004

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.117 du 4 octobre 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.117 del 4 ottobre 2021

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 50

% einsatzfähig. In der Folge sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin wiederum berufliche Massnahmen zu und veranlasste bei der D.____ ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Gastroenterologie, Innere Medizin, Neuropsychologie und Psychiatrie. Im Gutachtensbericht vom 18. November 2019 (IV-Nr. 102.1) kamen die Gutachter zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Nach der Zusprechung weiterer beruflicher Massnahmen in Form eines Arbeitsversuchs (IV-Nr. 129) und eines Aufbautrainings (IV-Nr. 152) wies die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 131) bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 35 % mit Verfügung vom 6. Mai 2021 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) ab. 2. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 5. Juli 2021 (A.S. 7 ff.) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Es sei die Verfügung vom 5. Mai 2021 aufzuheben. 2. Es sei der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auszurichten. 3. Eventualiter seien weitere Sachverhaltsabklärungen zu treffen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. 3. Mit Eingabe vom 27. August 2021 (A.S. 18) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 4. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Bezüglich der Fristeinhaltung wird zudem ergänzend auf das Schreiben der Beschwerdegegnerin an die Vertreterin der Beschwerdeführerin vom 8. Juni 2021 (A.S. 6) verwiesen, worin die Beschwerdegegnerin festhielt, die Verfügung vom 6. Mai 2021 irrtümlich zuerst an die Beschwerdeführerin und erst am 8. Juni 2021 an die Vertreterin geschickt zu haben. Demnach begann die Beschwerdefrist frühestens am 9. Juni 2021 zu laufen. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die

Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI

1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. 4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin seien gemäss Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) insbesondere polydisziplinäre und psychiatrische Gutachten vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zu prüfen. Dies sei vorliegend unterlassen worden. Es liege zwar eine Stellungnahme des RAD vom 22. Januar 2020 vor, diese stamme allerdings nicht von einem Psychiater, sondern von einer Fachärztin für Allgemein- und Arbeitsmedizin. Sodann sei das psychiatrische Teilgutachten nicht schlüssig. Es seien dem psychiatrischen Gutachter wenige und vor allem keine aktuellen medizinischen Unterlagen der behandelnden Fachärzte zur Verfügung gestanden. Der Psychiater der D.____ würdige denn auch den Bericht des behandelnden Psychiaters, med. pract. E.____, und der behandelnden Psychologin, Frau F.____, nicht. Er äussere sich zur Beurteilung von Dr. med. C.____, bei welchem die Beschwerdeführerin schon lange vor der Begutachtung nicht mehr in Behandlung gewesen sei. Die Einwendung der Beschwerdegegnerin, dass es Sache der Gutachter gewesen wäre, weitere Auskünfte einzuholen, sei nicht stichhaltig, da es hier nicht um eine Fremdanamnese gehe. Es sei vielmehr Aufgabe der Beschwerdegegnerin, den Gutachtern vollständige Akten zur Verfügung zu stellen. Falsch sei auch die Aussage der Beschwerdegegnerin, dass die Berichte des behandelnden Psychiaters, med. pract. E.____, berücksichtigt worden seien. Unter Ziffer 7.4 erwähne der Gutachter diese Berichte mit keinem Wort. Es sei weiter zu befürchten, dass er die Berichte überhaupt nicht gelesen habe, sonst hätte er sich nicht über die Verdachtsdiagnose ADHS ausgelassen, eine Diagnose, die med. pract. E.____ nicht zur Diskussion gestellt habe. Des Weiteren hätten dem Gutachter Informationen gefehlt, um die verlangte Ressourcenprüfung vorzunehmen. Unter Ziffer 7.4 hätte sich der psychiatrische Gutachter zu den Funktions- und Fähigkeitsstörungen sowie den vorhandenen Ressourcen und Belastungen mit kritischer Würdigung des Längsschnittverlaufes, der Selbsteinschätzung, der Persönlichkeit und der Kooperationsbereitschaft der Beschwerdeführerin äussern müssen. Erstellt sei, dass die Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt sei. Weiter erachte der Gutachter die psychiatrische Behandlung für angemessen. Die Beschwerdeführerin sei minderbelastbar und müsse Stress, Zeitdruck und Konflikte meiden, auch dies sei aktenkundig. Das gutachterlich attestierte Pensum von 80 % sei viel zu hoch, habe sich doch im Aufbautraining gezeigt, dass sich die Beschwerdeführerin nur auf 50 % steigern können. Grund seien die Konzentrationsschwierigkeiten, die Müdigkeit und die fehlende Belastbarkeit. Auch der Gutachter halte fest, dass Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck nicht möglich seien und Stressoren vermieden werden müssten. Weiter sollte das Arbeitsklima möglichst wertschätzend sein. Selbstredend erfülle eine Arbeit im Bereich Journalismus diese Vorgabe nicht, weshalb fraglich sei, ob in der angestammten Tätigkeit überhaupt noch eine Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Sodann sei eine angepasste Tätigkeit gemäss Gutachter eine Tätigkeit durchschnittlicher geistiger Art mit durchschnittlichem Verantwortungsbereich ohne Zeitdruck, ohne Stressoren und ohne besondere Anforderung an die Konfliktfähigkeit. Auch die Neuropsychologin äussere sich in diesem Sinne. Eine Antwort, warum trotz dieser starken Einschränkungen eine angepasste Tätigkeit zu 80 % möglich sein solle, lasse sich im Gutachten nicht finden. Dieses Pensum sei viel zu hoch; es sei vielmehr der Einschätzung der behandelnden Ärzte zu folgen, die eine Arbeitsfähigkeit von maximal

50 % bis 60 % für zumutbar erachteten. Ebenfalls nicht korrekt sei der Beginn der Arbeitsfähigkeitseinschätzung im September 2018. Zu diesem Zeitpunkt sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben gewesen und habe Krankentaggelder bezogen: Ab 1. Dezember 2019 bis am 30. Juni 2020 habe sie mit Unterstützung der Beschwerdegegnerin einen Arbeitsversuch gemacht. Somit sei die Beschwerdeführerin ab September 2018 arbeitsunfähig gewesen, weshalb ein Rentenanspruch entstanden sei. Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen fälschlicherweise die Zahlen von Tabelle T17, Ziffer 41, angewandt. Die Anforderungen an dieses Profil seien zu hoch. Die Beschwerdeführerin habe sich mit Unterstützung der Beschwerdegegnerin zur Assistentin Marketing / Kommunikation ausbilden lassen. Eine solche Tätigkeit sei im Bereich «Information und Kommunikation» nicht mehr möglich, weshalb die Versicherte ihr jahrelang im Journalismus angeeignetes grosses Wissen nicht mehr einsetzen könne. Die Anforderungen an eine Assistentin, die in einem ruhigen und überschaubaren Arbeitsumfeld arbeiten müsse, entsprächen maximal Kompetenzniveau 2, das z.B. Administrationstätigkeiten beinhalte. Es seien deshalb die Einkommen von Tabelle TA1, sonstige wirtschaftlichen Dienstleistungen (Ziffern 77 – 82) heranzuziehen. Bei einem Einkommen von durchschnittlich CHF 4'727.00 erziele die Versicherte ein Invalideneinkommen von CHF 48'107.00 (bei 80 %). Weiter sei eine Kürzung bzw. ein leidensbedingter Abzug von mindestens 5 % zu gewähren, da die Beschwerdeführerin infolge ihrer Konzentrationsstörungen und der chronischen Müdigkeit vermehrt Pausen benötige. Diese seien mit 15 % zu veranschlagen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, nach einer vorübergehend eingeschränkten Arbeitsfähigkeit bestehe bei der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Redaktorin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab September 2018. Eine Tätigkeit durchschnittlicher geistiger Art mit durchschnittlichen Verantwortungsbereichen ohne besonderen Zeldruck, ohne besondere Stressoren und ohne besondere Anforderung an die Konfliktfähigkeit in einem möglichst wertschätzenden Setting sei ihr in einem 80%-Pensum zumutbar. Es sei ihr somit weiterhin möglich, ein renten-ausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Bezüglich der Einwendung, dass die medizinischen Akten, welche den Gutachtern zur Verfügung gestanden seien, nicht vollständig gewesen seien, da die aktuell behandelnden Fachärzte nicht angefragt worden seien, sei festzuhalten, dass es im Ermessen der Gutachter liege, weitere Einkünfte bei behandelnden Ärzten einzuholen (Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2). Im vorliegenden Fall hätten Berichte des ehemals behandelnden Psychiaters Dr. med. C.____ wie auch des aktuell behandelnden Psychiaters med. pract. E.____ vorgelegen. Diese Berichte seien bei der Erstellung des Gutachtens berücksichtigt worden. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. G.____ habe in seinem Teilgutachten auf Seite 27 zudem festgehalten, dass aus seiner Sicht die Einholung einer Fremdanamnese nicht angezeigt sei und auch die Versicherte habe zu keinem Zeitpunkt den Wunsch geäussert, dass fremdanamnestische Angaben eingeholt werden sollten. Bezüglich des Invalideneinkommens sei schliesslich festzuhalten, dass aufgrund kaufmännischer Ausbildung und entsprechender Weiterbildungen der Beschwerdeführerin, wie auch ihres bisherigen beruflichen Werdegangs, davon auszugehen sei, dass sie nach wie vor in einer Tätigkeit arbeitsfähig sei, in der sie ihre bisherigen beruflichen Kenntnisse nutzen könne. Somit werde auf die Tabelle T17 abgestellt, welche bei kaufmännischen Berufen standardmässig zur Anwendung gelange. Der Beschwerdeführerin seien weiterhin allgemeine Büro- und Sekretariatsarbeiten zumutbar. Deshalb werde auf die Ziffer 41 Total Frauen der Tabelle T17 abgestellt. 5. Streitig und

zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenabweisungsverfügung – vorliegend am 26. Februar 2018 – bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 6. Mai 2021 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). Da aber die Rentenabweisung mit Verfügung vom 26. Februar 2018 nicht aufgrund einer umfassenden Beurteilung der medizinischen Akten erfolgte, sondern aufgrund dessen, dass die Beschwerdeführerin nach durchgeführten medizinischen Massnahmen per 1. Januar 2018 eine Anstellung beim B.____ als Redaktorin für die regionale Wochenzeitung erhielt und damit als erfolgreich eingegliedert galt, kann vorliegend ein Sachverhaltsvergleich unterbleiben. Vielmehr ist die Neuanmeldung vom 12. Oktober 2018 wie eine Erstanmeldung zu behandeln. Bezüglich der vorerwähnten strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang: 5.1 Im Bericht des H.____ vom 20. September 2018 (IV-Nr. 64 S 9 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. St. n. orthotoper Lebertransplantation am 22. März 2016 bei primär biliärer Cholangitis · OLT (piggy back Technik) mit Hepatikojejunostomie · CMV Status (S+/E-), EBV Status (S+/E+); prophylaktisch Valcyte (03/16-10/16) · 31. Mai – 21. Juni 2016: Stationärer Aufenthalt bei CMV-Infektion und Agranulozytose · CMV-PCR am 7. September 2016 und 14. Oktober 2016 negativ · Immunsuppression: Tacrolimus (Advagraf), Zielspiegel 6-8 ng/ml · Hepatitis B Impfschutz vorhanden, HAV-IgG positiv (03/2016) · 19. September 2018: Tacrolimus-Talspiegel 7.4 ng/ml unter 4 mg Advagraf 1-0-0 2. Ultra-Short-Barrett-Ösophagus · 10/2014 ÖGO: Ultra-short-Segment Barrett Prague COM1: Gewebeplus Bulbusausgang, hinterwandseitig · 10/2014 Histologie (B2014.52871), Biopsie Bulbusausgang Gewebeplus: Duodenalschleimhaut mit prominenten Brunnerschen Drüsen, gastrischer Metaplasie sowie fokal gering aktiver Entzündung. Ausserdem fokal pankreatische Heterotopie. Kein Nachweis von Lamblien, Morbus Whipple oder Sprue. Keine Dysplasie oder Malignität. Immunhistochemische Untersuchungen: noduläre Zellverbände als Anteile pankreatischen Gewebes. Kein neuroendokriner Tumor. Befund weiterhin vereinbar mit peptischer Duodenitis · 10/2014 Histologie (82014.52872), Biopsien Barrett-Zunge: Gastrische Schleimhaut vom Korpustyp mit gering chronischer, nicht aktiver Entzündung. Angrenzend wenig dysplasiefreies Plattenepithel. Kein Nachweis einer intestinalen Metaplasie, keine Dysplasie, keine Malignität 3. St. n. toxischer Hepatitis unter Rifampizin 4. Erosive Ileitis terminalis, M. Crohn, entzündlich, ED Ileokoloskopie 4. September 2017 5. Chronische Niereninsuffizienz 6. Nebendiagnosen · Rezidivierende depressive Episoden, Therapie mit selektivem Serotonin-Reuptake-Hemmer · Nasenseptumdefekt, ED ca. 2012 · 22. Oktober 2014 Konsil HNO: DD durch eigene chronische Manipulation/i.R. Begleitvaskulitis/Wegener Granulomatose/bei PBC (eher unwahrscheinlich); kein lokaler Infektfokus; keine Biopsieentnahme · Psoriasis, ED 1984 Aus hepatologischer Sicht sei der aktuelle Zustand stabil und es bestehe diesbezüglich kein Grund, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeit nicht weiter ausführen könnte. Aufgrund des akut labilen psychologischen Zustands sei zur Beurteilung der zumutbaren Arbeitsbelastung eine Vorstellung bei einem ambulanten Psychologen oder Psychiater dringend zu empfehlen. 5.2 Der damalige behandelnde Psychiater der

Beschwerdeführerin, Dr. med. C.____, stellte in seinem Bericht vom 14. Dezember 2018 (IV-Nr. 54) folgende Diagnosen: - Leicht- bis mittelgradig depressive Episode (F32.1) - Deutliche Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen und paranoiden Zügen (Z73.1) - Verdacht auf eine ADHS im Erwachsenenalter (F90.0) - Verdacht auf eine Traumafolgestörung (F43.8) Die Beschwerdeführerin komme seit 24. September 2018 in ca. wöchentlichem Rhythmus in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Nebst den therapeutischen Gesprächen habe man eine Testung der Persönlichkeit (SKID-11 Interview) durchgeführt und es sei noch dabei eine ADHS-Testung zu machen. Es zeige sich eine deutliche Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional instabilen und paranoiden Zügen. Dazu passe auch, dass sich Schwächen in der Selbststruktur zeigten. Verdachtsweise lasse sich schon eine ADHS im Erwachsenenalter formulieren, auch wenn die Testung noch nicht abgeschlossen sei. Es seien viele für das Erwachsenenalter typische ADHS-Symptome wie fehlende Selbstorganisation, Mühe sich zu fokussieren, impulsartige unüberlegte Handlungen vorhanden. Für das Kindesalter habe man bis jetzt zu wenige konkrete Hinweise. Die Beschwerdeführerin sei nicht belastbar in Stresssituationen. Das starke Abspalten von Gefühlen, die Schwäche Grenzen setzen zu können und die Tendenz zu einer Essstörung liessen zusammen mit biografischen Angaben auch an das Vorliegen einer Traumafolgestörung denken. Aktuell sei sie in der angestammten Tätigkeit als Redaktorin zu 100 % arbeitsunfähig, ein Wiedereinstieg sei vorzugsweise in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit anzustreben. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit (klar strukturierte Arbeit, gutes Anleiten, kleines wohlwollendes Team) sei sie wahrscheinlich bis 30 – 50 % einsatzfähig. Sinnvollerweise sei ein Arbeits- / Belastbarkeitstraining durchzuführen.

5.3 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH; diagnostizierte in seinem Bericht vom 21. Februar 2019 (IV-Nr. 64) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende Depression und eine orthotope Lebertransplantation mit CMV-Infekt. Als Funktionseinschränkungen nannte Dr. med. I.____ Konzentrationsverlust, Müdigkeit, Antriebslosigkeit und fehlende psychische Belastbarkeit. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. November 2018 zu 100 % arbeitsunfähig.

5.4 Mit Bericht vom 5. März 2019 (IV-Nr. 66) führte Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführerin habe aufgrund einer primär biliären Cholangitis im Jahre 2016 eine Spenderleber transplantiert werden müssen. Bereits zuvor seien depressive Episoden bekannt gewesen. Ab 1. Januar 2018 habe sie eine neue Stelle zu 80 % als Redaktorin für mehrere Lokalzeitungen angetreten. In dieser Arbeit sei sie überlastet gewesen, habe oft an 6 Tagen pro Woche arbeiten müssen. Sie habe sich unfreundlich behandelt und gemobbt gefühlt. Sie sei zunehmend deprimiert geworden und habe (teils panikartige) Ängste entwickelt. Die rezidivierende depressive Störung sei gegenwärtig noch leichtgradig (vormals mittelgradig) (F33.0), beginnend vor bald 20 Jahren, aktuelle Episode seit Sommer 2018. Sie sei 100 % arbeitsunfähig als Redaktorin. Ein Wiedereingliederungsversuch in der Firma J.____ laufe im Moment. Was die psychischen Leiden angehe, sei die Prognose mittelmässig. Die Beschwerdeführerin habe reduzierte Ressourcen. Es müsse damit gerechnet werden, dass sie nicht mehr die volle Arbeitsfähigkeit zurückerlangen werde.

5.5 Mit Bericht vom 25. Juni 2019 (IV-Nr. 82) diagnostizierte med. pract. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (negativistische impulsive, selbstunsichere Anteile) (F61). Das Beck Depressions-Inventar ergebe einen Summenwert von 7, die Selfrating Depression Scale (SDS) einen Summenwert von 52 und das SKID II

(Strukturiertes klinisches Interview nach DSM) ergebe eine negativistische / depressive Persönlichkeitsstörung. Die bisherige sowie eine angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin 4 – 5 Stunden pro Tag zumutbar. Die Behandlung bei ihm sei am 6. Mai 2019 aufgenommen worden.

5.6 Im polydisziplinären Gutachten der D. ___ vom 18. November 2019 (IV-Nr. 102.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) 2. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit asthen-selbstunsicheren, impulsiven, aber auch negativistisch-depressiven sowie vermehrt narzisstisch-kränkbaren Akzenten (F61) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Subsyndromale Störung der Geschlechtsidentität (F64.9) 2. Orthotope Lebertransplantation (22. März 2016) mit Übertragung der CMV-Infektion vom Spender, seither Immunsuppression mit Tacrolimus 3. Latente Cytomegalie-Infektion mit wiederholten Schüben 4. Adipositas (BMI 33 kg/m²) 5. Chronische Niereninsuffizienz, mässig (eGFR 71 ml/min) 6. Psoriasis, ED 1984, unter symptomatischer Therapie wenig störend Zur Beurteilung führten die Gutachter aus, die Versicherte zeige klare Symptome einer depressiven Episode. Der Ausprägungsgrad sei mittelgradig. Ferner lasse die Versicherte bei weit in die Psychobiographie zurückliegenden defizitär erlebten Sozialisationsbedingungen eine in der Adoleszenz wurzelnde kombinierte Persönlichkeitsstörung mit asthen-selbstunsicheren impulsiven aber auch negativistisch-depressiven und vermehrt narzisstisch-kränkbaren Akzenten erkennen. Jahrelang sei die kombinierte Persönlichkeitsstörung kompensiert geblieben. 2017 / 2018 sei die Persönlichkeitsstruktur jedoch dekompensiert und habe zur Entwicklung der mittelgradigen depressiven Episode sowie zu mit der Persönlichkeitsstörung assoziierten unzureichenden Ressourcen in der Bewältigung von Konflikten geführt. Als weitere Diagnosen jedoch ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zeigten sich Hinweise auf eine Störung der Geschlechtsidentität ohne, dass das Vollbild einer solchen Störung (F64.9) erfüllt gewesen sei. Des Weiteren fänden sich die Folgen der Lebertransplantation. Die anamnestischen Angaben der Versicherten hätten zudem Hinweise auf latente Zytomegalie-Infektion, Adipositas, chronische Niereninsuffizienz und Psoriasis ergeben. Eine wiederholt diskutierte ADHS-Problematik hingegen habe sich aus gutachterlicher Sicht nicht zuverlässig sichern lassen. Anhaltspunkte für eine hepatische Enzephalopathie hätten sich nicht ergeben. In der bisherigen Tätigkeit sei sie zu 50 % arbeitsfähig, in einer angepassten Tätigkeit 80 % (sieben Stunden pro Tag ohne Minderung der Leistungsfähigkeit).

5.7 Mit Stellungnahme vom 22. Januar 2020 (IV-Nr. 116) hielt Dr. med. K. ___, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, fest, rückblickend lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % ab September 2018 (Beginn der psychiatrischen Fachbehandlung bei Dr. C. ___) festhalten. In einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % ab dem selben Datum.

5.8 Mit Stellungnahme vom 28. Oktober 2020 (IV-Nr. 151) führte Dr. med. K. ___, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, unter anderem aus, der Einwand der Vertreterin der Beschwerdeführerin, wonach der psychiatrische Gutachter den Bericht des behandelnden Psychiaters med. pract. E. ___ nicht würdige, sei nicht korrekt. So erwähnten die Gutachter im Aktenauszug S. 15 (Punkt 39) den Arztbericht von med. pract. E. ___ vom 25. Juni 2019. Somit hätten auch aktuellen Befunde und Arztberichte zur Beurteilungsgrundlage und Erstellung des Gutachtens ausreichend vorgelegen.

6. Die Beschwerdegegnerin stellt in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der D. ___ vom 18. November 2019 ab, weshalb nachfolgend

dessen Beweiswert zu prüfen ist. Das Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Zudem sind die Aussagen der Experten in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar, wie nachfolgend darzulegen ist.

6.1 Im gastroenterologischen Teilgutachten (IV-Nr. 102.6, S. 5) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe als Journalistin bis zur Transplantation nach ihren Angaben 7 x 24 Stunden gearbeitet. Nach der Transplantation habe sie eine Stelle vom 1. Januar 2018 bis im Herbst 2018 gehabt. Sie sei 80 % angestellt gewesen, habe aber nur einen fixen freien Tag gehabt. Offenbar seien dann auch andere Vorfälle gewesen, die das Arbeitsklima unmöglich gemacht hätten. Sie wolle nie wieder als Journalistin arbeiten. Seit Februar 2019 sei sie bei J.____ etwa zu 50 % unterwegs und nun auch in einer Weiterbildung im Bereich Marketing. Aus gastroenterologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin als Journalistin zu 80 %, d.h. 36 Std. pro Woche arbeitsfähig. Dies scheine aber in diesem Beruf nicht möglich zu sein, so dass dieser Beruf für die Beschwerdeführerin nicht mehr geeignet zu sein scheine. In einer leidensangepassten Arbeit, z.B. Bürojob, sei sie aus gastroenterologischer Sicht zu 80 %, d.h. 36 Std. pro Woche, idealerweise auf 5 Tage verteilt, arbeitsfähig. Diese Reduktion erklärt der Gutachter nachvollziehbar durch die Tatsache, dass eine Lebertransplantation mit CMV Superinfekt und Immunsupprimierung doch eine gewisse, in diesem Fall 20%ige Arbeitseinschränkung mit sich bringe.

6.2 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 102.4) wurde festgehalten, ca. 2005 sei die biliäre Cholangitis festgestellt worden. Als kausale Behandlung sei nur die Lebertransplantation 2016 möglich gewesen. Unter immunsuppressiver Therapie bestünden keine speziellen Probleme. Die bekannte durch die Lebertransplantation erworbene CMV-Infektion sei weitgehend asymptomatisch. Es gebe keine Zeichen eines Befalls von Augen, Magen-Darm-Trakt oder Lungen. Auch neurologische Symptome fehlten. Die gemeldeten wiederholten Fieberschübe seien nicht sicher durch CMV bedingt. Ein Zusammenhang könne aber nicht ausgeschlossen werden. Nachdem die Lebertransplantation 2016 recht problemlos ertragen worden sei, bestünden kaum generelle Einschränkungen aus internistischer Sicht. Aus internistischer Sicht sei die Versicherte für körperlich leichte, gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne weiteres einsatzfähig. Somit bestehe aus internistischer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit.

6.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 102.5) wurde ausgeführt, die Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin wiesen nicht auf Widersprüche, Verdeutlichungs- oder Aggravationstendenzen hin. Ihre Angaben seien nachvollziehbar gewesen und hätten sich mit den aktenkundigen ärztlichen Einschätzungen sowie mit dem Eindruck in der aktuellen Untersuchung gedeckt. Sie habe eine im Eindruck tadellose Mitarbeit und Anstrengungsbereitschaft gezeigt. Die testpsychologisch objektivierten Befunde seien ebenfalls mit den Vorinformationen und dem Testverhalten vereinbar gewesen. Es habe sich ein nur leicht beeinträchtigtes kognitives Leistungsprofil gezeigt, eingebettete Testparameter und das standardisierte Beschwerdevalidierungsverfahren seien unauffällig gewesen, sodass davon ausgegangen werde, dass die Befunde valide seien. Die Beschwerdeführerin mache gewisse auf eine Aufmerksamkeitsstörung im Erwachsenenalter weisende kognitive Störungen, besonders aber eine erhöhte Erschöpfbarkeit, geltend. Sie führe diese auf eine mögliche seit der Kindheit bestehende ADHS zurück. Es sei diesbezüglich festzuhalten, dass die Störung schon seit dem Kindes- und Schulalter bestehen müsse. In Bezug auf diesen Punkt seien Zweifel angebracht. Die

Beschwerdeführerin selber habe diesbezüglich etwas unklare und widersprüchliche Angaben gemacht. In der Exploration habe sie auf spezifische Nachfragen hin angegeben, dass sie bis zum Tod des Vaters keine eigentlichen Stimmungsschwankungen, Impulsivität, Störungen der Konzentrationsfähigkeit oder eine Ablenkbarkeit gekannt habe. Sie habe sich auch längere Zeit auf eine Sache konzentrieren können. Nach dem Tod des Vaters, als sie 11 Jahre alt gewesen sei, habe sie depressive Phasen mit Stimmungsschwankungen gehabt. Den Angaben in der Exploration stünden jedoch die Antworten im WURS-K Fragebogen zur Erfassung von ADHS-typischen Einschränkungen im Alter von 8 – 10 Jahren entgegen, wonach sie in diesem Alter Wutanfälle und Gefühlsausbrüche, ein geringes Durchhaltevermögen gehabt habe und Tätigkeiten vor deren Beendigung abgebrochen sowie starke Stimmungsschwankungen gehabt habe und launisch gewesen sei. Im Fragebogen zur Erfassung ADHS-typischer Symptome und Einschränkungen im Erwachsenenalter habe sie durchwegs eine hohe bis sehr hohe Ausprägung der erfragten Symptome angegeben. Zu sagen sei dazu, dass die Beschwerdeführerin den Eindruck gemacht habe, fest davon überzeugt zu sein, eine ADHS im Erwachsenenalter zu haben. Es sei aber zu bezweifeln, dass im Schulalter eine ADHS vorgelegen habe. Die Beschwerdeführerin habe auf Nachfrage darauf hingewiesen, dass ihre Mutter bei früheren Anfragen der Psychologin in diese Richtung klar das Vorliegen solcher Symptome im Kindesalter verneint habe. Zudem seien solche allem Anschein nach von den Lehrern nie festgehalten oder moniert worden. Damit wären die Diagnosekriterien wohl als nicht hinreichend vollständig erfüllt zu beurteilen gewesen. Zu bedenken sei in diesem Kontext auch die Tatsache, dass eventuelle frühe Symptome nicht das Ausmass von krankheitswertigen Störungen aufgewiesen hätten, habe doch die Beschwerdeführerin im Alter ab 12 / 13 Jahren erst 2 Jahre erfolgreich die Sekundarschule besucht, sie sei nach dem 2. Jahr an die Bezirksschule promoviert worden und habe nach der Schule offenbar ohne grössere Probleme eine 3-jährige kaufmännische Lehre abgeschlossen. In der aktuellen Untersuchung seien eher leichte bis mittelgradige Minderleistungen bezüglich der folgenden kognitiven Teilleistungen festgestellt worden: Parallele Reizverarbeitung (geteilte Aufmerksamkeit); Impulskontrolle; selektive Aufmerksamkeitsleistung / Fehlerkontrolle in einer längeren Aufgabe; Auffälligkeiten in den Lern- / Gedächtnisfunktionen (mangelnde Lernkonstanz / Lernleistung bei Wortlistenlernen, wenig strukturierte Erfassung/Kurzzeitspeicherung von Kurzgeschichten, nonverbale Gedächtnisabrufleistung, verbale Arbeitsgedächtnisleistung); mangelnde Planung/Arbeitssystematik. In der Verhaltensbeobachtung zeigten sich Probleme der Selbststrukturierung im Gespräch, eine erhöhte konzentrierte Angestrengtheit bei komplexeren Aufgaben, ein geringes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, impuls-geleitete Reaktionen und eine etwas vorschnelle Ermüdung. Gestützt auf die vorstehenden Testergebnisse kam die Gutachterin sodann in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass es sich um eine leichte Störung handle. Die Ätiologie dieser Störung könne wie erwähnt nicht auf eine seit der Kindheit bestehende Aufmerksamkeitsstörung im Sinne einer ADHS festgelegt werden. Es sei möglich, dass gewisse ADHS-typische Symptome in geringem Ausmass seit jeher vorhanden seien (ohne das Ausmass für eine entsprechende Diagnosestellung erreicht zu haben), zu denken sei an leichte Defizite der Impulskontrolle / Interferenzunterdrückung, die unterdurchschnittliche Arbeitssystematik/Planung und eventuell die Notwendigkeit, einen höheren konzentrativen Aufwand für die Erledigung von beruflichen Aufgaben und Anforderungen zu betreiben. Diese Auffälligkeiten könnten einen Kern der heutigen Einschränkung darstellen. Die kognitive und die psychische

Leistungsfähigkeit könnten aber gut erklärbar sein mit der jahrelangen beruflichen Überlastung und konsekutiven Erschöpfung. Aus neuropsychologischer Sicht erscheine trotz global nicht gravierend eingeschränkter Arbeitsfähigkeit die Tätigkeit als Redaktorin in der bis 2018 ausgeübten Form als den Fähigkeiten und Einschränkungen der Beschwerdeführerin wenig angepasst. Die Tätigkeit sei dadurch hektisch gewesen, dass die Beschwerdeführerin in drei verschiedenen redaktionellen Teams eingebunden gewesen sei, was häufige und schnelle Anpassungsleistungen erfordert habe. Die Tätigkeiten hätten wohl häufige mündliche Absprachen und Sitzungen beinhaltet, bei welchen die Beschwerdeführerin mit ihrer verminderten parallelen Aufmerksamkeit und Arbeitsgedächtnis möglicherweise etwas überfordert gewesen sei. Günstiger wäre eine Tätigkeit in einem kleineren Team, in welchem die Beschwerdeführerin konstante Ansprechpartner und Arbeitskollegen habe, bei welcher sie klar definierte und nicht häufig wechselnde Aufgaben in einem eigenständigen Arbeitsgebiet ausübe. Aufgaben mit hohen Anforderungen an Analyse- und Problemlösefertigkeiten oder das Eingebundensein in grosse Projekte mit vielen Beteiligten wären eher zu minimieren. Aus neuropsychologischer Sicht sollte die Beschwerdeführerin unter angepassten Bedingungen in der Lage sein, eine Tätigkeit im gleichen Ausmass wie im Januar 2018 (80 %) wieder aufnehmen zu können.

6.4 6.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 102.3) wurde die gutachterliche Diagnosestellung gestützt auf die eingehende Befund- und Anamneseerhebung nachvollziehbar begründet: Die Versicherte schildere typische Depressionssymptome wie Antriebsmangel, Energieverlust, gedrückte Grundstimmung und eingeschränktes Selbstwertgefühl. Aktuell bestehe das Bild einer mittelgradigen depressiven Episode entsprechend den Kriterien des ICD-10. Unter Berücksichtigung der Anamnese mit wiederholten depressiven Episoden sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung begründet. Ferner weise die Versicherte weit in die Biografie zurückreichende asthen-selbstunsichere Anteile in der Persönlichkeitsstruktur auf. Sie sei unter schwierigen Sozialisationsbedingungen aufgewachsen, welche ihr den Aufbau einer stabilen Persönlichkeitsstruktur deutlich erschwert hätten. Neben den selbstunsicheren Anteilen zeige die Versicherte emotional-instabile, impulsive Züge, aber auch einzelne sensitiv-paranoische, darüber hinaus vermehrt narzisstisch-kränkbare sowie negativistische depressive Anteile. Vor diesem Hintergrund sei die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung zu erstellen. Die Versicherte weise rigide Verhaltensmuster in ihrer Reaktion auf das Gegenüber und die jeweilige Situation auf. Eine in der Vergangenheit mehrfach beschriebene und diskutierte Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung könne nach den heute erhobenen Befunden nicht bestätigt werden. Anhaltspunkte für eine Traumafolgestörung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung ergäben sich auf dem Boden hier erhobener Befunde ebenfalls nicht. Anhaltspunkte für eine hepatische Enzephalopathie hätten sich in der psychiatrischen Begutachtung nicht ergeben. Die Persönlichkeitsstörung der Versicherten sei in den letzten Jahren dekomponiert. In diesem Zusammenhang bestehe auch eine vermehrte Tendenz zur Entwicklung depressiver Episoden. Aktuell sei die Arbeitsfähigkeit auf dem Boden der rezidivierenden depressiven Störung und der kombinierten Persönlichkeitsstörung reduziert. Einzelne Merkmale einer Störung der Geschlechtsidentität, welche sich ebenfalls weiter in die Psychobiografie zurückverfolgen liessen, würden anamnestisch geschildert. Das Vollbild eines Transsexualismus liege dabei nicht vor. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere aus der Störung der Geschlechtsidentität nicht. Sodann vermag gestützt auf die nachvollziehbare Diagnosestellung auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

zu überzeugen: Die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in der Lage, Tätigkeiten, die ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprechen, auszuüben, jedoch nicht unter besonderem Zeitdruck und unter Vermeidung von Stressoren. Das Arbeitsklima sollte möglichst wertschätzend sein, um die Selbstwertzweifel der Versicherten nicht weiter zu nähren. Eine Tätigkeit im Bereich Journalismus erscheine vor diesem Hintergrund wenig erfolgsversprechend. Eine Tätigkeit im administrativkaufmännischen Bereich unter Berücksichtigung der eingeschränkten Grundbelastbarkeit sei hingegen aus psychiatrischer Sicht denkbar. In Anlehnung an das Mini-ICF APP stünden bei der versicherten Person durchaus Ressourcen in den Bereichen Anpassung und Routinen, Wissensanwendung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit zur Verfügung. Einschränkungen lägen in den Bereichen der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, des Antriebes, aber auch der Selbstbehauptungsfähigkeit vor. Die Interaktionskompetenz und die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei nur knapp ausreichend erhalten, ebenso die Gruppenfähigkeit. Schwierigkeiten beständen im Bereich der engen dyadischen Beziehungen sowie der Konfliktfähigkeit. Bei Selbstpflege, Selbstversorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit hingegen lägen keine Einschränkungen vor. Zusammenfassend sei die Versicherte aus psychiatrischer Sicht daher in der Lage, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Redaktion eines Tagblattes lediglich im 50%-Pensum zu bewältigen. Unter optimalerer Anpassung von Arbeitsbedingungen sei eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % hingegen realistisch. Eine depressive Episode sei seit September 2018 wieder festzustellen. Die Persönlichkeitsstörung der versicherten Person sei dekompenziert und habe zur erneuten Entwicklung der depressiven Episode geführt. Des Weiteren ist zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter unter Einbezug der Beurteilung aus dem neuropsychologischen Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung (s. E. II. 6.4.2 hiernach) ebenfalls zu überzeugen vermag. 6.4.2 Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie

«Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 6.4.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der bestehenden neuropsychologischen Störung leichtgradig eingeschränkt ist und der Ausprägungsgrad der depressiven Episode mittelgradig ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führte der Gutachter aus, unter der laufenden Fachbehandlung sei bislang keine ausreichende Grundstabilisierung eingetreten. Allerdings sei festzuhalten, dass die aktuelle psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erst im Sommer 2019 aufgenommen worden sei. Ein vorheriger psychiatrischer Behandlungsansatz habe zu keinen massgeblichen Erfolgen geführt. Die bisherige Behandlung sei aber insgesamt als angemessen einzuschätzen. Eine Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbehandlung sei allerdings denkbar, beispielsweise eine Intensivierung im Rahmen einer teilstationären, tagesklinischen Behandlung. Gestützt auf diese Ausführungen kann nicht von einer Behandlungsresistenz ausgegangen werden. Zur Frage des Eingliederungserfolgs respektive einer allfälligen Eingliederungsresistenz haben sich die Gutachter nicht explizit geäussert. Jedoch sind den Akten diverse Eingliederungsbemühungen ersichtlich, bei welchen die Beschwerdeführerin stets engagiert mitwirkt hat, weshalb eine Eingliederungsresistenz zu verneinen ist. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Aus dem Gutachten ist eine Komorbidität insofern ersichtlich, als dass gemäss gutachterlicher Beurteilung die kombinierte Persönlichkeitsstörung jahrelang kompensiert geblieben sei, in 2017 / 2018 sei die Persönlichkeitsstruktur jedoch dekompensiert und habe zur Entwicklung der mittelgradigen depressiven Episode sowie zu mit der Persönlichkeitsstörung assoziierten unzureichenden Ressourcen in der Bewältigung von Konflikten geführt. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht

versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, das psychosoziale Umfeld weise neben der kombinierten Persönlichkeitsstörung weitere negative Kontextfaktoren auf. Es bestehe keine stabile Partnerschaft, die Geschlechtsidentität ist instabil, die Beziehung zur Mutter werde konfliktbeladen geschildert und auch darüber hinaus fehlten stabile soziale Kontakte. Sie sei unter schwierigen Sozialisationsbedingungen aufgewachsen. In der Folge habe sie ein unzureichendes Selbstwertgefühl und instabile Persönlichkeitszüge entwickelt. Die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung sei gebahnt worden und in den letzten Jahren sei die kombinierte Persönlichkeitsstörung der Versicherten zunehmend dekompenziert. Das psychosoziale Umfeld mit fehlender Partnerschaft und konfliktbeladener Beziehung zur Mutter und zu den Schwestern sowie wenigen weiteren sozialen Kontakten stelle eine zusätzliche Belastung der Versicherten dar. Die sozialen Kontext-Faktoren seien eher negativ. In Anlehnung an das Mini-ICF APP stünden bei der versicherten Person durchaus Ressourcen in den Bereichen Anpassung und Routinen, Wissensanwendung, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit zur Verfügung. Einschränkungen lägen in den Bereichen der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, des Antriebes, aber auch der Selbstbehauptungsfähigkeit vor. Die Interaktionskompetenz und die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei nur knapp ausreichend erhalten, ebenso die Gruppenfähigkeit. Schwierigkeiten beständen im Bereich der engen dyadischen Beziehungen sowie der Konfliktfähigkeit. Bei Selbstpflege, Selbstversorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit hingegen lägen keine Einschränkungen vor. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Dem Gutachten ist diesbezüglich zu entnehmen, es beständen gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Die geschilderten Symptome seien durchaus nachvollziehbar und plausibel. Die Laboruntersuchung weise die Einnahme der verordneten Medikation nach. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, weshalb von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen ist. 6.4.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen und neuropsychologischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Im psychiatrischen Gutachten werden zwar in sozialer Hinsicht überwiegend negative

Ressourcen beschrieben. Jedoch sind aus dem von der Beschwerdeführerin beschriebenen Aktivitätsniveau (vgl. S. 22 des psychiatrischen Teilgutachtens) sowie den gutachterlichen Ausführungen betreffend das Mini-ICF-App auch viele positive Ressourcen ersichtlich, so dass die gutachterliche psychiatrische Beurteilung, wonach die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Redaktorin 50 % und in einer angepassten Tätigkeit 80 % arbeitsfähig sei, zu überzeugen vermag. 6.5 Somit kann auf das voll beweismässige Gutachten und die gesamthafte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, welche der vorgenannten Beurteilung aus psychiatrischer Sicht entspricht, abgestellt werden. Des Weiteren kann auch der gutachterlich statuierte Verlauf der Arbeitsfähigkeit übernommen werden: Eine depressive Episode sei seit September 2018 erneut festzustellen und damit auch die gutachterlich attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv sei bei der Versicherten das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung anzunehmen, die erneute Dekompensation habe im September 2018 zur Aufnahme einer psychiatrischen Fachbehandlung bei Dr. C. ___ geführt. 6.6 Den Beweiswert der schlüssigen gutachterlichen Beurteilungen vermögen sodann auch die Rügen der Beschwerdeführerin nicht zu vermindern. So ist es entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht zwingend, dass der RAD ein eingeholtes medizinisches Gutachten unmittelbar nach dessen Vorliegen einlässlich prüft. Zudem ist die vorliegend zuständige RAD-Ärztin als Fachärztin Innere Medizin und Arbeitsmedizin durchaus in der Lage, die vorhandenen medizinischen Unterlagen – auch solche die nicht zu ihrem Fachbereich gehören – zu würdigen, was denn auch zu ihrem Aufgabengebiet gehört (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C_73/2011 vom 1. April 2011 E. 5.4). Soweit die Beschwerdeführerin im Weiteren geltend macht, der psychiatrische Gutachter habe den Bericht des behandelnden Psychiaters, med. pract. E. ___, vom 25. Juni 2016 nicht gewürdigt, ist ihr entgegenzuhalten, dass ein beweismässiges Gutachten nicht auf sämtliche vorhandene Arztberichte einzugehen hat. Zudem wurde der Bericht von med. pract. E. ___ im Aktenauszug S. 15 (Punkt 39) aufgeführt, womit davon auszugehen ist, dass dieser Bericht in die gutachterliche Würdigung miteinbezogen wurde. Es liegen keine anderslautenden Hinweise vor, zumal der psychiatrische Gutachter die Diagnosestellungen von med. pract. E. ___ übernommen hat. Zudem bestand für die Beschwerdegegnerin auch kein Anlass, bei med. pract. E. ___ vor der Begutachtung einen weiteren Arztbericht einzuholen. So datiert sein Bericht auf den 25. Juni 2019 und ist damit im Zeitpunkt der Untersuchung durch den psychiatrischen Gutachter vom 9. September 2019 durchaus noch als aktuell anzusehen. Sodann stellte die Beschwerdegegnerin med. pract. E. ___ mit Schreiben vom 22. November 2019 (IV-Nr. 105) eine Kopie des D. ___-Gutachtens zu und gab diesem Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. Dieser reichte jedoch keine Stellungnahme ein, was ebenfalls dafür spricht, dass er seinem Bericht vom 25. Juni 2019 nichts beizufügen hatte. Des Weiteren setzte sich der psychiatrische Gutachter zu Recht mit den übrigen aktenkundigen psychiatrischen Diagnosen – wie etwa eine mögliche ADHS – auseinander. Dass diese im Bericht des aktuell behandelnden Psychiaters med. pract. E. ___ nicht genannt wurde, kann – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – nicht dazu führen, dass diese Diagnose durch den psychiatrischen Gutachter nicht mehr zu würdigen gewesen wäre. Insofern die Beschwerdeführerin des Weiteren geltend macht, das gutachterlich attestierte Pensum sei viel zu hoch, so kann auf die vorstehende Beweiswürdigung verwiesen werden, worin dem Gutachten voller Beweiswert zuerkannt wurde. Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, sie sei ab September 2018 zu 100 % krankgeschrieben gewesen, weshalb die in diesem Zeitpunkt durch die Gutachter attestierte

50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten bzw. 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angestammten Tätigkeit, nicht stimmen könne. Dem ist entgegenzuhalten, dass bei der rückblickenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht ohne Weiteres auf die echtzeitlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der behandelnden Ärzte abgestellt werden kann, zumal in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte wie auch Therapiepersonen mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470). Dies gilt hier umso mehr, als keine nähere Begründung der Arbeitsfähigkeit erfolgte. Im Übrigen kann diesbezüglich ebenfalls auf die vorgehende Beweiswürdigung des Gutachtens verwiesen werden. 7. Nachfolgend ist auf den ebenfalls umstrittenen Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin einzugehen und zu prüfen, ob der errechnete IV-Grad von 35 % korrekt ist. 7.1 Beim Valideneinkommen handelt es sich um eine hypothetische Grösse, indem nicht ohne weiteres auf den – unter Umständen schon länger zurückliegenden – zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163 8C_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327). Die Beschwerdeführerin hatte ihre Stelle beim L.____ unbestrittenermassen aus gesundheitlichen Gründen verloren. Wie die Beschwerdegegnerin hierzu in der angefochtenen Verfügung weiter korrekt ausführte, handelte es sich bei der neuen Stelle bei der M.____ AG bereits um eine angepasste Tätigkeit. Somit ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Valideneinkommens auf das beim L.____ zuletzt erzielte Einkommen im Jahr 2015 abstellte und dieses gestützt auf den Nominallohnindex von 2018 auf das Jahr 2018 aufrechnete, was ein Valideneinkommen von CHF 93'0080.00 ergibt. 7.2 7.2.1 Da es der Beschwerdeführerin möglich ist, eine angepasste Tätigkeit zu 80 % auszuüben, sie aber bislang keiner Tätigkeit im zumutbaren Ausmass nachgeht, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Zur Berechnung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin auf die Tabelle T17, Ziffer 41, «Allgemeine Büro- und Sekretariatskräfte», Total, Frauen, abgestellt. Dies ist aufgrund der Ausbildung und der Berufsbiographie der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. So handelt es sich bei den Berufshauptgruppen 4 – 8 aus Tabelle 2 – zu welchen auch die Ziffer 41 gehört – bereits um Tätigkeiten aus dem Kompetenzniveau 2 («Praktische Tätigkeiten wie Verkauf / Pflege / Datenverarbeitung und Administration / Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten / Sicherheitsdienst / Fahrdienst»), womit die diesbezügliche Rüge, die Anforderungen an eine Assistentin, die in einem ruhigen und überschaubaren Arbeitsumfeld arbeiten müsse, entsprächen maximal Kompetenzniveau 2, nicht nachvollziehbar ist. Im Übrigen handelt es sich bei Ziffer 41 um eine grosse Palette möglicher Tätigkeiten, weshalb das gutachterlich statuierte Leistungsprofil nicht dagegen spricht, dass die Beschwerdeführerin eine Tätigkeit im

Bereich «Allgemeine Büro- und Sekretariatskräfte» ausüben könnte. Damit ergibt sich unter Einbezug einer 80%igen Arbeitsfähigkeit und der Aufrechnung der Wochenstunden in Sektor III (:40 x 41.7) – vorbehaltlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. 7.2.2 hiernach) – ein Invalideneinkommen von CHF 60'378.25 (80 %). 7.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Im vorliegenden Fall gebietet das Alter der Beschwerdeführerin von 47 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Ebenfalls kein Abzug rechtfertigt sich aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin nur noch in einem Pensum von 80 % tätig sein kann. So verdienten Frauen im Jahr 2018 in einem Pensum von 75 – 89 % gemäss der Tabelle des Bundesamtes für Statistik T18 (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) nicht weniger als Frauen in einem Vollzeitpensum. Im vorliegend relevanten Gutachten wurde sodann folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Zumutbar sei eine Tätigkeit in einem kleineren Team, in welchem die Beschwerdeführerin konstante Ansprechpartner und Arbeitskollegen habe, bei welcher sie klar definierte und nicht häufig wechselnde Aufgaben in einem eigenständigen Arbeitsgebiet ausübe. Aufgaben mit hohen Anforderungen an Analyse- und Problemlösefertigkeiten oder das Eingebundensein in grosse Projekte mit vielen Beteiligten wären eher zu minimieren. Die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in der Lage, Tätigkeiten die ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprächen, auszuüben, jedoch nicht unter besonderem Zeitdruck und unter Vermeidung von Stressoren. Das Arbeitsklima sollte möglichst wertschätzend sein, um die Selbstwertzweifel der Versicherten nicht weiter zu nähren. Eine Tätigkeit im Bereich Journalismus erscheine vor diesem Hintergrund wenig erfolgversprechend. Eine Tätigkeit im administrativkaufmännischen Bereich unter Berücksichtigung der eingeschränkten Grundbelastbarkeit sei hingegen aus psychiatrischer Sicht denkbar. Die vorgenannten Einschränkungen sind nicht derart erheblich, als ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn zwingend erscheint. In Frage käme höchstens

ein Abzug von 5 %, was im Resultat jedoch ebenfalls keinen rentenrelevanten Invaliditätsgrad (38 %) ergäbe, womit die mit Verfügung vom 6. Mai 2021 statuierte Leistungsverneinung zu bestätigen und die dagegen erhobenen Beschwerde abzuweisen ist.

8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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