

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01181 vom 25. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.01181](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01181)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01181 du 25 avril 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01181 del 25 aprile 2013

## Erwägungen

### E. 3

3.1. Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Dezember 2009 bis am 20. Januar 2010 (Urk. 8/46) behandelnder Psychiater der Beschwerdeführerin, nannte am 12. Januar 2010 die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3). Subjektive Beschwerden seien Angst, Antriebslosigkeit, Aktionismus und Putzzwang. Objektiv sei die Beschwerdeführerin affektiv niedergestimmt, leide an Schlafstörungen, Energiemangel, einer Störung der Vitalgefässe und Angst (Urk. 3/4). Dr. D. \_\_\_\_, schätzte die Beschwerdeführerin als zu 100 % arbeitsunfähig ein (Urk. 8/21/5). Jedoch nahm er nach einigen Terminen mit der Beschwerdeführerin unter antidepressiver Therapie bereits eine Besserung wahr (Bericht vom 9. Februar 2010, Urk. 8/44/14).

3.2. Der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht vom 18. Februar 2010 eine Depression mit Panikattacken. Es komme seit Jahren immer wieder zu Depressionen und Panikattacken. Die aktuelle Episode bestehe seit Februar 2009 (Urk. 8/37/5).

3.3. Die ab 16. Februar 2010 behandelnde Psychiaterin Dr. med. C. \_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 19. April 2010 ab Februar 2009 eine schwere Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.21). Die Beschwerdeführerin sei mindestens seit 16. Februar 2010, nach eigenen Angaben aber bereits seit 23. November 2009, zu 100 % arbeitsunfähig. Zu einer wesentlichen Besserung sei es bisher trotz intensiver Psychopharmakotherapie nicht gekommen (Urk. 8/39/2-5).

3.4. Der Hausarzt Dr. E. \_\_\_\_, beschrieb in seinem Bericht vom 7. Juni 2010 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: eine schwere depressive Episode mit Panikattacken sowie rezidivierende, chronische Oberbauchschmerzen unklarer Ätiologie, am ehesten im Rahmen eines Colon irritabile. Die Beschwerdeführerin sei aktuell immer noch zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/44/3). Im Jahr 2004 habe sie ein Burnout erlitten. Ihr psychisches Befinden sei bereits in den Jahren davor wechselhaft gewesen und danach auch nicht wesentlich besser. Im Februar 2009 sei die Beschwerdeführerin erneut an einer Depression erkrankt. Diese habe sich zwischenzeitlich gebessert, sei aber im November 2009 wieder schlechter geworden, vergesellschaftet mit einem Erschöpfungszustand. Morgens bestehe eine ausgeprägte Antriebslosigkeit, abends komme es zu Panikattacken. Es bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren mit Problemen an der Arbeitsstelle und Problemen durch das grosse Übergewicht. Daneben hätten körperliche Beschwerden, nämlich wiederkehrende

Abdominalschmerzen und wiederkehrende Nierenkoliken bei Nephrolithiasis, zu mehrfachen Arbeitsunterbrechungen und Hospitalisationen geführt (Urk. 8/44/4).

3.5 In ihrem Bericht vom 1. Oktober 2010 stellte die behandelnde Psychiaterin Dr. C. \_\_\_ dieselben Diagnosen wie in ihrem Bericht vom 19. April 2010 (Urk. 8/50/2). Zwischenzeitlich sei es durch eine Augmentierung mit Lithium und Wellbutrin zu einer weiteren Stabilisierung gekommen, jedoch sei die Depression trotzdem noch eine schwere. Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/50/3).

3.6 Am 12. April 2011 wurde die Beschwerdeführerin durch die von der IV-Stelle mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens beauftragte MEDAS-Stelle im Bereich der Inneren Medizin und Gastroenterologie sowie der Orthopädie untersucht (Urk. 8/62/24-34). Dabei konnten Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt für Gastroenterologie, und Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, bezogen auf ihr jeweiliges Fachgebiet keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit stellen (Urk. 8/62/27, Urk. 8/62/32). Bereits am 24. März 2011 hatte die klinisch-psychiatrische Untersuchung durch Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, stattgefunden (Urk. 8/62/2-15).

Aus allen untersuchten Fachgebieten wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/62/16):

- eine rezidivierende depressive Störung, leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F.33.1), sowie
- eine Agoraphobie mit einer Panikstörung (ICD-10: F.40.01) und mit Aspekten einer sozialen Phobie (ICD-10: F.40.1).

Zudem wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/62/16):

- Diabetes mellitus Typ 2,
- Adipositas Grad II, aktueller BMI 37,4 kg/m<sup>2</sup>,
- funktionelle, rezidivierende chronische Oberbauchschmerzen im Sinne einer Dyspepsie,
- Penicillin-Allergie,
- anamnestisch bekannte, rezidivierende Nephrolithiasis,
- blande symmetrische Genua valga ohne messbare Bewegungseinschränkung mit stabiler Bandführung,
- Senk-Spreizfüsse, mäßig intensiver Hallux valgus rechts mehr als links, klinisch blande Grossgrundgelenkarthrose rechts mehr als links,
- Nikotinabusus.

Zusammenfassend gelangten die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zur Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, jede ihrer physischen Konstitution angepasste, somit auch mindestens mittelschwere Arbeit auszuüben. Dabei könne sie wegen der psychischen Minderbelastbarkeit lediglich Arbeiten einfacher bis mittlerer geistiger Natur mit einfachen bis mittleren Verantwortungsgraden ohne besonderen Zeitdruck und ohne Nachtarbeitsbedingungen

auszuüben. Für solche Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 70 % (Urk. 8/62/17). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Bereich/Marketing/Teletextbearbeitung sei leidensangepasst und könne von der Beschwerdeführerin im Umfang von sechs bis sieben Stunden pro Tag ohne weitergehende Minderung der Leistungsfähigkeit verrichtet werden (Urk. 8/62/18-20).

3.7. In ihren Berichten vom 4. Februar 2011 sowie vom 13. Juli 2011 ging die behandelnde Psychiaterin Dr. C. weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 3/2 S. 2, Urk. 3/3 S. 2).

#### 4. In der Präfung des Leistungsgesuchs

4.1. Bei der Präfung des Leistungsgesuchs steht die psychische Beeinträchtigung respektive deren Ausmass und Auswirkung auf die erwerbliche Leistungsfähigkeit im Vordergrund. Die Frage der Verwertbarkeit des MEDAS-Gutachtens, welches die Beschwerdegegnerin ihrem Entscheid zu Grunde legte, ist daher entscheidend. Bei der Erstellung des psychiatrischen Teilgutachtens stützte sich Dr. H. auf die vorhandenen Vorakten, erhob die Anamnese, insbesondere ermittelte er unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden die Krankheitsentwicklung und erhob, unter anderem gestützt auf seine Beobachtungen des Verhaltens der Beschwerdeführerin, die Befunde (Urk. 8/62/3 ff.). Gestützt auf die von ihm sowie von den Dres. F. und G. erhobenen Befunde stellte er die Diagnosen und beurteilte die erwerblichen Ressourcen (Urk. 8/62/16 ff.).

4.2. Die Beschwerdeführerin lässt dagegen im Wesentlichen einwenden, es würden Angaben zur Belastbarkeit und zur qualitativen Leistungsfähigkeit fehlen, es sei den Berichten der behandelnden Ärzte nicht genügend Gewicht beigemessen worden und die durch die höchstdosierte Medikation auftretenden Nebenwirkungen seien nicht berücksichtigt worden. Im übrigen könne aufgrund einer maximal zweistündigen Begutachtung nicht abschliessend auf den tatsächlichen Gesundheitszustand geschlossen werden (Urk. 1 S. 1 f.).

4.3. Im MEDAS-Gutachten wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, jede ihrer physischen Konstitution angepasste, somit auch mindestens mittelschwere Arbeit auszuüben. Dabei könne sie wegen der psychischen Minderbelastbarkeit lediglich Arbeiten mit einfachem bis mittlerem geistigem Anforderungsniveau und mit einfachem bis mittlerem Verantwortungsgrad ohne besonderen Zeitdruck und ohne Nacharbeitsbedingungen ausüben. Für solche Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 70 % (Urk. 8/62/17). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei leidensangepasst und könne von der Beschwerdeführerin im Umfang von sechs bis sieben Stunden pro Tag ohne weitergehende Minderung der Leistungsfähigkeit verrichtet werden (Urk. 8/62/18-20). Somit wurde eine qualitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit in dem Sinne beschrieben, dass die Beschwerdeführerin keine Arbeiten mit hohem Verantwortungsgrad sowie keine geistig anspruchsvollen Arbeiten ausüben kann. Eine weitergehende Minderung der Leistungsfähigkeit wurde verneint (Urk. 8/62/18). Begründet wurden diese Einschränkungen mit der aus psychiatrischer Optik leicht reduzierten Grundbelastbarkeit der Beschwerdeführerin (Urk. 8/62/17). Der Einwand, Angaben zur Belastbarkeit und zur qualitativen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin würden fehlen, geht damit fehl.

Die Beschwerdeführerin wandte weiter ein, sie sei als kaufmännische Teamleiterin tätig gewesen, was einem höheren Tätigkeits- und Verantwortungsbereich entspreche (Urk. 1 S. 2). Dem Arbeitgeberbericht der Z. \_\_\_ ist jedoch zu entnehmen, dass die Anforderungen an die Konzentration und Aufmerksamkeit, an das Durchhaltevermögen, an die Sorgfalt und an das Auffassungsvermögen bei der von der Beschwerdeführerin ausgeübten Tätigkeit mittelschwer waren (Urk. 8/43/7). Zur Tätigkeit der Beschwerdeführerin gehörten das Texten von Newslettern, die Verarbeitung im Teletext, die Umsatzüberwachung beziehungsweise Kontrolle, die Qualitätskontrolle des Callcenters sowie das Erstellen von Umsatzstatistiken (Urk. 8/43/7). Es ist nachvollziehbar, dass diese Arbeiten in geistiger Hinsicht als in mittlerem Grade anspruchsvoll qualifiziert wurden und die Beschwerdeführerin bei der Ausübung dieser Tätigkeiten eine mittlere Verantwortung trug, da sie zwar einerseits auch Kontroll- und gewisse Führungsfunktionen innehatte, sie aber andererseits nicht für den Geschäftsgang verantwortlich war. Demnach überzeugt die Schlussfolgerung, dass die Beschwerdeführerin auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit trotz der obgenannten qualitativen Einschränkungen in einem leicht reduzierten Pensum noch ausüben konnte.

4.4 Es trifft zu, dass die Beurteilung von Dr. H. \_\_\_ betreffend die psychiatrischen Diagnosen und die Arbeitsfähigkeit von jener der behandelnden Psychiaterin Dr. C. \_\_\_ sowie von jener des Hausarztes Dr. E. \_\_\_ abweicht. Dr. H. \_\_\_ erörterte jedoch in Auseinandersetzung mit den fachärztlichen Einschätzungen von Dr. C. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ hinreichend und überzeugend, weshalb er zu anderen Schlüssen kam. Dem Bericht von Dr. D. \_\_\_ widerspricht das Gutachten von Dr. H. \_\_\_ vom 2. Mai 2011 nicht, zumal Dr. D. \_\_\_ nach dem 20. Januar 2010 keinerlei Kontakt mehr zur Beschwerdeführerin hatte und er bereits nach einigen Terminen mit der Beschwerdeführerin unter antidepressiver Therapie eine Besserung beschrieb (Bericht vom 9. Februar 2010, Urk. 8/44/14, Urk. 8/62/4). Dr. C. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ gingen beide von einer schweren Depression sowie von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Dr. H. \_\_\_ führte begründet aus, eine schwere Depression lasse sich mit den von ihm erhobenen Befunden nicht begründen und wies auf die auch von Dr. C. \_\_\_ in ihrem Arztbericht vom 1. Oktober 2010 beschriebene Stabilisierung hin (Urk. 8/62/18).

Anlässlich der Untersuchung durch Dr. H. \_\_\_ gab die Beschwerdeführerin an, Freude empfinde sie, wenn sie sich mit der knapp zweijährigen Enkeltochter beschäftigt. Sie erfreue sich auch über den familiären Zusammenhalt mit Tochter und Schwiegersohn. Auch an einem schönen Spaziergang könne sie Freude empfinden (Urk. 8/62/7). Gelegentlich erhalte sie Besuche von einer Nachbarin und man trinke gemeinsam Kaffee und unterhalte sich über das Tagesgeschehen und über das Leben und die Situation der Nachbarn, manchmal auch über ihre eigene Situation (Urk. 8/62/7). An guten Tagen helfe sie ihrer Tochter im Haushalt. Sie gehe auch gerne mit ihrer kleinen Enkeltochter spazieren. Bis vor zwei Jahren habe sie oft Karaoke-Bars besucht. Zuletzt habe sie sich vor einigen Monaten an einer solchen Karaoke-Veranstaltung aufgehalten. Nachmittags kümmere sie sich um die Enkeltochter oder sitze auf dem Gartensitzplatz. Sozialkontakte ausserhalb der Familie unterhalte sie noch, wenngleich weniger als früher. Neben dem gelegentlichen Kaffee mit der Nachbarin erhalte sie mindestens einmal wöchentlich Besuch eines sehr guten Freundes. Etwa jede dritte Woche gehe sie mit ihm weg, zum Beispiel ins Niederdorf (Urk.

8/62/8).

Bei einer schweren depressiven Episode ist der Patient regelmässig nicht in der Lage, berufliche, soziale und häusliche Aktivitäten fortzuführen, allenfalls sehr begrenzt (Dilling et al., Weltgesundheitsorganisation: internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): klinisch-diagnostische Leitlinien, 7. Auflage 2010, S. 153). Angesichts dessen und mit Blick auf die vielfältigen Aktivitäten sowie die erhaltenen sozialen Kontakte der Beschwerdeführerin sowie aufgrund ihrer erhaltenen Fähigkeit, Freude zu empfinden, ist die Diagnose einer schweren Depression wenig nachvollziehbar. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll zudem das Gericht denn auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Dasselbe gilt in Bezug auf behandelnde Spezialärzte (so etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 570/04 vom 21. Februar 2005 E. 5.1 mit Hinweisen).

Im Antragsverfahren war die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung durch Dr. H. \_\_\_ gemäss seinen Beschreibungen wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten, also zu Zeit, Ort, Person und Situation vollständig orientiert. Anfangs habe sich die Beschwerdeführerin recht zurückhaltend verhalten, sei aber im Verlauf der Exploration zunehmend zugewandter und offener geworden. Die Beschwerdeführerin habe das Explorationsgeschehen aufmerksam verfolgt. Die Konzentrationsfähigkeit habe erst gegen Ende der Exploration leicht nachgelassen. Die Beschwerdeführerin habe sich auf das jeweilige Gesprächsthema, auf rasche Wechsel der Gesprächsinhalte und Veränderungen der Gesprächstempi stets ein- und umstellen können. Zu keinem Zeitpunkt habe der formale Gedankengang gesperrt, ideenflüchtig oder gar zerfahren gewirkt. Im inhaltlichen Denken hätten zwar negative Kognitionen dominiert, jedoch habe keine Gefangenheit in depressiven Gefühlen, Ängsten oder Schmerzen bestanden. Weder hätten sich psychotische Denkinhalte noch Größenwahn, Wahn, Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen gezeigt. Ebenso wenig habe es Hinweise auf Störungen des Ich-Bewusstseins gegeben. Das Intelligenzniveau habe durchschnittlich gewirkt. Die Beschwerdeführerin sei im Antrieb nur geringfügig reduziert gewesen. Psychomotorisch habe sich die Beschwerdeführerin über Strecken schwinglos erwiesen, eingangs sogar ausgesprochen matt. Gestik und Mimik hätten einen ernsten Gesamteindruck unterstrichen. Die Körpersprache habe allerdings keinen tiefgreifenden Leidensausdruck vermittelt. Im Verlauf der Exploration habe sich die affektiv-emotionale Modulation der Beschwerdeführerin zunehmend aufgelockert. Die Beschwerdeführerin habe gut mitschwingen können und auch wiederholt gelächelt. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin schlussendlich nur noch eine ernste, allenfalls leicht depressiv geprägte Affektlage gezeigt. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei nicht aufgehoben gewesen (Urk. 8/62/12-13).

Auch vor diesem Hintergrund erscheinen die Diagnosestellung und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten als gut nachvollziehbar.

4.5 Dr. H. \_\_\_ erlebte die Beschwerdeführerin unter Medikamenteneinfluss und erhob die Befunde, nachdem die Beschwerdeführerin ihre Medikamente wie üblich

eingenommen hatte. Daher geht der Einwand, die Nebenwirkungen der höchstdosierten Medikation (z.B. Müdigkeit; Urk. 1 S. 2) seien nicht berücksichtigt worden, ins Leere. Die Beschwerdeführerin zeigte anlässlich der Begutachtung keine auffälligen Anzeichen von Müdigkeit.

4.6. Sowohl die Beschwerdeführerin auf eine ungenügende Dauer der Untersuchung durch Dr. H. \_\_\_ schloss (Urk. 1 S. 2), so ist vorweg festzuhalten, dass das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung der Dauer einer psychiatrischen Exploration keinen bedeutenden Stellenwert zumisst, solange die Expertise den praxisgemässen Kriterien entspricht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_448/2009 vom 27. Juli 2009 E. 2.2 und 8C\_485/2010 vom 21. September 2010 E. 2.4.3). Mithin spricht der Detaillierungsgrad des MEDAS-Gutachtens nicht gegen den Beweiswert und es ist nicht ersichtlich, dass die Expertise unsorgfältig erstellt worden wäre.

4.7. Insgesamt ist die attestierte erwerbliche Beeinträchtigung vor dem Hintergrund des im Gutachten beschriebenen psychischen Zustandsbildes mit der Agoraphobie mit Panikstörung und der rezidivierenden Depression mit derzeit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode, mit leichten Einschränkungen in der Ein- und Umstellfähigkeit, in der Ausdauer sowie in der Psychomotorik und der Affektregulation (Urk. 8/62/15) nachvollziehbar. Es ist demnach von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in geistig einfacheren bis mittelgradig anspruchsvollen Tätigkeiten mit geringen bis mittleren Verantwortungsgraden ohne besonderen Zeitdruck und ohne Nacharbeitsbedingungen auszugehen (Urk. 8/62/17).

5. Die von den MEDAS-Gutachtern attestierte Restarbeitsfähigkeit von 70 % bezieht sich explizit auf den Zeitpunkt der Begutachtung und die Zeit danach. Zum Grad der Arbeitsfähigkeit vor der Begutachtung ist dem Gutachten nur zu entnehmen, es habe seit Ende Februar 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % vorgelegen. Eine konkretere retrospektive Beurteilung erachteten die Gutachter als nicht möglich (Urk. 8/62/20). Gemäss Arbeitgeberbericht der Z. \_\_\_ vom 10. Mai 2010 leistete die Beschwerdeführerin, von kurzzeitigen krankheitsbedingten Arbeitsunterbrechungen abgesehen (Urk. 8/43/4), bis 20. November 2009 (letzter effektiver Arbeitstag) ein volles Pensum (Urk. 8/43/3). Erst hernach wurde ihr von den behandelnden Ärzten eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. vorstehende Erw. 3.1-3.5). Anfang Oktober 2010 verwies Dr. C. \_\_\_ auf eine Stabilisierung des Zustandsbildes der Beschwerdeführerin hin, ging aber gleichwohl weiterhin von einem schwer depressiven Zustandsbild mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 3/3 S. 2). In vorstehender Erwägung 4.4 wurde dargelegt, dass aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin zu Ihrer Alltagsbefindlichkeit und zur Lebensgestaltung nicht von einer schwer ausgeprägten Depression im Sinne der Beurteilung der behandelnden Ärztin, sondern von einer leicht bis mittelgradig ausgeprägten depressiven Störung, entsprechend den Darlegungen der MEDAS-Gutachter auszugehen ist, wobei sich, was auch die behandelnde Psychiaterin bestätigte, 2010 der Zustand der Beschwerdeführerin zunehmend besserte. Demnach steht nicht hinreichend fest, dass die Beschwerdeführerin ab Ende November (Stellenverlust und hernach attestierte Arbeitsunfähigkeit) während mehr als einem Jahr ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig und hernach zu mindestens 40 % erwerbsunfähig gewesen ist. Somit ist der Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden und es ist die von der Beschwerdeführerin dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Patientenstelle Zürich
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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