

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00224 vom 16. Juli 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-07-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00224

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00224 du 16 juillet 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00224 del 16 luglio 2018

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1983, arbeitete zuletzt seit August 2003 als Business Manager bei der Y.____ AG (Urk. 2/7/37). Unter Hinweis auf chronische Schmerzen meldete sie sich erstmals am 7. Februar 2009 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 2/7/6). Nachdem die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Schwyz, IV-Stelle, die medizinische und erwerbliche Situation (Urk. 2/7/9, Urk. 2/7/11-12) abgeklärt hatte, teilte sie der Versicherten am 15. April 2009 mit, dass zurzeit keine beruflichen Massnahmen notwendig seien (Urk. 2/7/15). Mit Verfügung vom 13. November 2009 (Urk. 2/7/22) verneinte sie sodann einen Rentenanspruch der Versicherten mangels dauernder Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 %.

E. 1.2

Am 23. Januar/12. Februar 2013 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 2/7/24, Urk. 2/7/27). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte Abklärungen der medizinischen und erwerblichen Situation (Urk. 2/7/31-35, Urk. 2/7/37-39, Urk. 2/7/54) und gewährte der Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form einer Laufbahnberatung (Urk. 2/7/40) sowie eines Job Coachings (Urk. 2/7/45). Im April 2014 schloss die IV Stelle die Frühinterventionsmassnahmen ab (Urk. 2/7/57) und veranlasste eine rheumatologische sowie psychiatrische Begutachtung, über welche am 28. Mai respektive 2. Juni 2014 berichtet wurde (Urk. 2/7/65, Urk. 2/7/67). Die zuständige Pensionskasse entrichtet der Versicherten eine Teilinvalidenrente (Urk. 2/7/49, Urk. 2/7/93).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 2/7/70, Urk. 2/7/79, Urk. 2/7/83, Urk. 2/7/85, Urk. 2/7/94, Urk. 2/7/105, Urk. 2/7/111) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. Januar 2015 (Urk. 2/7/113) einen Rentenanspruch der Versicherten.

E. 1.3

Die von der Versicherten am 19. Februar 2015 dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 2/1) wies das hiesige Gericht im Verfahren IV.2015.00235 mit Urteil vom 13. Mai 2016 ab (Urk. 2/17).

E. 2.1

Das Bundesgericht hiess die von der Beschwerdeführerin am 28. Juni 2016 dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 2/19) mit Urteil 8C_445/2016 vom 7. Februar 2017 (Urk. 1) teilweise gut und wies die Sache zur Einholung eines Gerichtsgutachtens und zu neuer Entscheidung an das hiesige Gericht zurück.

E. 2.2

In Nachachtung des Urteils des Bundesgerichts stellte das hiesige Gericht mit Beschluss vom 3. März 2017 (Urk. 3) die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der Medas Z.____ in Aussicht und gab den Parteien Gelegenheit, Einwendungen gegen die in Aussicht genommene Begutachtungsstelle und die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte vorzubringen sowie sich zu den Fragen an die Sachverständigen zu äussern beziehungsweise Abänderungs- und Ergänzungsanträge zu stellen.

Die Beschwerdegegnerin erhob mit Eingabe vom 15. März 2017 (Urk. 5) keine Einwände gegen die in Aussicht genommene Begutachtungsstelle und teilte mit, dass sie keine Ergänzungen beantrage.

Mit Schreiben vom 11. Mai 2017 (Urk. 7) erklärte sich auch die Beschwerdeführerin mit einer Begutachtung durch die Ärzte der Medas Z.____ und grundsätzlich ebenfalls mit dem Fragenkatalog als einverstanden. Nach Rücksprache mit ihrem behandelnden Arzt wies sie indessen darauf hin, dass für die Begutachtung ein Schmerzspezialist hinzugezogen werden sollte. Diesbezüglich wurde sie auf die Ausführungen im Beschluss vom 3. März 2017 (Urk. 3) hingewiesen, wonach die abschliessende Festlegung der notwendigen Fachrichtungen den Gutachterinnen und Gutachtern obliege und dies insbesondere für einen allfälligen Beizug eines Spezialisten oder einer Spezialistin für Stoffwechselerkrankungen gelte (vgl. Urk. 3 S. 2 Ziff. 1). Dasselbe habe auch für den Beizug eines Schmerzspezialisten zu gelten (vgl. Urk. 9 S. 2).

E. 2.3

Mit Beschluss vom 18. Mai 2017 (Urk. 9) hat das Gericht über das Gutachten und die Fragestellung definitiv beschlossen und die Medas Z.____ mit der Begutachtung beauftragt. Ein Rechtsmittel gegen diesen Beschluss wurde nicht erhoben.

Mit Eingabe vom 31. Juli 2017 (Urk. 13) hat die Medas Z.____ mitgeteilt, welche Ärztinnen und Ärzte für die Begutachtung vorgesehen sind.

Mit Verfügung vom 8. August 2017 (Urk. 14) hat das Gericht den Parteien Gelegenheit gegeben, gegen die vorgesehenen Gutachterinnen und Gutachter begründete Einwände zu erheben.

Nachdem beide Parteien auf solche Einwände verzichtet respektive keine Einwände vorgebracht haben (vgl. Urk. 16), hat das Gericht mit Beschluss vom 15. September 2017 (Urk. 18) die Medas Z.____ beauftragt und die Gutachterinnen und Gutachter ernannt.

E. 2.4

Die Beschwerdegegnerin und die Beschwerdeführerin nahmen am 15. Mai 2018 (Urk. 32; Urk. 33) Stellung zum Gutachten vom 23. Februar 2018 (Urk. 24). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die massgebenden rechtlichen Bestimmungen betreffend den Invaliditätsbegriff (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG, Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG) und die Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 und 2 IVG), die Bemessung des Invaliditätsgrades (Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG), sowie betreffend den Beizug eines medizinischen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) wurden im Urteil des hiesigen Gerichts vom

13. Mai 2016 in Sachen der Parteien (Urk.

2/ 17 E. 1) sowie im Urteil des Bundesgerichts 8C_445 /201

E. 6

vom 7. Februar 2017 (Urk. 1 E. 3) umfassend wiedergegeben, wes halb vollumfänglich darauf ver wie sen werden kann. 2.

Das Bundesgericht hielt im Wesentlichen fest, dass mehrere Differenzen in der Beurteilung der medizinischen Situation zwischen Dr. med. A. ___ und den übrigen behandelnden oder ausschliesslich begutachtenden Ärzten vorlägen, wel che die Erstere nicht überzeugend zu erklären vermöge. Infolge dieser Unverein barkeiten könne der Einschätzung der Frau Dr. med. A. ___ gemäss Gutachten vom 28. Mai 2014 nicht gefolgt werden. Die Sache sei zur Einholung eines Ge richtsgutachtens und anschliessendem neuen Entscheid an die Vorinstanz zu rückzuweisen (Urk. 1 S. 7 E. 6.3). 3.

3.1

In Vollzug des Urteils des Bundesgerichts vom 7. Februar 2017 gab das hiesige Gericht zur Klärung der noch offenen Fragen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit eine polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin in Auftrag: 3.2

Die Ärzte des Medas Z. ___ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 23. Februar 2018 (Urk. 24) gestützt auf die Akten sowie die eigenen Untersu chungen und Beobachtungen der Beschwerde führerin und nannten folgende Di agnosen mit Auswir kung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 56 f. Ziff. 4.1): - Ehlers-Danlos Syndrom Typ III (hypermobile Form) mit - Entwicklung einer generalisierten chronischen Schmerzkrankheit - Fatigue-Symptomatik - rezidivierendem zervikospondylogem und lumbospondylogem Schmerzsyndrom, vermutlich infolge rezidivierender funktioneller Blo ckaden - Kiefergelenksdysfunktion - anamnestisch Postural Orthostatic Tachycardia Syndrome (POTS) - Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 - komplizierte, protrahierte Trauerreaktion (ICD-10 F38.8)

Sie nannten folgende Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfä higkeit, aber mit Krankheitswert (S. 57 Ziff. 4.2): - Segmentdegeneration L3/4, Status nach konservativer Therapie einer klei nen luxierten Diskushernie August 2012 - leichte linkskonvexe Skoliose - unerwünschte Nebenwirkungen bei therapeutischer Anwendung: Opioiden - schädlicher Nikotinkonsum - nicht völlig ausgeschlossene partielle Nebennierenrinden-Insuffizienz, bei - höchst unwahrscheinlicher autochthoner (in der Nebenniere gelegener) Ursache - möglicher sekundärer und/oder tertiärer (in der Hypophyse respektive im Hypothalamus situierter) Ursache, in erster Linie als Nebenwirkung von chronischer, unkontrollierter Einnahme von Hydrocortison und/oder chronischer Behandlung mit hochdosierten Opiaten - Knochendichtemessung Juni 2016 mittels DEXA am distalen Radius grenzwertig zwischen Osteopenie und Osteoporose, an Oberschenkel und Lendenwirbelsäule unauffällig

Sie führten aus, die klinische Untersuchung zeige als Hauptbefund eine Beweg lichkeit, die über das Normalmass hinausgeh e (Hypermobilität). Dies zeige sich einerseits am Beighton-Sco re von 5 , aber auch an Körperstellen, die ni cht im Beighton-Score erfasst wü rden: sehr gut bewegliche Halswirbelsäule

(HWS) und übermässig mobile Hüft- und Kniegelenke (S. 46). An der Diagnose eines Ehlers-Danlos-Syndroms Typ III (hypermobile Form) sei nicht zu zweifeln. In den Akten seien mehrmals auch ein cervikospondylogenes und ein lumbospondylogenes Syndrom erwähnt worden . Dies dürfte weitgehend auch zur Problematik des Ehlers-Danlos-Syndroms gehören und keine eigenständige Erkrankung darstellen. Am wahrscheinlichsten handle es sich um rezidivierende funktionelle Blockaden, die bedingt seien durch die Hypermobilität. Eine Segmentdegeneration L4/5 mit einer luxierten Diskushernie sei 2012 akut gewesen und habe Anlass zu einer Hospitalisation zur konservativen Behandlung eines lumboradikulären Syndroms gegeben . Aktuell bestünden keine Hinweise auf eine noch vorliegende radikuläre Kompression und die rezidivierenden Wirbelsäulen-Probleme entsprächen mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit Blockaden im Bereich der HWS, der LWS und der Iliosakralgelenke (S. 46 f.) .

Die rheumatologische Untersuchung ergab, dass die Beschwerdeführerin einen grossen Leidensdruck habe. Das während der Befragung empfundene subjektive Schmerzniveau habe sie auf der 10er-Skala zwischen drei und vier Punkten festgelegt, was zu ihrem Erscheinungsbild passe. Sie sitze unruhig auf dem Stuhl, wechsele häufig zwischen vorderer und hinterer Sitzhaltung, stütze teilweise mit beiden Händen auf dem Stuhl ab, bitte nach etwa einer Stunde darum, aufstehen und herumgehen zu dürfen (S. 30 unten).

Aus rheumatologischer Sicht unklar sei die Indikation für die Behandlung mit dem Immunsuppressivum Azathioprin. Laut der Beschwerdeführerin

sei diese Behandlung vor ein paar Jahren unter der Hypothese installiert worden , dass eine Autoimmunerkrankung vorliegen könnte. Eine solche sei jedoch nicht überzeugend nachgewiesen worden. Vorgängig sei offenbar ein Antimalarikum eingesetzt worden , das zu Nebenwirkungen (Haarausfall) geführt habe . Azathioprin gehöre nicht zu den Substanzen, die zur symptomatischen Behandlung eines Ehlers-Danlos-Syndroms empfohlen würden. Diese Behandlung sollte nochmals evaluiert beziehungsweise abgesetzt werden, zumal eine immunsuppressive Therapie nicht ganz harmlos sei (Risiko gehäufter Infektionen). Sorge bereite auch der Einsatz eines Opiates (MST) zur Langzeittherapie eines nicht-karzinombedingten Schmerzes. Glücklicherweise habe die Beschwerdeführerin die Dosis im Frühling 2017 sukzessive auf aktuell 2 x 40 mg MST reduziert. Eine weitere Reduktion bis hin zum Ausschleichen sollte geprüft werden, wobei es hier um ein sorgfältiges Abwägen von Wirkungen und Nebenwirkungen gehe und dies im klinischen Kontext nicht einfach zu bewerkstelligen sei (S. 48) .

Zusammenfassend sei festzuhalten, dass eine chronische, hochdosierte Opiattherapie sich dem Endokriniem gegenüber nicht inert verhalte und schädlich sein könne und bei höchst fraglicher Indikation (wie hier bei chronischer somatoformer Schmerzstörung) unter enger psychiatrischer Betreuung ausgeschlichen werden sollte, wonach mit hoher Wahrscheinlichkeit Hydrokortison und eventuell nötiges Östrogen/Progesteron überflüssig würden (S. 51) .

Bezugnehmend auf die psychiatrische Beurteilung liessen sich zusammengefasst viele der beklagten Symptome sowohl mit einem Ehlers-Danlos- Syndrom wie auch mit einer psychiatrischen Erkrankung aus dem Formenkreis der somatoformen Störungen abbilden. Die Überlappungen seien gross, eine klare Grenzziehung nicht möglich. Die Leistungseinschätzung sei aus diesem Grund in enger Absprache zwischen dem Rheumatologen und dem Psychiater erfolgt . Komme hinzu, dass es sich beim Ehlers-Danlos - Syndrom um eine

sehr seltene Erkrankung handelt, zu der es keine grossen Outcome-Studien aus grossen Kollektiven gebe (S. 56).

Wegen des Ehlers-Danlos - Syndroms mit genereller Hypermotilität und generalisierten Weichteilschmerzen sei die Beschwerdeführerin nicht geeignet für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten. Ebenso sei sie nicht geeignet für monotone, stereotyp-repetitive Tätigkeiten und Tätigkeiten in Nässe und Kälte. Für sie im Vordergrund stünden eine Kombination von Schmerzen und Müdigkeit. Diesbezüglich bestünden grosse Überlappungen im Grenzbereich zwischen Soma und Psyche. Wie in der Beurteilung dargelegt, könnten einige der beklagten Symptome sowohl mit somatischen wie auch mit psychiatrischen Codes abgebildet werden. Überlagert werde die Symptomatik zudem durch Nebenwirkungen einer in gutachterlicher Ansicht schlecht indizierten, recht hoch dosierten Opiattherapie. Wegen der grossen Überlappung im Grenzbereich zwischen Soma und Psyche scheine es angebracht, eine gemeinsame somatisch-psychiatrische Leistungseinschätzung abzugeben. Das Leiden erreiche insgesamt einen Schweregrad, der erhebliche Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit habe. Dies gehe auch aus den Akten hervor. Es bestünde der Eindruck, dass sich die Beschwerdeführerin stets Mühe gebe, im angestammten Arbeitsplatz arbeitsfähig zu bleiben. Unter den Bedingungen am realen Arbeitsplatz sei eine Steigerung des Pensums über 50 % nicht möglich. Es ergäben sich keine Anhaltspunkte darauf, dass primär eine mangelhafte Motivation für die Leistungsdefizite verantwortlich wäre (S. 58).

Eine Neurasthenie könne höchstens bei einer hochqualifizierten Arbeit, zum Beispiel mit Führungsfunktionen oder hohen Anforderungen an die Kreativität und Flexibilität, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % oder mehr bewirken. Die bisherige Arbeit als Betriebsökonomin und Projektleiterin, auch in der Softwareentwicklung, stelle sehr hohe Anforderungen an die Kreativität, Flexibilität, Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer und, wenn sie keine gesundheitsbedingten Einschränkungen hätte, wäre davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin mit ihrer Ausbildung, Erfahrung und Persönlichkeit inzwischen auch Führungsfunktionen hätte. Wenn sie sonst keine Beschwerden hätte, aber eine Neurasthenie, würde man aus therapeutischer Sicht auf ein Weiterführen der Arbeit drängen, da ihr das Tagesstruktur, Bestätigung und Kontakte gebe, was die Heilung der Neurasthenie unterstütze. Dazu kämen noch die Auswirkungen der Schmerzen. Die psychische Komponente wirke sich vor allem durch die Verlangsamung, die Schwankungen der Leistungsfähigkeit, die Schlafstörungen mit der erhöhten Tagesmüdigkeit und dem vermehrten Pausenbedarf auf die Arbeitsfähigkeit aus. Diese verstärkten die Auswirkungen der Neurasthenie. Auch hier gelte, dass eine erfolgreiche und befriedigende Arbeit sich günstig auf ihren Gesundheitszustand auswirke, indem sie sie von den Schmerzen ablenke und auch ihre Schlafstörungen positiv beeinflusse (S. 59).

Zusammenfassend sei die im realen Arbeitskontext gezeigte Leistung von 50 % eines Normalpensums (halbtätige Präsenz mit voller Leistung) mit den gesundheitlichen Störungen der Beschwerdeführerin erklärbar. Sie sei bei der derzeitigen Tätigkeit optimal eingegliedert. Es gebe keine alternative Tätigkeit, bei der die Arbeitsfähigkeit wesentlich höher angesetzt werden könnte. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Erkrankung eine bessere berufliche Karriere hätte errichten können. Diesbezüglich sei nicht von einem Krankheitsgewinn, sondern von einem Krankheitsverlust auszugehen (S. 59 unten).

Es ergäben sich nur geringe Diskrepanzen zwischen den in der

Aktenla ge aufgelisteten und den vom Arbeitgeber registrierten Arbeitsunfähigkeiten. Aus gutachterlicher Sicht ergäben sich keine Hinweise darauf, dass die im klinischen Kontext ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten nicht korrekt gewesen seien. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten sie auf der tatsächlichen krankheitsbedingt eingeschränkten Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin basiert (S. 60).

Chronische Schmerzen seien in aller Regel ein komplexes bio-psycho-soziales Phänomen, bei dem somatische und psychische Faktoren nicht streng auseinandergehalten werden könnten. Dies gelte - wie dargelegt - besonders auch im Fall der Beschwerdeführerin (S. 60 f.).

Die Beschwerdeführerin verfüge über Ressourcen, um teilweise einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, diese würden aber nicht ausreichen, um ein Vollzeitpensum zu bestehen.

Da eine sehr seltene Erkrankung (Ehlers-Danlos Syndrom) im Spiel sei und entsprechende Erfahrungen aus grossen Kollektiven in der Fachliteratur fehlen würden, sei eine seriöse Prognose nicht möglich. Die Indikation für die Opiattherapie wie auch für die hormonelle Substitution mit Kortison sollte im klinischen Kontext nochmals sehr kritisch hinterfragt werden. Insbesondere die hochdosierte Opiattherapie scheine mehr Nachteile als Vorteile zu bringen und die Aussicht auf eine lebenslange Anwendung von Opiaten sei eine schlechte Option. Auch in der medizinischen Fachliteratur werde die Langzeitanwendung von Opiaten bei Non-Cancer Pain zunehmend kritisch hinterfragt. Diese Erkenntnis sei bereits in Guidelines eingeflossen. Auch Azathioprin gehöre nicht zu den Substanzen, die zur symptomatischen Behandlung eines Ehlers-Danlos-Syndroms empfohlen würden. Diese Behandlung sollte nochmals evaluiert beziehungsweise abgesetzt werden. Es sei denkbar, dass sich das Wohlbefinden nach Reduktion der polypragmatischen Medikation bessere. Es gebe keine Hinweise auf

Aggravation, Simulation oder mangelnden Einsatzwillen der Beschwerdeführerin (S. 61).

Der psychiatrische Gutachter führte im Teilgutachten (im Anhang zu Urk. 24) aus, dass die Beschwerdeführerin affektiv erreichbar sei und leicht eingeschränkt mobil sei, die Stimmung sei vorwiegend bedrückt, traurig, aber sie könne zwischen durch auch lachen. Sie lächle im Laufe des Gespräches zunehmend öfter, wobei die Augen mitlächeln würden. Sie habe immer wieder Tränen in den Augen und weine wiederholt, wobei sie sich sichtlich schäme und dagegen ankämpfe. Sie wirke schon zu Beginn müde, was sich im Laufe des Gespräches noch verstärke. Der Händedruck sei schon zu Beginn eher schwach, was beim Abschied noch deutlicher sei. Blickkontakt, Mimik und Gestik seien unauffällig. Die Stimme sei normal laut und moduliert. Sie fasse

rasch Vertrauen und erzähle weitgehend spontan. Sie wechsele immer wieder ihre Position auf dem Stuhl leicht, stehe auch wiederholt kurz auf, halte sich an der Stuhllehne fest und gehe in die Knie. Vereinzelt zucke sie unvermittelt zusammen, wobei sie das zu verbergen versuche. Es wirke nicht demonstrativ. Sonst habe sie nur gelegentlich Schmerzzeichen wie Seufzen oder das Gesicht verziehen gezeigt. Sie habe Ein- und Durchschlafstörungen und ein Abendtief, das vorwiegend durch die Schmerzen und die Müdigkeit bedingt seien (S. 4).

Es gebe klinisch und anamnestisch Hinweise auf eine überdurchschnittliche Intelligenz. Intelligenz sei grundsätzlich eine Ressource, aber wenn sie nicht gefördert worden sei, könne sie auch ein Risikofaktor sein. Beruflich und schulisch sei die Beschwerdeführerin

gefördert worden und habe eine Berufsausbildung und ein Studium als Betriebsökonomin absolvieren können. Das sei eine wertvolle Ressource. Sie habe eine grosse Erfahrung in ihrem Beruf und ein gutes Netzwerk in und ausserhalb der Bank, was ihr helfe einige ihrer Einschränkungen zu bewältigen (S. 5 f.).

Die Beschwerdeführerin zeige sehr leistungsorientierte und perfektionistische Persönlichkeitszüge und einen grossen Stolz auf ihre Leistungen. Sie sei sehr sportlich gewesen und ihre körperliche Leistungsfähigkeit sei ihr auch von daher wichtig gewesen. Von ihrer Leistungsfähigkeit sei aber auch all die Jahre ihr Selbstwertgefühl abhängig gewesen. Durch die Erkrankung mit ihren Folgen

wie Schmerzen und Konzentrationsstörungen sei das in Frage gestellt worden. Diese Persönlichkeitszüge seien per se nicht pathologisch und sozial sehr erwünscht, da sie zu einer hohen Leistungsfähigkeit und -bereitschaft beitragen würden, aber sie würden es ihr möglicherweise schwerer machen, sich mit Einschränkungen zu arrangieren. Ohne die körperliche Erkrankung hätten diese Persönlichkeitszüge wahrscheinlich nie zu Problemen bei der Arbeit geführt. Inzwischen habe sie sich hier grosse Kompetenzen erworben, wie sie sich in den Grenzen, die ihr ihre Erkrankung und ihr Körper setzten, doch bewegen und wie sie mit diesen Problemen umgehen könne. Sie habe auch Persönlichkeitszüge und Copingmuster, die günstig seien und damit Ressourcen, die sonst in einer Psychotherapie aufgebaut würden. So sei sie dankbar für ihr Leben, ihre Erfolge, die Chancen, die sich ihr geboten hätten und ganz wichtig für ihre Freunde. Sie engagiere sich für Menschen, die ihr wichtig seien, wie ihre Freunde, ihre Mitarbeiter und ihre Kunden, zu denen sie eine langjährige Vertrauensbeziehung habe aufbauen können.

Zusammenfassend würden die Ressourcen die Risiken und Belastungen überwiegen (S. 6).

Die Grundstimmung sei nur leicht bedrückt und die emotionale Reaktivität nur leicht eingeschränkt. Dies sei wahrscheinlich eine Reaktion auf die anhaltenden Schmerzen und keine Depression im eigentlichen Sinn (S. 9).

Ausser den erwähnten Risikofaktoren und Ressourcen gebe es keine Hinweise auf Persönlichkeitseigenschaften, welche die Umsetzung der restlichen Arbeitsfähigkeit einschränken oder besonders fördern würden (S. 12).

Bezüglich Komorbidität führte der psychiatrische Gutachter aus, es sei entscheidend, wie schwer die Störung mit Schmerzen, Erschöpfung und weiteren Symptomen sei, während die Anzahl der im ICD-10 stellbaren Diagnosen eher wenig aussage. Hier müssten aus klinischer Sicht auch die Störungen, die zwar klinische Auswirkungen hätten, aber die Kriterien im ICD-10 nicht erfüllten oder aufgrund von spezifischen Ausschlusskriterien nicht zulässig seien, wie hier die Depression und die Alpträume, berücksichtigt werden, da diese aus klinischer Sicht den Schweregrad und die Komplexität der Gesamtstörung erhöhen würden, insbesondere für die Behandlung. Es liege eine Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer, Intensität und Ausprägung im Sinne von Urteil 141 V 281 des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 vor, auch wenn es wahrscheinlich alle Facetten des gleichen Grundleidens seien (S. 12 f.).

Zur Konsistenz wurde ausgeführt, dass es bei der psychiatrischen Untersuchung weder Hinweise auf Aggravation noch auf Verdeutlichung oder Simulation geben habe. Die Beschwerdeführerin zeige allerdings, wie aufgezeigt, eine gewisse Neigung zur Dissimulation, zum Überspielen unangenehmer Empfindungen, respektive nicht

wahrhaben können oder wollen, wie ihr

Gesundheitszustand sei (S. 13) . In diesem Fall sei ein spezifischer Einfluss von psychischen Belastungsfaktoren wesentlich wahrscheinlicher als eine nicht krankheitswertige Symptomausweitung. In Bezug auf die im Vordergrund stehende Symptomatik sei

ihre Schilderung der Beschwerden, ihres Tagesablaufs, ihrer Aktivitäten und ihrer sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und den Akten und kongruent mit den gestellten Diagnosen. Das spiegle sich auch im «Mini-ICF-Rating» für psychische Störungen wieder. Die Beschwerdeführerin

sei bei Bedarf in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, obwohl der Weg dahin für sie aufwändig sei, was für einen Leidensdruck spreche. Die Serumspiegel zeigten, dass sie die verordneten Medikamente einnehme. Sie habe es auch aufgrund des Engagements ihres Arbeitgebers und ihrer Vorgesetzten bis heute geschafft, trotz Einschränkungen und Ausfällen ihre Stelle zu behalten, was für eine hohe Motivation und Leidensdruck spreche (S. 13) .

Es sei, soweit beurteilbar, trotz mehreren Versuchen und hoher Motivation eine nachhaltige Steigerung des Pensums über 50 % nicht möglich gewesen. Eine chronische Müdigkeit könne einen beträchtlichen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit und Lebensqualität haben .

Grundsätzlich habe eine Neurasthenie, wie eine Depression, zwar immer Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, vor allem durch die Konzentrationsstörung, die Einschränkungen von Antrieb und Durchhaltevermögen, aber nicht immer auch auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14).

Wie auch unter Komorbidität dargelegt, sei die vorliegende Störung sehr komplex und es gebe grosse Überlappungen. Daher lassen sich viele Symptome und Einschränkungen, wie die Erschöpfbarkeit/Fatigue, nicht eindeutig zuordnen. Von daher mache es wenig Sinn, eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht vorzunehmen. Es sei auf die Gesamteinschätzung zu verweisen. Auf jeden Fall könnten die psychischen Störungen die Umsetzung der aus somatischer Sicht noch möglichen Arbeitsfähigkeit erschweren. Dieser Effekt sei schwierig zu beziffern. Es seien bei der Beurteilung ausschliesslich gesundheitlich bedingte Einschränkungen berücksichtigt worden (S. 14 f.).

4. 4.1

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachleute ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa). 4.2

Vorliegend besteht kein Abweichungsgrund. Das Gerichtsgutachten der Medas Z.____ vom Februar 2018 entspricht sämtlichen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. vorstehend E. 1). Es ist umfassend und vermag zu überzeugen, weshalb darauf abzustellen ist.

Im Gutachten der Medas Z.____ wurde auch zum bidisziplinären Gutachten von Dr. med. A.____ und PD Dr. med. B.____ vom Mai/Juni 2014 Stellung genommen. Es wurde unter anderem ausgeführt, dass im psychiatrischen Teilgutachten weder die Differentialdiagnose einer Somatisierungsstörung in Erwägung gezogen noch die hohe Opiatdosis thematisiert worden sei. Zur Indikation für die Opiattherapie und den möglichen Nebenwirkungen in dieser hohen Dosierung nehme der Psychiater keine Stellung. Insgesamt biete das bidisziplinäre Gutachten keine schlüssige Erklärung für die von der Beschwerdeführerin beklagte vielfältige Symptomatik und ihre Leistungseinbusse. Beide Gutachter hätten sich in ihrer Beurteilung darauf beschränkt, dass sie nichts gefunden hätten, was den Zustand erklären könnte. Gleichzeitig hätten sie jedoch weder Aggravation noch Simulation postuliert. Insofern bestehe eine Erklärungslücke (Urk. 24 S. 38 f.). Aufgrund der Akten lasse sich nicht eruieren, weshalb PD Dr. B.____ eine allfällige psychische Komponente der Schmerzen trotz der offensichtlich vorhandenen psychischen Faktoren und Belastungen nicht diskutiert habe, obwohl es mit der Diagnose von psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen bereits vor 2009 eine Alternative zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gegeben habe, die hier ausgeschlossen sei. Von daher dürfe in Bezug auf die Schmerzstörung aus einer Änderung der Diagnose nicht auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes geschlossen werden (S. 53 oben).

Damit ist gestützt auf das Gutachten der Ärzte der Medas Z.____ davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin hauptsächlich am Ehlers-Danlos-Syndrom Typ III (hypermobile Form), einer Neurasthenie, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie an einer komplizierten, protrahierten Trauerreaktion leidet. Die Ärzte der Medas Z.____ attestierten ihr ab Mitte September 2012 aufgrund dieser Diagnosen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der derzeitigen Tätigkeit, wobei die Beschwerdeführerin optimal eingegliedert sei (S. 59 f.). In Bezug auf den zeitlichen Verlauf führten die Gutachter aus, es ergäben sich keine Hinweise darauf, dass die im klinischen Kontext ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten nicht korrekt gewesen seien (S. 60 Mitte). 4.3

Sowohl bei der diagnostizierten Neurasthenie, der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie der komplizierten, protrahierten Trauerreaktion handelt es sich um psychische Erkrankungen. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbsinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG ,

BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE

141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es da ran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislafete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 4.4

Nach dem Gesagten ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen.

Eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren ist gestützt auf das Gutachten der Ärzte der Medas Z. ___ sowie die übrigen medizinischen Akten möglich. Weitere medizinische Abklärungen sind dementsprechend nicht angezeigt. 4.5

Im psychiatrischen Teilgutachten (im Anhang zu Urk. 24; vgl. auch vorstehend E. 3.2) wurde hinsichtlich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ausgeführt, dass aufgrund der Neurasthenie die Konzentration, der Antrieb und das Durchhaltevermögen beeinträchtigt seien (S. 14). Die Beschwerdeführerin sei vermehrt müde und leide an Ein- und Durchschlafstörungen (S. 4), wobei neben der chronischen Müdigkeit auch die Schmerzen, das tiefe Energie- und Antriebsniveau sowie die Konzentrationsstörungen im Vordergrund stünden (S. 6, S. 10). Wenn die funktionellen Auswirkungen berücksichtigt würden, die sich bei der Arbeit, im Haushalt und im Tagesablauf der Beschwerdeführerin zeigten, sei von einer mittelgradigen Schmerzstörung auszugehen (S. 7 unten). Die Beschwerdeführerin habe durch die Erkrankung und deren Folgen als Hauptursache vieles verloren, wie beispielsweise seelische und körperliche Schmerzfreiheit, Arbeits- und Ausbildungs-, respektive Karrieremöglichkeiten, Verdienst und Anerkennung (S. 8 oben). Dieser Trauerprozess sei inzwischen zumindest teilweise in eine chronische Depression übergegangen (S. 8 Mitte). Die Werte in der Fremdbeurteilung entsprächen einer mittelgradigen Depression (S. 9 oben). Bei der Beschwerdeführerin sei die Grundstimmung nur leicht bedrückt und die emotionale Reaktivität nur leicht eingeschränkt. Dies sei wahrscheinlich eine Reaktion auf die anhaltenden Schmerzen und keine Depression im eigentlichen Sinn (S. 9 Mitte). Für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei nicht nur vom momentanen Schweregrad auszugehen, sondern von einem durchschnittlichen Schweregrad, was vorliegend einer leichten Depression entspreche (S. 10 Mitte).

Zum Tagesablauf ist bekannt, dass die Beschwerdeführerin an den Tagen, an denen sie arbeiten gehe, um 5 Uhr aufstehe, Kaffee trinke und sich langsam aufwärme, indem sie die ersten Übungen auf der Yoga-Matte mache. Sie nehme dann ihre Medikamente ein und mache die Morgentoilette. Etwa zwischen 7.45 und 8.15 Uhr verlasse sie das Haus und mache sich auf den knapp 30-minütigen Arbeitsweg mit dem Tram. Seit Herbst arbeite sie nun an drei Tagen pro Woche zu 7 Stunden, jeweils am Vormittag und am Nachmittag 3.5 Stunden mit einer längeren Mittagspause. Etwa um 16 Uhr gehe sie nach Hause und lege sich hin, trinke einen Tee, bereite das Nachtessen vor und mache wieder Yoga-Übungen. Bettruhe sei etwa ab 22 Uhr. An den freien Tagen habe sie meistens diverse Termine wie Physiotherapie und Arzttermine, ausserdem brauche sie die Zeit an den freien Tagen für die Regeneration, aber auch um administrative Arbeiten zu erledigen (Hauptgutachten S. 28). Diese Angaben zeigen, dass die Beschwerdeführerin einen erheblichen Teil ihrer freien Zeit zur Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit aufwendet.

Zum zweiten Indikator („Behandlungserfolg oder -resistenz“) ergibt sich aus dem Medas-Gutachten, dass die Beschwerdeführerin seit 2012 eine psychiatrische Behandlung bei Dr. med. C. ___ in unregelmässigen Abständen, aktuell etwa sechsmal pro Jahr in Form einer Gesprächstherapie ohne medikamentöse Unterstützung habe (S. 28 Mitte). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei die Indikation für das Weiterführen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gegeben. Die Psychotherapie werde leitend durchgeführt und die bisherige Compliance sei gut. Von einem Versuch mit einem Antidepressivum könne keine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden (psychiatrisches Teilgutachten im Anhang zu Urk. 24 S. 15 Mitte).

Im Gerichtsgutachten wurde festgehalten, dass eine Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer, Intensität und Ausprägung vorliege, auch wenn es wahrscheinlich alle Facetten des gleichen Grundleidens seien (S. 13).

Bezüglich Persönlichkeit wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführerin die Auseinandersetzung mit dem Thema Grenzen nicht einfach falle, da sie als vielseitig begabte Frau guten Leistungen viel Positives für ihren Selbstwert abgewinnen könne. Sie zeige sehr leistungsorientierte und perfektionistische Persönlichkeitszüge und einen grossen Stolz auf ihre Leistungen. Harmonie sei ihr sehr wichtig, sie habe erst sehr spät zu lernen begonnen, Signale ihres Körpers zu beachten und auf sich selber und ihre Grenze Rücksicht zu nehmen. Die Beschwerdeführerin habe auch günstige Persönlichkeitszüge und Coping-Muster, so sei sie dankbar für ihr Leben, ihre Erfolge, die Chancen, die sich ihr geboten hätten und ganz wichtig für ihre Freunde (S. 6).

Betreffend den sozialen Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin alleine lebt, keinen Partner hat und seit 2012 zu 50 % als Projektmanagerin bei der Y.____ arbeitet (Hauptgutachten S. 25 Mitte). Beruflich und schulisch sei sie gefördert worden und habe eine Berufsausbildung und ein Studium als Betriebsökonomin abschliessen können. Sie habe grosse Erfahrung in ihrem Beruf und ein gutes Netzwerk in und ausserhalb der Bank, was ihr helfe, einige ihrer Einschränkungen zu bewältigen (psychiatrisches Teilgutachten im Anhang zu Urk. 24 S. 6).

Zu prüfen bleibt der Aspekt der Konsistenz. Im Gutachten der Ärzte der Medas Z.____ wurde ausgeführt, dass weder Hinweise auf Aggravation noch auf Verdrückung oder Simulation bestünden. Die Beschwerdeführerin zeige allerdings eine gewisse Neigung zur Dissimulation, zum Überspielen unangenehmer Empfindungen, respektive nicht wahrhaben können oder wollen, wie ihr Gesundheitszustand sei. In Bezug auf die im Vordergrund stehende Symptomatik sei ihre Schilderung der Beschwerden, ihres Tagesablaufs, ihrer Aktivitäten und ihrer sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und den Akten und kongruent mit den gestellten Diagnosen. Die Beschwerdeführerin sei bei Bedarf in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, obwohl der Weg dahin für sie aufwändig sei, was für einen Leidensdruck spreche. Die Serumspiegel zeigten, dass sie die verordneten Medikamente einnehme. Sie habe es auch aufgrund des Engagements ihres Arbeitgebers und ihrer Vorgesetzten bis heute geschafft, trotz Einschränkungen und Ausfällen ihre Stelle zu behalten, was für eine hohe Motivation und Leidensdruck spreche (S. 13). 4.6

Die abschliessende Würdigung des Beschwerdebildes anhand der Standardindikatoren ergibt, dass für die Zeit ab Mitte September 2012 auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wie sie sich aus dem Gutachten der Medas Z.____ ergibt, abgestellt werden kann. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage sind anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen (vgl. vorstehend E. 4.3). Entsprechend besteht in der aktuell ausgeübten, angestammten und gleichzeitig optimal angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit.

Der Einwand der Beschwerdegegnerin (Urk. 32), wonach die Arbeitseinteilung der Beschwerdeführerin seit Herbst 2016 geändert habe, ist unbehelflich und vermag die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Medas-Gutachter nicht umzustossen. So kann es nach dem Gesagten (vgl. vorstehend E. 4.5) keine Rolle spielen, ob die Beschwerdeführerin

die ihr zumutbaren 50 % jeweils an fünf Halbtagen pro Woche oder an drei Tagen pro Woche zu je sieben Stunden mit längerer Mittagspause arbeitet. Gemäss Gutachter wirken sich insbesondere die Verlangsamung, die Schwankungen der Leistungsfähigkeit, die Schlafstörungen mit der erhöhten Tagesmüdigkeit und dem vermehrten Pausenbedarf auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 24 S. 59), womit vor allem die Erholungsphase beziehungsweise die Regenerationszeit entscheidend sind. Die Beschwerdeführerin ist mit der flexiblen Gestaltung ihrer Arbeitszeit beim jetzigen Arbeitgeber optimal entlastet (vgl. Urk. 24 S. 25, 28).

5. 5.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wo bei die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren ist. Somit ist ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen. Dazu 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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau er mittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung an gepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom

Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstruktur erhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

5.3

Bei der Festsetzung des Valideneinkommens ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch ein beruflicher Aufstieg im Gesundheitsfall zu berücksichtigen, den eine versicherte Person normalerweise vollzogen hätte; dazu ist allerdings erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein beruflicher Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert

worden wären. Die Absicht, beruflich weiterzukommen, muss durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein. Die theoretisch vorhandenen beruflichen Entwicklungs- oder Aufstiegsmöglichkeiten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten wären (BGE 96 V 29; AHI 1998 S. 166 E. 5a, I 287/95; RKUV 1993 Nr. U 168 S. 97 E. 3b, U 110/92; Urteil des Bundesgerichts 9C_757/2010 vom 24. November 2010 E. 4.2 mit Hinweisen).

5.4 Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarer Weise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b/aa). 5.5

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige renten wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; BGE 128 V 174 ; Urteile des Bundesgerichts 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.1 und 9C_22/2014 vom 18. Februar 2014 E. 4.3).

Vorliegend meldete sich die Beschwerdeführerin am 23. Januar/12. Februar 2013 erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 2/7/24, Urk. 2/7/27). Ein (hypothetischer) Rentenanspruchsbeginn kommt somit frühestens per 1. September 2013 in Frage, weshalb die Verhältnisse des Jahres 2013 massgebend sind (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). 5.6

Die Beschwerdeführerin machte insbesondere geltend, ohne Erkrankung hätte sie eine bessere berufliche Karriere erreichen können, was bei der Berechnung des Valideneinkommens berücksichtigt werden müsse (Urk. 33 S. 2 f.).

Nach Lage der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin nach der obligatorischen Schulzeit im Jahre 2002 die Matura absolvierte und anschliessend nach einem Zwischenjahr mit Aufenthalt in London ein Bankpraktikum für Mittelschulabsolventen (verkürzte Banklehre) bei der Y.____ abschloss. Danach arbeitete sie mit einem Pensum von 100 % weiterhin bei der Y.____, ab 2006 vor allem in der Kundenberatung. Berufsbegleitend nahm sie an der Marketing & Business School Zürich (MBSZ) ein Studium in Betriebsökonomie auf, welches aus drei Jahren Handelsschule HF, einer einjährigen Passerelle und einem Jahr Bachelorlehrgang bestand, wobei sie die HF und die Passerelle mit Teilpräsenz absolvierte. Den Bachelorlehrgang hat sie krankheitsbedingt nicht abschliessen können (vgl. Urk. 33 S. 3, Urk. 24 S. 24 f.). Seit März 2008 arbeitete sie krankheitsbedingt Teilzeit in wechselndem Ausmass, seit dem 17. September 2012 konstant zu 50 % (Urk. 24 S. 35, S. 60). Ihre Tätigkeit als Business Manager bei der Y.____ umfasst vor allem die Bearbeitung von Pricing Anträgen sowie die Unterstützung der Relationship Manager in Pricing, die Umsetzung von Pricing Initiativen, die Ausbildung der Relationship Manager im Fachbereich und die Vertretung des Business in Projekten sowie projektorientierte Arbeiten (Urk. 2/7/37). Gemäss Angabe der Arbeitgeberin hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2013 ohne Gesundheitsschaden Fr. 66'750.-- verdient (Urk. 2/7/37 S. 3 Ziff. 2.11), wobei sich dies auf ein Pensum von 75 % bezieht (vgl.

Ziff. 2.9-2.10). 5.7

Die Beschwerdeführerin vertrat die Auffassung, dass sie ohne Krankheit mit Sicherheit einen Masterabschluss hätte und 2010 befördert worden wäre. Mittlerweile hätte sie eine 100 % Stelle als Projektmanagerin, Consultant oder gar Vice-President innerhalb der Y.____. Zudem hätte sie jeweils nach dem Bachelor- und Masterabschluss die Bank gewechselt, was mit einer Lohnsteigerung verbunden gewesen wäre. Heute würde sie zwischen Fr. 150'000.-- bis Fr. 200'000.-- zuzüglich Boni verdienen (Urk. 33). Diese Anhaltspunkte sind vorliegend zu ungewiss, um darauf abstellen zu können. Zwar trifft es zu, dass das lebenslange Ausüben eines einmal erlernten Berufes in den heutigen sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen immer weniger die Regel bildet und die ständige berufliche Qualifizierung weit verbreitet ist, dennoch genügen bloss Absichtserklärungen nicht. Vielmehr muss die Absicht, beruflich weiterzukommen, bereits durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums etc. kundgetan worden sein (vgl. E. 5.4 hiervor). Der berufsbegleitende Abschluss einer Handelsschule mit Passerelle zum Bachelor lässt vorliegend zwar darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin ihre vorher ausgeübte Tätigkeit als Kundenberaterin lediglich als Karrieresprungbrett für eine weitere Ausbildung und einen damit verbundenen Aufstieg auf der Karriereleiter in der Bank gesehen hat. So ist aus ihren Bemühungen zumindest ersichtlich, dass eine berufliche Fortbildung – vorliegend trotz sich bereits auswirkender Krankheit - geplant war und eine solche von der Beschwerdeführerin denn auch dargetan wurde. Es bestehen somit vorliegend konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin ohne Krankheit ihren Bachelorstudiengang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abgeschlossen hätte. Ihre Vorbringen bezüglich der Höhe des Valideneinkommens sind jedoch unbehelflich. Aus dem Umstand, dass ihrem Arbeitskollegen ein Abgangssalär von Fr. 200'000.-- plus fixem Bonus geboten worden sei, kann nicht geschlossen werden, als Gesunde würde sie gleich viel verdienen. Dafür fehlen – ohne ihren leistungsmässigen Einsatz zu schmälern - konkrete Indizien, was Voraussetzung dafür wäre, beim Valideneinkommen eine entsprechende Entwicklung zu berücksichtigen. Zudem sind die nicht unwesentlichen Lohnunterschiede zwischen den Geschlechtern bei Banken zu berücksichtigen. Dass sie tatsächlich in eine Kaderfunktion befördert worden wäre und jeweils eine Stelle bei einer anderen Bank gefunden hätte, erscheint zwar als möglich, aber nicht als überwiegend wahrscheinlich. Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich bei dieser Ausgangslage aus der beruflichen Weiterentwicklung, wie sie vorliegend trotz Krankheit tatsächlich erfolgte und hätte erfolgen können, das Valideneinkommen gestützt auf die statistischen Durchschnittswerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2012), Ziffer 64, 66 Finanzdienstleistungen mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen der Tabelle TA1_b Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 3 (unteres Kader), Frauen, festzusetzen. Der monatliche Bruttolohn weiblicher Arbeitskräfte betrug dabei Fr. 9'877., was nach Berücksichtigung der betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit per 2013 von 41.5 Stunden (vgl. betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T03.02.03.01.04.01, Ziffer 64 und 66 Finanzdienstleistungen mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) und angepasst an die Nominallohnentwicklung von 1 % im Jahr 2013 (vgl.

Nominallohnindex 2011-2015, Tabelle T1.10,

Ziffer 64, 66 Finanzdienstleistungen mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen)

zu einem Jahreseinkommen von rund Fr. 124'198.-- führt (Fr.

E. 6.1

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Die Kosten des Gerichtsgutachtens der Medas Z.____ vom 23. Februar 2018 belaufen sich auf Fr. 14'788.10 (Urk. 25).

Die Kosten eines Gerichtsgutachtens können dem Versicherungsträger auferlegt werden, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichten und zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweissmassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt (vgl. BGE 139 V 225 E. 4. 2 mit Verweis auf BGE 137 V 210).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das Gutachten von Dr. A.____ sowie PD Dr. B.____ von Mai/Juni 2014, obwohl diesem gemäss Urteil 8C_445/2016 des Bundesgerichts vom 7. Februar 2017 (Urk. 1) nicht gefolgt werden könne (S. 7 E. 6.3). Dementsprechend sind der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten aufzuerlegen.

Die Beschwerdegegnerin hielt in Bezug auf „die zu erwartenden Begutachtungskosten“ fest, dass diese gemäss geltendem Tarif für polydisziplinäre Gutachten entsprechend der mit dem Bundesamt für Sozialversicherung geschlossenen Vereinbarung zu veranschlagt seien, und verwies auf die Urteile des Bundesgerichts 9C_541/2016 und 9C_672/2016 (Urk. 5).

In diesem Zusammenhang ist auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_113/2017 vom 29. Juni 2017 hinzuweisen. Darin nannte das Bundesgericht gewichtige Gründe, von der bisherigen Rechtsprechung abzurücken (E. 7.1). In Aufgabe der erörterten Rechtsprechung seien die genannten Instanzen auch nicht an den Tarif gemäss Anhang 2 der Vereinbarung gebunden. Dies bedeute, dass die IV Stellen im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen (und mit BGE

140 V 70 bestätigten) Grundsätze gestützt auf Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen hätten. Abzulehnen sei insbesondere eine Lösung, die die Kantone im Umfang der den Tarif überschüssenden Kosten in die Pflicht nähme. Denn damit würde die mit BGE

137 V 210 aus Gründen der Verfahrensfairness angestrebte Zielsetzung, in vermehrtem Masse Gerichtsgutachten zu veranlassen, geradewegs unterlaufen, indem es bei festgestellten Abklärungs- oder Beweiswertmängeln wieder vermehrt zu Rückweisungen käme (E. 7.2). Vor diesem Hintergrund sind vorliegend die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 14'788.10 von der Beschwerdegegnerin in vollem Umfang zu übernehmen.

E. 6.3

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführer in eine angemessene Prozessentschädigung auszurichten (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses sowie nach Einsicht in die Honorarnoten

vom 25. Mai 2018 (Urk. 37/1-2) wird diese beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 5'479.35 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer; Fr. 2'161.80 für das Verfahren IV.2015.00235 und Fr. 3'317.55 für das vorliegende Verfahren) festgelegt.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 22. Januar 2015 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. September 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten im Betrag von Fr. 1'478.10 zu erstatten.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 5'479.35 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

Gegen diesen Entscheid 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schüpbach

E. 9

'877.-- x 12 : 40 x 41.5 x 1.01) . 5.8

Im Jahre 2013 arbeitete die Beschwerdeführerin gemäss unbestrittenen Angaben in einem 50 % Pensum bei der Y.____. Dabei handelt es sich um ein langjähriges stabiles Arbeitsverhältnis, in dem die Beschwerdeführerin ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit voll ausschöpft. Anhaltspunkte für einen Soziallohn bestehen nicht, weshalb auf das bei der Y.____ erzielte Einkommen abgestellt werden kann. Gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 5. April 2013 (Urk. 2/7/37 S. 2 Ziff. 2.10) erzielte sie ab September 2011 bei einem

75%-Pensum jährlich Fr. 66'750.--. Umgerechnet auf das von der Beschwerdeführerin im massgebenden Zeitpunkt effektiv ausgeübte 50%-Pensum und angepasst an die Nominallohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2012 sowie von 1 % im Jahr 2013 (vgl.

No miniallohnindex 2011-2015, Tabelle T1.10,

Ziffer 64, 66 Finanzdienstleistungen mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen) ergibt dies ein Invalideneinkommen von jährlich rund Fr. 45'260.-- (Fr. 44'500.-- x 1.007 x 1.01).
5.9

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 124'198.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 45'260.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 78'938.-- und damit einen Invaliditätsgrad von rund 63 %.

Somit hat die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. September 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 6.

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