

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00228 vom 3. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00228

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00228 du 3 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00228 del 3 maggio 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, verheiratet, jedoch getrennt lebend, und Mutter zweier erwachsener Söhne, absolvierte zusätzlich zur obligatorischen Schule die Wirtschaftsmittelschule und schloss diese mit einem Diplom ab. Da nach arbeitete sie mit längeren familienbedingten Unterbrüchen bei unter verschiedenen Arbeitgebern im kaufmännischen Bereich (Urk. 7/32/2). Ab April 2015 war sie als Payroll

Advisor für die Y.____ AG tätig, wobei dieses Arbeitsverhältnis durch die Arbeitgeberin per Ende November 2017 gekündigt wurde (vgl. Urk. 7/3, Urk. 7/6, Urk. 7/8). Mit dem Hinweis auf eine Depressions erkrankung meldete sich die Versicherte am 27. Juli 2017 bei der Invaliden versicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte in der Folge Erkundigungen zur Erwerbs biografie ein (Urk. 7/1, Urk. 7/5, Urk. 7/8, Urk. 7/28 f.) und nahm Berichte und Atteste der behandelnden Ärzte (Urk. 7/2, Urk. 7/14, Urk. 7/16-18, Urk. 7/25, Urk. 7/35) sowie die Unterlagen des Krankentaggeldversicherers zu den Akten (Urk. 7/9/1-14). Sodann prüfte die IV-Stelle die Gewährung von Massnahmen der Arbeitsvermittlung, kam indessen zum Schluss, dass solche nicht angezeigt seien (vgl. Urk. 7/31 f.). Des Weiteren holte die IV-Stelle das interdisziplinäre Gutachten der Z.____ GmbH, Medizinische Abklärungsstelle A.____ (nachfolgend: MEDAS - A.____), vom 13. Januar 2020 ein (Urk. 7/58). Am 4. Mai 2020 beantworteten die Experten zusätzliche Fragen (Urk. 7/65). Mit Vorbescheid vom 1. Juli 2020 setzte die IV-Stelle die Versicherte darüber in Kenntnis, dass sie das Leistungsgesuch abzuweisen gedenke (Urk. 7/70). Gegen den vorgesehenen Entscheid erhob die Versicherte Einwände (Urk. 7/71, Urk. 7/78). Mit Verfügung vom 4. März 2021 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk.

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invaliden versicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheides eingetretenen

Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend 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 objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 2

7. Mai 2021 Kenntnis gegeben (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihrer Entscheidung aus, die durchgeführten Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Payroll

Advisor eingeschränkt sei. In dieser Tätigkeit bestehe laut dem eingeholten ärztlichen Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Das betreffende Arbeitsverhältnis indessen bestehe zwischenzeitlich nicht mehr. In einem dem gesundheitlichen Zustand angepassten Tätigkeit bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 90 %. Diese Beurteilung sei seitens des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) geteilt worden. Zu beachten sei, dass nicht sämtliche Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden seien. Nach dem stationären Klinikaufenthalt habe die Beschwerdeführerin die psychiatrische Behandlung nicht konsequent fortgesetzt. Es liege ein Vermeidungsverhalten vor und die Arbeitsfähigkeit werde vor allem durch soziale Belastungsfaktoren (Trennung vom Ehemann, Sorge und Ängste in Bezug auf die Ehe und die weitere persönliche Zukunft, erschwerte Kindheit) ausgelöst. Diese Faktoren rechtfertigten aus rechtlicher Sicht indessen keinen Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung. Neben der konsequenten Fortführung der Psychotherapie werde empfohlen, die Schlafhygiene zu optimieren. Es sei wichtig, das Schlafapnoe-Syndrom zu behandeln. Ferner sei eine Gewichtsreduktion angezeigt. Die Beweiskraft des Gutachtens werde durch den Umstand, dass Rückfragen an die Gutachter gestellt worden seien, nicht beeinträchtigt. Der medizinisch relevante Sachverhalt sei hinreichend geklärt worden. Eine Oberbegutachtung sei unnötig (Urk. 2 S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort vom 26. Mai 2021 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf weitere Ausführungen zur Sache (Urk. 6).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, der Standpunkt der Beschwerdegegnerin, es seien nicht sämtliche Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft worden, widerspreche den tatsächlichen Gegebenheiten. Dies ergebe sich insbesondere aus den Darlegungen der behandelnden Psychotherapeuten gemäss Beschwerdebeilage (Dr. med.

B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil.

C.____, Klinischer Psychologe, vom Medizinischen Zentrum D.____; vgl. Urk. 3/3).

Nachweislich befinde sie sich aktuell in zahlreichen Therapien. Es liege eine Erkrankung im Sinne der Invalidenversicherung vor. Eine Schadenminderungspflicht sei ihr im Übrigen nie auferlegt worden. Zu beachten sei ferner, dass die Verwaltung rechtsprechungsgemäss von einer attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht abweichen dürfe, wenn die Ärzte die Indikatoren im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens berücksichtigt hätten und deren Beurteilung nachvollziehbar sei. Vorliegend habe selbst der RAD mit seiner Einschätzung, «ist für den 1. Arbeitsmarkt realitätsfremd» eine Erwerbsunfähigkeit anerkannt. Der Anspruch auf eine ganze Rente sei demgemäss ausgewiesen. Ausgehend vom Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 10. April 2017 und der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 27. Juli 2017 sei der Rentenanspruch spätestens ab dem 1. April 2018 entstanden. Vorliegend sei zwar ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt worden, doch habe selbst die Beschwerdegegnerin dieses als mangelhaft eingestuft. So habe sie festgestellt, das Gutachten weise

etliche und zum Teil schwere Rechtschreibfehler auf (u.a. textliche Entstellungen wie «...» anstelle von X.____). Auch auf andere Schwächen habe die Beschwerdegegnerin hingewiesen und sie sei zum Schluss gekommen, das Gutachten sei korrekturbedürftig. Die von ihr selber nachträglich vorgenommene Ressourcenprüfung vermöge ein mangelhaftes Gutachten nicht zu heilen. Das Gutachten sei nicht verwertbar. Nachweislich sei

der massgebende medizinische Sachverhalt unter Verletzung der Untersuchungsmaxime ungenügend abgeklärt worden (Urk. 1 S. 13 ff. Rz 6 f.). 3. 3.1 3.1.1

Die Experten der

MEDAS A.____, Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und lic. phil.

H.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, erstatteten am 13. Januar 2020 das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (Urk. 7/58).

Einleitend führten die Experten aus, aus den Akten ergebe sich, dass bei der Beschwerdeführerin seit 1995 eine depressive Symptomatik bestehe. Allerdings habe diese die Arbeitsfähigkeit über Jahre nicht tangiert. In den Berichten genannt würden sodann zahlreiche weitere Belastungsfaktoren wie Gewichtszunahme, Probleme mit der Mutter und der Schwester, Infekt nach einer Operation an der Achillessehne, Trennung vom Ehemann, Arbeitsbelastung, Kündigung. Zum Zeitpunkt des Austritts aus der stationären Behandlung in der Klinik I.____ im Februar 2018 sei der Gesundheitszustand gebessert gewesen und es habe nur noch eine leichte depressive Symptomatik bestanden. Die von den behandelnden Ärzten des Medizinischen Zentrums D.____ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit stehe dazu in einem erheblichen Kontrast. Eine leitliniengerechte Weiterbehandlung nach dem Klinikaufenthalt habe nicht stattgefunden. Vor diesem Hintergrund seien sowohl die medizinische Situation als auch die Arbeitsfähigkeit unklar. Bei der Beurteilung der aus gesundheitlicher Sicht zumutbaren erwerblichen Belastung sei von der

seit April 2015 ausgeübten Tätigkeit als Payroll

Advisor für die Y.____ AG auszugehen, wobei das Arbeitsverhältnis auf Ende November 2017 aufgelöst worden sei. Die Beschwerdeführerin habe im Lohnbüro gearbeitet und die Tätigkeit habe auch den Kontakt mit dem Bereich HR sowie mit den Geschäftssitzen von Y.____ im Ausland beinhaltet (Urk. 7/58/3). 3.1.2

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter

(1) eine leichte neuropsychologische Störung (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, visuell-räumliches Denken; ICD-10 F06.7) im Rahmen von psychischen und somatischen Problemen, (2) eine anhaltende affektive Störung (Dysthymie; ICD-10 F34.1), (3) eine nicht näher bezeichnete Essstörung (Binge Eating -Störung; ICD-10 F50.9), (4) eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1), (5) einen chronischen Spannungskopfschmerz im Sinne und im Zusammenhang mit einer Somatisierungssymptomatik bei verminderter Stressbelastbarkeit und (6) ein schweres Schlafapnoe-Syndrom mit Maskendyskomfort. Folgende Diagnosen ordneten die Experten denjenigen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu: (1) eine ehemalige primäre episodische Migräne, seit zirka 2014 nur noch sporadisch und geringgradig auftretend, (2) anamnestische Angabe einer oromandibulären Dysfunktion, im klinischen Befund aber ohne entsprechende Druckdolenz über den Kiefergelenken oder der Temporalmuskulatur, a

m Kopf schmerz aber möglicherweise tendenziell beteiligt, nicht aber relevant, (3) eine arterielle Hypertonie, (4) eine Adipositas, (5) ein en

Status nach Lungenembolie vor zirka 30 Jahren, (6) eine Hypercholesterinämie und (7) ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (Urk. 7/58/7). 3.1.3

Die funktionellen Auswirkungen der gestellten Diagnosen umschrieben die Experten aus psychiatrischer Sicht dahingehend, dass in Anlehnung an den Mini-ICF-APP von mittelgradigen Einschränkungen bezüglich der Fähigkeiten zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Durchhaltefähigkeit, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie der Spontan-Aktivitäten und von leichten Einschränkungen in den übrigen Bereichen auszugehen sei. Trotz festgestellter psychisch-neuropsychologischer Defizite sei

insbesondere das

Vermeidungsverhalten im Rahmen der psycho-sozialen Probleme und der motivationalen Schwierigkeiten ein Hindernisfaktor, speziell in Bezug auf die berufliche Integration. Die neuropsychologischen Defizite zeigten sich darin, dass die Beschwerdeführerin im Altersvergleich mehr Mühe habe, sich visuell-räumlich Zusammenhänge vorzustellen und mental zu manipulieren. Wenn sie auf mehrere Aufgaben gleichzeitig achten müsse, sei sie etwas langsamer. Sie könne sich nur eine eingeschränkte Menge an sprachlichen und visuellen Informationen merken. So könne sie sich längere Instruktionen nicht vollständig merken oder vor gezeigte Handlungsabläufe nur unzureichend aufnehmen. Auch ermüde sie im Verlauf der mehrstündigen Untersuchung rascher als erwartet. In den übrigen untersuchten Bereichen hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sich alleine und pünktlich an einen anderen Ort zu begeben. Sie sei freundlich, in allen Modalitäten orientiert, gepflegt und sie zeige in der jeweiligen Situation angepasstes Verhalten. Sie lasse sich nicht übermässig rasch ablenken. Sie könne lesen und sprechen und sie verstehe, was man ihr sage. Sie bearbeite Aufgaben in einem üblichen Tempo. Schwierigkeiten beständen diesbezüglich nur bei Multitasking-Aufgaben. Sie könne visuell-räumliche Zusammenhänge erfassen und motorisch umsetzen, beispielsweise etwas nach einem Plan zusammensetzen. Sie sei in der Lage, Neues zu lernen, zu behalten und frei anhand von Stichworten wiederzuerkennen. Sie sei fähig, gut definierte Probleme zu lösen (Analyse und Planung), eigene Ideen zu entwickeln und flexibel zwischen ihr bekannten Tätigkeiten zu wechseln. Aus neurologischer Sicht sollten sodann wegen des Schlafapnoe-Syndroms keine monotonen Arbeiten durchgeführt werden. Aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht schliesslich seien keine eigenständigen Einschränkungen zu objektivieren (Urk. 7/58/7 f.). 3.1.4

Bezüglich der ins Gewicht fallenden Persönlichkeitsaspekte führten die Gutachter aus, es zeige sich bei der Beschwerdeführerin eine vermeidende, zum Teil histrionisch anmutende Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen Zügen und es beständen auch negativistische Akzente. Konflikte und Misserfolge beeinträchtigten das Selbstwertgefühl der Beschwerdeführerin, was sich in Empfindlichkeiten und Selbstentwertung zeige. Insbesondere unter Belastung könne ein kohärentes Selbstbild nicht immer aufrechterhalten werden. Die Beschwerdeführerin neige zu übermässigem Essen aus Frustration und auch zum Rückzug. Trennungen könne die Beschwerdeführerin nur schwer ertragen, was dazu führe, dass sie Bindungen aufrechterhalte, die nicht in ihrem Interesse seien oder die ihr schaden. Zu den Belastungsfaktoren gehöre ihr schwieriges Bindungsverhalten vor dem Hintergrund des in der Kindheit erlebten strengen und strafenden Vaters und der Mutter, die

sich nur wenig für sie interessiert habe. Auch in ihrer Ehe habe die Beschwerdeführerin nur wenig Verständnis erfahren. Nach langjährigen Problemen sei es 2014 schliesslich zur Trennung gekommen, da der Ehemann sich einer anderen Frau zugewandt habe. Die Trennung habe die Beschwerdeführerin stark belastet, insbesondere wegen der Sorgen um ihre persönliche und finanzielle Zukunft. Bis 2017 habe die Beschwerdeführerin noch gearbeitet und danach bis 2019 Krankentaggelder bezogen (Urk. 7/58/8) . 3.1.5

Hinsichtlich der Konsistenz falle das Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin und ihre unzureichende Motivation für eine adäquate Therapie sowohl in psychiatrischer als auch in somatischer Hinsicht ins Gewicht. Bezüglich der bisherigen Tätigkeit sei insbesondere aufgrund der psychiatrischen und neuro psychologischen Beeinträchtigungen von einer Arbeitsfähigkeit von rund 50 % auszugehen. Seitens der behandelnden Ärzte sei retrospektive, das heisst ab April 2017 zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 60 % attestiert worden sowie ab November 2017 dann eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Dies sei nicht nach vollziehbar. Ab dem genannten Zeitpunkt sei vielmehr von der anlässlich der Begutachtung evaluierten Arbeitsfähigkeit von 50 %

bezüglich der bisherigen Tätigkeit auszugehen, mit Ausnahme stationärer Behandlungszeiten. Für eine Tätigkeit, die Rücksicht auf die gesundheitliche Beeinträchtigung nehme, sei hin gegen von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % auszugehen. Retrospektiv gelte dies seit April 2017, abgesehen von stationären Behandlungszeiten. Entscheidend da für, dass auch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeits fähigkeit

bestehe, seien die psychischen und neuropsychologischen Defizite. In der Interaktion mit den somatischen Diagnosen komme es zu keiner weiteren Addition von Teilarbeitsunfähigkeiten. Therapeutisch hätten sich die psycho therapeutisch-psychoedukativen und soziotherapeutischen Ansätze bewährt und diese seien auch weiterhin notwendig. Dies habe insbesondere die stationäre Hospitalisation

in der Privatklinik I.____ gezeigt. Die Behandlung sei jedoch offensichtlich nicht in der gewünschten Form und unmittelbar im Anschluss an den Klinikaufenthalt weitergeführt worden. Dasselbe gelte für die Verhaltens massnahmen in Bezug auf die Schlafhygiene. Unter Berücksichtigung des bis herigen Verlaufs und der prognostischen Faktoren könne der konsequente Therapieerfolg aus psychiatrischer Sicht in rund einem Jahr beurteilt werden. Das Schlafapnoe-Syndrom stehe auch im Zusammenhang mit der Adipositas. Eine Optimierung der Schlafhygiene, aber auch weitere Versuche , das Schlafapnoe-Syndrom zu behandeln, sei wichtig. Damit im Zusammenhang sei auch eine deut liche Gewichtsabnahme angezeigt (Urk. 7/58/8 f.). 3.2 3.2.1

Nach Erstattung des Gutachtens gelangte die Beschwerde gegen erin mit Schreiben vom 23. Januar 2020 mit Ergänzungsfragen an die Ärzte der MEDAS A.____ . Sie bat namentlich

um eine Erläuterung, wie sich die gestellten Diagnosen im Ein zeln auf die Arbeitsfähigkeit als Payroll

Advisor auswirkten. Ferner

sollten die Gutachter sich dazu äussern, inwiefern zwischen einem obstruktiven und einem schweren Schlafapnoe-Syndrom zu unterscheiden sei. Schliesslich wies die Beschwerdegegnerin im Schreiben vom 23. Januar 2020 darauf hin , das Gut achten weise verschiedene Rechtschreibfehler auf (z.B. «...» anstelle von Y.____ ; Urk. 7/61/1). 3.2.2

In der Stellungnahme vom 4. Mai 2020 hielten die MEDAS-Gutachter Dr. E.____ und Dr. F.____

fest, erhebliche Fehler hätten sich im Gutachten auch nach wiederholter Prüfung weder in orthografischer noch in stilistischer oder inhaltlicher Hinsicht entdecken lassen. Es handle sich um einige Tippfehler, insbesondere im neuropsychologischen Teilgutachten (Urk. 7/65/1 f.). Des Weiteren führten die Gutachter aus, die im Rahmen der Ergänzungsfragen angesprochenen Aspekte seien in den Ausführungen der Teilgutachten bereits erläutert worden. Zu ergänzen sei, die angestammte Tätigkeit als Payroll

Advisor

umfasse die Durchführung der Gehaltsabrechnungen und die diesbezügliche Schulung der Kunden sowie darüberhinausgehend beratende Aufgaben, um allen Beteiligten genaue und zeitnahe Informationen zu allen Aspekten im Zusammenhang mit den Gehaltsabrechnungen verschaffen zu können. Aus der Komplexität der Aufgabe heraus leite sich auch die versicherungsmedizinische Beurteilung ab, wobei den neuropsychologischen Defiziten in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zukomme. Letztere würden wiederum durch das Schlafapnoe-Syndrom und die Dysthymie

beeinflusst und verursachen in ihrer Gesamtheit die Leistungsdefizite. Die Diagnose eines Schlafapnoe-Syndroms könne gestellt werden, wenn innerhalb einer Stunde mindestens zehn Apnoen mit einer Dauer von jeweils zehn Sekunden aufträten. Die Anzahl der Apnoen von über zehn Sekunden Dauer werde als Apnoe-Index (AI) bezeichnet. Neben den Apnoen könnten während des Schlafs auch Phasen auftreten, in denen der Atemfluss und die Atemaktivität zwar nicht aussetzten, aber eingeschränkt seien. Dies bezeichne man als Hypopnoe. Die Anzahl der Apnoen und Hypopnoen würden als Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) bezeichnet und zur Einteilung des Schweregrades des Schlafapnoe-Syndroms herangezogen. Bei einem AHI zwischen 28 und 30 werde von einem mittelgradigen und bei einem AHI über 30 von einem schwergradigen Schlafapnoe-Syndrom gesprochen. Sowohl die Diagnose des Schlafapnoe-Syndroms als auch diejenige des schweren Schlafapnoe-Syndroms mit Masken dyskomfort seien korrekt, wobei die erste Diagnose noch keinen Schweregrad beinhalte.

Im Zusammenhang mit der Diagnose des Schlafapnoe-Syndroms sei im Gutachten insbesondere auch der Aspekt der Inkonsistenzen hinsichtlich Therapie und Compliance erörtert worden. Bei der Beschwerdeführerin bestehe nur eine geringe Bereitschaft, sich auf eine effektive CPAP-Behandlung einzu lassen. Sie selbst habe berichtet, die Maske beim Nachtschlaf nicht regelmässig anzulegen, da sie auf dem Sofa schlafe, während sich die CPAP-Maske an ihrem Bett befinde. Angesichts dieses Verhaltens müsse mit Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit und damit die Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Eine weitere Folge davon seien auch die neuropsychologisch festgestellten kognitiven Störungen. Darauf sei im Gutachten hingewiesen worden. Patienten mit einem Schlafapnoe-Syndrom könnten kognitive Defizite, aber auch affektive Schwankungen entwickeln und sie seien unter anderem auch von einer erhöhten Sterblichkeit bedroht, wenn sie keine effektive Therapie akzeptierten und diese regelmässig anwendeten. In diesem Zusammenhang sei im Gutachten wiederholt von Schlafhygiene gesprochen worden. Hierzu gehörten insbesondere geregelte Schlafzeiten sowie ein gelüfteter, dunkler und ruhiger Raum. Auch bestimmte «Zu-Bett-geh-Rituale» seien wichtig. Von Bedeutung sei sodann bei Übergewichtigen eine Gewichtsreduktion. Diese Grundsätze, die zur

Verbesserung der subjektiven Müdigkeit und der neuropsychologischen Defizite erforderlich seien, habe die Beschwerdeführerin bislang ausser Acht gelassen. Ursächlich dafür seien ein deutliches Vermeidungsverhalten und auch motivationale Faktoren. Die Essstörung, die Persönlichkeitsakzentuierung und auch die Kopfschmerzen hätten einen indirekten Einfluss auf den Zustand der Beschwerdeführerin und ihr Aktivitätsniveau. Für sich allein genommen hätten sie aber keine quantitative Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Bei der Dysthymie

träten die depressiven Symptome nicht periodisch auf, sondern sie seien anhaltend. Bei einer Dauer von mindestens zwei Jahren könne von einer chronischen Depression gesprochen werden. Auf grund der anamnestischen Angaben und der Dokumentation sei bei der Beschwerdeführerin von einer seit den neunziger Jahren bestehenden Dysthymie auszugehen. Die depressive Symptomatik bei der Beschwerdeführerin sei sowohl chronifiziert als auch im Verlauf fluktuierend. Teilweise habe sie sich gebessert, mehrheitlich sei sie aber gleichmässig vorhanden. Verschlechterungen korrelierten mit jeweils einhergehenden kritischen Lebensereignissen. Im Vordergrund stünden aber psychosoziale Probleme, Sorgen und Ängste in Bezug auf ihre Ehe und die persönliche Zukunft, was es bei der Beurteilung der Limitationen zu berücksichtigen gelte (Urk. 7/65/2-4). 3.3 3.3.1

Die behandelnden Therapeuten Dr. B.____ und Dr. C.____ äusserten sich in der Stellungnahme vom 7. Dezember 2020 zum Gutachten der MEDAS A.____. Sie führten aus, im Gutachten sei die medikamentöse Behandlung durch das Medizinische Zentrum D.____

als nicht leitliniengerecht beurteilt worden, was nicht gerechtfertigt sei. Seit Juni 2012 finde eine Behandlung mit Einzeltherapie in wöchentlichen Abständen statt, wobei im Zuge dieser Behandlung auch verschiedene Medikamente zum Einsatz gekommen seien. Ferner habe zwei mal eine stationäre Behandlung stattgefunden. Zu einer Besserung sei es bisher trotzdem nicht kommen. Insbesondere habe sich entgegen der Auffassung im Gutachten

der Zustand nach der stationären Behandlung in I.____ nicht gebessert. Bereits nach einer Woche sei der Zustand wieder gewesen wie zuvor. Mit der im Gutachten gestellten Diagnose einer Dysthymie würden die Vor diagnosen ignoriert und die klinischen Verschlechterungen bagatellisiert. Die wesentlichen Befunde sprächen gegen diese Diagnose. Die Stimmung der Beschwerdeführerin sei deutlich depressiv und resigniert und die Vitalgefühle seien deutlich gestört. Sie sei affektiv blockiert, die Gestik und die Mimik seien gespannt. Kognitiv falle eine Verminderung respektive Verlangsamung von Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung auf. Bezüglich der gescheiterten beruflichen Massnahmen sei zu beachten, dass bei der Beschwerdeführerin eine starke Müdigkeit vorhanden sei, sie die persönliche Hygiene vernachlässige und täglich Kopfschmerzen habe. Bereits nach den Therapiesitzungen sei die Beschwerdeführerin vollkommen erschöpft, könne praktisch nur noch liegen und ver falle vor dem Fernsehen in Gedankenkreisen. Darüber hinaus bestehe ein Messie-Syndrom, welches im Gutachten weder inhaltlich noch diagnostisch erfasst worden sei. Schlichtweg falsch sei die Einschätzung im Gutachten, die Arbeitsfähigkeit werde durch die depressiven Symptome nicht tangiert (Urk. 3/3 S. 2 f.).

Als Diagnosen nannten die behandelnden Ärzte

abschliessend (1) eine rezidi vierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) mit/bei schwerer Vernachlässigung und Gewalterfahrung in der Kindheit sowie Messie-Symptome, (2) eine abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) respektive ein Verdacht auf eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1), (3) Adipositas per magna (ICD-10 E66.0; BMI = 41) und (4) eine leichte neuropsychologische Störung (Aufmerksamkeit, Gedächtnis, visuell-räumliches Denken im Rahmen von psychischen und somatischen Problemen). Zuletzt habe die Beschwerdeführerin in einem Lohnbüro gearbeitet. Diese Anstellung sei ihr aufgrund der Reduktion des Pensums von 80 auf 60 % gekündigt worden. Danach habe die Symptomatik bis heute zugenommen. Nicht einmal einen Bewerbungskurs habe die Beschwerdeführerin mehr absolvieren können. Die Compliance und die Motivation seien allerdings gut. Trotz jahrelanger stationärer und ambulanter Behandlung sei die Beschwerdeführerin vollständig antriebslos im Rahmen der Depression, was eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe, auch für angepasste Tätigkeiten. Selbst der Haushalt sei nur mit der Hilfe der Spitex zu bewältigen (Urk. 3/3 S. 4). 3.3.2

Im vorangehenden Bericht vom 15. Oktober 2018 hatten die behandelnden Ärzte des Medizinischen Zentrums D.____ zur Hauptsache übereinstimmende Diagnosen gestellt. Keine Erwähnung fand seinerzeit die leichte neuropsychologische Störung, stattdessen waren die Ärzte damals von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen (Urk. 7/35/4). Zum damaligen psychopathologischen Befund lässt sich dem Bericht entnehmen, die Beschwerdeführerin sei äusserlich gepflegt, bewusstseinsklar und allseits orientiert. In der Kontaktaufnahme sei sie abwartend, im Spontanverhalten aktiv. Die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert und affektiv kontrolliert. Im Gesprächsverlauf sei die Beschwerdeführerin mitteilungsaktiv. Sie weine dabei viel. Kognitiv falle eine Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis auf, ebenso bestehe eine auffällige Vergesslichkeit und Unschlüssigkeit. Das Denken sei indessen formal beweglich, inhaltlich problemzentriert, mit Einschränkungen lenkbar und es bestünden keine Anhaltspunkte für ein psychotisches Erleben. Auch Suizidgedanken bestünden nicht, weder aktuell noch anamnestisch. Schliesslich attestierten die behandelnden Ärzte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/35/ 2 u. 5). 3.3.3

Im Bericht vom 12. Juni 2017 hatten die behandelnden Ärzte des Medizinischen Zentrums D.____ weitgehend übereinstimmende psychopathologische Befunde erwähnt, waren aber stattdessen nicht von einer schweren, sondern von einer mittelschweren Episode im Rahmen der auch damals schon diagnostizierten rezidivierenden depressiven Episode und einer damals bestehenden Arbeitsfähigkeit von 60 % auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgegangen und hatten eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit im weiteren Verlauf für umsetzbar erachtet, aufgrund der günstigen Prognose als Folge der hohen Motivation und der familiären Ressourcen (Urk. 7/9/13 f.). 4. 4.1

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen). 4.2

Das Gutachten der MEDAS A.____ vom 13. Januar 2020 umfasst die von den Expertinnen und Experten des MEDAS A.____ nach Fallvorlage (vgl. Urk. 7/39, Urk. 7/41) als relevant

erachteten Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin (Urk. 7/58/87 ff.), Neurologie (Urk. 7/58/48 ff.) und Psychiatrie (Urk. 7/58/64 ff.). Ferner veranlassten die Expertinnen und Experten im Zuge der Begutachtung eine neuropsychologische Abklärung (Urk. 7/58/99 ff.). Den Abschluss der Begutachtung bildete die interdisziplinäre Konsensbeurteilung (Urk. 7/58/3 ff.). Die Expertinnen und Experten verfügten über die jeweils erforderlichen Qualifikationen. Die Beschwerdeführerin konnte bei den Untersuchungen ihre Beschwerden ausführlich schildern und der Begutachtung liegt eine für die betreffenden Fachrichtungen spezifische Anamneseerhebung zu Grunde. Die Expertise erfolgte sodann nach Einsicht in die zur Verfügung stehenden Vorakten (Urk. 7/58/11 ff.). Damit erweist sich das Gutachten formal als für die streitigen Belange umfassend und auf allseitigen Untersuchungen beruhend. Erforderlich ist darüber hinaus, dass es in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen) 4.3 4.3.1

Die Beschwerdeführerin rügt in erster Linie, aufgrund des Gutachtens könne nicht davon ausgegangen werden, dass auf dem ersten Arbeitsmarkt noch eine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe. Davon sei selbst der RAD ausgegangen (Urk. 1 S. 14 f Rz 6.6-8). Die Beschwerdeführerin bezieht sich hier bei auf eine Äusserung von RAD-Arzt PD Dr. med. univ. J.____, Facharzt für Neurologie, vom 14. Mai 2020. PD Dr. J.____ hatte festgehalten, gemäss MEDAS-Gutachten sei bezüglich einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % auszugehen. Die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, angepasst sei insbesondere eine Tätigkeit ohne Zeitdruck, sei mit Blick auf den ersten Arbeitsmarkt allerdings realitätsfern (Urk. 7/69/7).

4.3.2

Effektiv hielt der psychiatrische Experte der MEDAS A.____, Dr. E.____, fest, angepasst sei eine Tätigkeit ohne Zeitdruck und ohne Multitasking sowie mit gelegentlichen Pausen bei Überforderung (Urk. 7/58/85). Auch in der interdisziplinären Beurteilung gelangten die Gutachter zum Schluss, es bestünden namentlich Einschränkungen bezüglich der Fähigkeiten zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, bezüglich der Umstellfähigkeit, bezüglich der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen und bezüglich der Entscheidungsfähigkeit. Auch die festgestellten leichten Beeinträchtigungen neuropsychologischer Art (vgl. Urk. 7/58/9 ff.) gaben Anlass zum Schluss, dass mit einer rascheren Ermüdung gerechnet werden müsse (Urk. 7/58/7). Dies lässt das Erfordernis, im Rahmen der Ausübung einer angepassten Tätigkeit sollte kein Zeitdruck herrschen, als nachvollziehbar erscheinen. Nicht nachvollziehbar ist indessen die Einschätzung des RAD-Arztes, das Erfordernis

einer Tätigkeit mit geringem Zeitdruck sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht umsetzbar.
4.3.3

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln (Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis).

Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot von und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen

und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 f. E. 3b; Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst mithin auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann erst dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so ein geschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 und 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2 .1, je mit weiteren Hinweisen).

Für die Invaliditätsbemessung ist im Übrigen nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.2 mit Hinweis; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 132 zu Art. 28a).

4.3.4

Der Umstand, dass gemäss MEDAS-Gutachten für die Beschwerdeführerin eine Tätigkeit im Umfang eines 90%-Pensums lediglich

in Frage kommt, wenn sie ohne Zeitdruck arbeiten kann, schliesst die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nach dem Gesagten keineswegs aus. Das Erfordernis des geringen Zeitdrucks erfordert vom Arbeitgeber ein gewisses Entgegenkommen. Mit einem solchen kann auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ohne Weiteres gerechnet werden. 4.4 4.4.1

Des Weiteren macht die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die einschlägige Rechtsprechung geltend, die Therapierbarkeit und die prognostische Besserungsfähigkeit eines Leidens schliessen die Zusprechung einer Rente nicht aus (Urk. 1 S. 13 f. Rz

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.3

f.). Dem ist im Grundsatz nicht zu widersprechen. Weder schliessen bei psychischen Gesundheitsschäden intakte therapeutische Optionen den Anspruch auf Leistungen schlechterdings aus, noch führen ungünstige Therapieoptionen ohne Weiteres zu deren Zusprechung. Vielmehr ist der betreffende Aspekt zusammen mit den übrigen Indikatoren im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 4.3.1) zu beurteilen. Erst dadurch lässt sich der Anspruch auf Leistungen rechtsgenügend ermitteln. 4.4.2

Sofern die Beschwerdeführerin aus ihrem Argument folgert, es stehe ihr trotz der von den Gutachtern genannten Behandlungsoptionen (Urk. 7/58/9) eine Rente zu, greift dies aber jedenfalls zu kurz. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung im Rahmen des strukturierten

Beweisverfahrens. In seiner jüngeren Rechtsprechung hat das Bundesgericht hinsichtlich depressiver Leiden im mittelgradigen Bereich betont, die invalidisierende Wirkung sei hier besonders sorgfältig zu prüfen. Es dürfe nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit zu bewirken (Urteil des Bundesgerichts 8C_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 4.3). Gemäss BGE 148 V 49 ist sodann bei leicht- bis mittelgradiger Ausprägung eines depressiven Leidens ohne nennenswerte Interferenz durch psychiatrische Komorbiditäten und bei intaktem Therapiepotential insbesondere die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt, da ein solches Leiden nicht als schwergradig eingestuft werden kann. Diesfalls

müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (E. 6.2.2) . 4.5 4.5.1

Ferner macht die Beschwerdeführerin namentlich unter Bezugnahme auf die psychiatrischen Untersuchungsergebnisse im MEDAS-Gutachten geltend, es sei ein neues Gutachten nötig . Sie weist

darauf hin , die Feststellung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens habe anhand eines strukturierten Beweisverfahrens zu erfolgen. Die Beschwerdegegnerin selber habe das Gutachten der MEDAS A.____ als mangelhaft beurteilt und es den Gutachtern zur Korrektur vor gelegt. Weder dies noch die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Ressourcenprüfung vermöge das Gutachten zu heilen (Urk. 1 S. 15 f. Rz 7.1-4). 4.5.2

Anders als die MEDAS-Gutachter gehen die behandelnden Therapeuten Dr. B.____ und Dr. C.____ von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus ,

wobei für sie als limitierender Faktor die Depression im Vordergrund steht (vgl. Urk. 3/3 S. 4). Die behandelnden Ärzte beschrieben in der Stellungnahme vom 7. Dezember 2020 allerdings die von ihnen diagnostizierte schwere Episode im Rahmen der depressiven Störung nicht nachvollziehbar (Urk. 3/3 S. 3). Auch der frühere Bericht vom 15. Oktober 2018 enthält keine überzeugende Herleitung der auch damals schon diagnostizierten schweren depressiven Episode (Urk. 7/35/4 f.). Die von den behandelnden Therapeuten erwähnten Befunde für die Diagnose einer schweren depressiven Episode gemäss ICD-10 F33.2 (richtig: F32.3; Urk. 3/3 S. 3 f.) korrelieren nicht respektive nur unvollständig mit denjenigen, die gemäss ICD-10 die Diagnose einer schweren depressiven Episode rechtfertigen . In einer schweren depressiven Episode zeigt die betroffene Person meist eine erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit, es sei denn Hemmung sei das führende Symptom. Es kommt zum Verlust des Selbstwertgefühls und es herrschen Gefühle von Nutzlosigkeit oder Schuld vor. In besonders schweren Fällen besteht ein hohes Suizidrisiko (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Aufl., Bern 2015, S. 174).

Aus den Darlegungen der behandelnden Therapeuten ergibt sich weder, dass bei der Beschwerdeführerin eine erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit vorhanden ist respektive war , noch das Gegenteil davon, eine vorherrschende Hemmung. Ebenso verneinten die behandelnden Ärzte das Vorhandensein von Suizidgedanken, womit eine akute Suizidalität klar ausgeschlossen wurde . Auch im Übrigen fehlt es an der leitliniengerechten Herleitung der gestellten Diagnose, namentlich an der Darlegung, ob und in welchem Ausmass das für die Diagnose vorausgesetzte somatische Syndrom gegeben ist (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 170 f. und S. 174).

Zuvor, das heisst im Bericht vom 12. Juni 2016 an den Taggeldversicherer der Beschwerdeführerin, war noch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 60 % auf 80 % prognostiziert worden (Urk. 7/9/13 f.). Weswegen sich der Zustand in der Folge derart deutlich sowie anhaltend verschlechtert haben soll und ohne jede Aussicht auf eine Besserung dauerhaft eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, ergibt sich aus den Darlegungen der behandelnden Therapeuten nicht hinreichend, zumal die stationäre Behandlung in der Klinik I.____

gegen Ende 2017 bis Anfang 2018 zeigte, dass mittels einer Intensivierung der Behandlung durch eine Besserung erreichbar war. Insbesondere konnten im Rahmen der stationären Behandlung erfolgreiche Ansätze erarbeitet werden, um ungünstige Handlungsmuster und Gewohnheiten zu erkennen und zu vermeiden (Urk. 7/58/12 f.).

Abweichend von den behandelnden Ärzten stellte der MEDAS-Experte Dr. E.____ die Diagnose einer Dysthymia gemäss ICD-10 F34.1 (Urk. 7/58/80). Mit Blick auf die diagnostischen Leitkriterien (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 183 f.) hat der Gutachter seine Diagnose anhand der erhobenen Befunde und der anamnestischen Angaben nachvollziehbar dargelegt,

dabei auch die abweichende Auffassung der behandelnden Therapeuten gewürdigt (Urk. 7/58/80 ff.) und seine Standpunkte in der ergänzenden Stellungnahme vom 4. Mai 2020 erneut erörtert (Urk. 7/65/3 f.). Vor diesem Hintergrund kann die Schlussfolgerung nachvollzogen werden, dass bei der Beschwerdeführerin eine chronifizierte und fluktuierende depressive Symptomatik vor herrscht, die im Verlauf zum Teil gebessert hat, mehrheitlich jedoch gleichmässig vorhanden war, abgesehen von Verschlechterungen aufgrund von kritischen Lebensereignissen (Urk. 7/65 / 4). 4.5.3

Die behandelnden Therapeuten stellten zusätzlich die Diagnose einer abhängigen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60.7, wobei diese Diagnose zunächst die Ärzte der Klinik I.____ gestellt hatten (Urk. 3/3 S. 4; vgl. Urk. 7/58/12). Zu den diagnostischen Leitlinien von Persönlichkeitsstörungen zählen namentlich (1) eine deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung und Denken sowie in den Beziehungen zu anderen, (2) ein andauerndes, nicht auf Episoden beschränktes auffälliges Verhaltensmuster und (3) ein Beginn der Störungen immer in der Kindheit oder der Jugend und eine Manifestation auf Dauer im Erwachsenenalter (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 276 f.). Ein derartiges Verhaltensmuster haben die behandelnden Therapeuten weder im erforderlichen Ausmass noch in lebensgeschichtlicher Hinsicht ausreichend beschrieben und hergeleitet. Auch in den Darlegungen der Ärzte der Klinik I.____ finden sich keine konkreten Anhaltspunkte für die Validität dieser Diagnose (vgl. Urk. 7/58 /12 f., Urk. 7/58/66 f.). Den auffälligen Persönlichkeitsaspekten (vermeidende, zum Teil histrionisch anmutende und auch negativistische Züge) wurden im MEDAS-Gutachten nachvollziehbar mit der Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen Zügen Rechnung getragen (Urk. 7/58/76, Urk. 7/58/80).

4.5.4

Eine detaillierte Prüfung der im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens massgeblichen Indikatoren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1) findet sich nicht im Gutachten. Die Beschwerdeführerin hielt allerdings im Rahmen ihrer Ressourcenprüfung fest, aufgrund

des MEDAS- Gutachtens sei mit der Dysthymia und der Persönlichkeitsakzentuierung keine schwerwiegende psychische Erkrankung aus gewiesen (Urk. 7/69/8). Bei der Dysthymia gemäss ICD-10 F34.1 handelt es sich diagnosebedingt um eine nicht schwergradig ausgeprägte psychische Erkrankung. Das Leiden ist geprägt von leichten bis höchstens mittelgradigen depressiven Phasen (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 183 f.). Bei der Persönlichkeitsakzentuierung gemäss ICD-10 Z73.1 sodann handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen und als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_570/2008 vom 4. Mai 2009 E. 4.2.5). Der Würdigung der Beschwerdegegnerin ist somit beizupflichten. Auch vor dem Hintergrund des weitgehend intakten sozialen und familiären Beziehungsnetzes und der vielfältigen Aktivitäten mit regelmässigen Reisen innerhalb der Schweiz und im Ausland mit dem Auto oder mit dem öffentlichen Verkehr, ist davon auszugehen, dass kein schwergradig ausgeprägtes psychisches Leiden vorliegt (Urk. 8/58/74 f.).

Aufgrund der Feststellungen im MEDAS-Gutachten steht

sodann nicht das depressive Leiden im Vordergrund, sondern das ausgeprägte Vermeidungsverhalten. Praxisgemäss (BGE 148 V 49) bedarf es in einer solchen Konstellation, das heisst beim Vorliegen eines wenig ausgeprägten depressiven Leidens gewichtiger Gründe, um von einer invalidisierenden Erkrankung auszugehen. Solche sind hier nicht ersichtlich. Die MEDAS-Gutachter legten dar, dass mit einer leitliniengerechten psychiatrischen Behandlung nach wie vor und konkret Aus sicht auf eine Besserung besteht (Urk. 7/58/9, Urk. 7/58/83 f.). Der gegenteiligen Auffassung der Beschwerdeführerin, die sich auf die Beurteilung der behandelnden Therapeuten des Medizinischen Zentrums D.____ stützt, kann nicht gefolgt werden. Es ist insbesondere nicht nachvollziehbar, weswegen auf die von den behandelnden Ärzten anerkannte Besserung im Zuge der Behandlung in der Klinik I.____ gleichsam unvermeidbar eine sofortige Verschlechterung folgte (Urk. 3/3 S. 2), die Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf trotz Behandlung vollständig antriebslos blieb (Urk. 3/3 S. 4) und damit eine erneute Besserung schlechterdings nicht mehr im Bereich des Möglichen lag. 4.5.5

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beurteilung im MEDAS-Gutachten auf psychiatrischem Fachgebiet zu überzeugen vermag. Die von der Beschwerdeführerin unter Bezugnahme auf die Darlegungen der behandelnden Therapeuten des Medizinischen Zentrums D.____ geäusserte Kritik vermag daran nichts zu ändern. Eine erneute Begutachtung, wie sie die Beschwerdeführerin beantragt, ist demgemäss nicht angezeigt. 4.6

Sowohl die MEDAS-Experten als auch die behandelnden Therapeuten der Beschwerdeführerin stellen leichte neuropsychologische Störungen fest, insbesondere in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und visuell-räumliches Denken, und sie gingen davon aus, dass sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Urk. 3/3 S. 4, Urk. 7/58/7). Insofern besteht Übereinstimmung zwischen Gutachterin und den behandelnden Ärzten. Es ist nachvollziehbar, dass sich diese Störungen auf die erwerbliche Leistungsfähigkeit auswirken (Urk. 7/58/7 f.). Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde dies hinreichend nachvollziehbar dargelegt (Urk. 7/58/107 ff.). 4.7

Auch im Übrigen ergeben sich an der Beurteilung der MEDAS-Gutachter keine ins Gewicht fallenden Zweifel. Übereinstimmend mit den MEDAS-Gutachtern nannten auch die Ärzte des Medizinischen Zentrums D.____ die Adipositas per magna als Diagnose, wobei sie dieser ebenfalls keinen unmittelbaren

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumessen (Urk. 3/3 S. 4, Urk. 7/58/7). Zu den weiteren von den MEDAS-Gutachtern genannten Diagnosen (Urk. 7/58/7) erfolgten seitens der Beschwerdeführerin keine konkreten Einwände. 4.8

Die ergänzende gutachterliche Stellungnahme enthält Ausführungen zum Schlafapnoe-Syndrom der Beschwerdeführerin . Die Beschwerdegegnerin wünschte eine Erläuterung dahingehend, inwiefern zwischen den Diagnosen eines obstruktiven und derjenigen eines schweren Schlafapnoe-Syndrom zu unterscheiden sei (Urk. 7/61/1). In der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 4. Mai 2020 äusserten sich der psychiatrische Experte Dr. E.____ und der neurologische Gutachter Dr. F.____ hierzu (Urk. 7/65/2). Trotz ihrer Erläuterung ist weiterhin offen, weswegen im Gutachten nebst der Diagnose eines schweren Schlafapnoe-Syndroms mit Maskendyskomfort , die insbesondere die Ausprägung des Leidens zum Ausdruck bringe , zusätzlich auch die Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms

genannt wurde (Urk. 7/58/7). Eine nochmalige Rückfrage erübrigt sich aber. Praktisch von Belang ist, dass durch das Gutachten dargetan und im Übrigen auch unbestritten ist, dass das fragliche Leiden befundmässig ausgewiesen (Urk. 7/58/52) und dass ihm im Zusammenhang mit dem Maskendyskomfort ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt worden ist (Urk. 7/58/ 61 f.). 4.9

Die behandelnden Ärzte des Medizinischen Zentrums D.____ hoben im Besonderen die von ihnen als krankhaft gewürdigte chronische Unordnung zu Hause bei der Beschwerdeführerin im Sinne eines Messie-Syndroms hervor (Urk. 3/3 S. 2 und S. 4), jedoch fehlt es an Darlegungen, wie sich dies auf die erwerblichen Fähigkeiten konkret auswirkt (Urk. 3/3 S. 4, Urk. 7/35/4). Die im Jahr 2018 und ebenso davor im Jahr 2017 noch diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung (Urk. 7/9/13, Urk. 7/35/4) taucht im Bericht vom 7. Dezember 2020 ohne weitere Erläuterung nicht mehr auf (Urk. 3/3 S. 4). Auf den von den MEDAS-Gutachtern beschriebenen Problembereich des Vermeidungsverhaltens und der motivationalen Schwierigkeiten (Urk. 7/58/8, Urk. 7/58/83) gingen die behandelnden Therapeuten gar nicht ein, sondern bejahten ohne weitere Begründung eine gute Motivation und Compliance (Urk. 3/3 S. 4). Insgesamt ist die von den behandelnden Therapeuten durchwegs attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/35/2, Urk. 3/3 S. 4; vgl. auch Urk. 7/16-18) für jegliche Tätigkeit so nicht hinreichend abgestützt, zumal noch im Jahr 2017 bei diagnostizierter mittelgradiger depressiver Episode und somatoformer Schmerzstörung, Adipositas per magna und Kopfschmerzproblematik eine Arbeitsfähigkeit von 60 %

und eine baldige Steigerung derselben prognostiziert worden war (Urk. 7/9/13 f.). In der Gesamtschau entsteht der Eindruck, dass von den Ärzten des Medizinischen Zentrums D.____ jeweils entsprechend der effektiv aus geübten Erwerbstätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Im Juni 2017 war die Beschwerdeführerin noch im Ausmass von 60 %

arbeits tätig gewesen (Urk. 7/9/13 f., Urk. 7/2). Nach dem Verlust dieser Stelle im November 2017 arbeitete die Beschwerdeführerin nicht mehr, wobei die behandelnden

Therapeuten seither eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten (Urk. 7/35/2, Urk. 7/16-18, Urk. 3/3 S. 4).

Zu beachten ist auch, dass die Ärzte des Medizinischen Zentrums D.____ im Bericht vom 12. Juni 2017 unter Fortführung der Behandlung im Verlauf eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit für realisierbar gehalten hatten. Damit im Zusammenhang erachteten sie auch eine Gewichtsabnahme für angezeigt, falls nötig in stationärem Rahmen (Urk. 7/9/14). Aus welchen Gründen die Arbeitsfähigkeit im weiteren Verlauf aus objektiven Gründen doch nicht gesteigert werden konnte, sondern sich nach Ansicht der Ärzte des Medizinischen Zentrums D.____ im Gegenteil zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit entwickelte und trotz weiterhin günstiger Prognose auf diesem Niveau verharrte (Urk. 7/35/2, Urk. 3/3 S. 4), blieb ohne Erklärung. Eine auf medizinische Gesichtspunkte abgestützte Bewertung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte des Medizinischen Zentrums D.____ liegt mithin nicht vor. 4.10

Die Beschwerdeführerin rügte schliesslich, das MEDAS-Gutachten weise verschiedene und zum Teil schwere redaktionelle Fehler

auf, die insgesamt zu dessen Unverwertbarkeit führten (Urk. 1 S. 15 Rz 7.3). Zusätzlich macht die Beschwerdeführerin geltend, das Gutachten sei trotz Mahnung durch die Beschwerdegegnerin nicht innert einer als statthaft zu bezeichnenden Frist vorgelegt worden (Urk. 1 S. 6 f. Rz 5.8.1 und S. 9 Rz 5.8.6).

Bei der MEDAS A.____ ging der Gutachtensauftrag am 28. Februar 2019 ein und fertig gestellt wurde das Gutachten am 13. Januar 2020 (Urk. 7/43, Urk. 7/58). Diese Zeitspanne für die Durchführung der Untersuchungen und die Redaktion des Gutachtens kann objektiv betrachtet nicht als ausserordentlich lange bezeichnet werden. Gleiches gilt betreffend die Beantwortung der zusätzlichen Fragen (Urk. 7/61, Urk. 7/65). Was sodann die redaktionellen Fehler betrifft, so existieren solche, was auch die Gutachter einräumten (Urk. 7/65/1 f.), jedoch nicht in einer Weise und Häufung, dass dies das Gutachten als solches in Frage stellen würde. 4.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). 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 (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

2.

E. 11

x 12; Urk. 7/28/2). Dieses Einkommen bezieht sich auf das damals geleistete Arbeitspensum von 80 % (Urk. 7/6/2). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2018 ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 51'212.-- (Fr. 50'968.-- : 2'719 x 2'732; Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2020, T 39; abrufbar im Internet). 5.5

Eine angepasste Tätigkeit wird nicht ausgeübt. Konkrete Werte zur Bestimmung des Invalideneinkommens stehen nicht zur Verfügung. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstruktur erhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Der Zentralwert der Frauenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung betrug im Jahr 2016 Fr. 4'832.-- (Kompetenzniveau 2 = praktische Tätigkeiten, namentlich Datenverarbeitung und Administration, Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten). Angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2018 (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T 03.02.03.01.04.01; abrufbar im Internet) und an die Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2020, T 39; abrufbar im Internet) resultiert bezogen auf ein Erwerbsspensum von 80 % ein Invalideneinkommen von Fr. 48'590.-- pro Jahr (Fr. 4'832.-- x 12 : 40 x 41,7 : 2'719 x 2'732 x 0,8). Gründe für einen leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen (BGE 126 V 75)

wurden weder geltend gemacht noch sind solche offenkundig (vgl. hierzu auch nachstehende E. 5.7). Die Differenz zwischen dem Validen- und dem Invalideneinkommen beläuft sich auf Fr. 2'622.--, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 5 % entspricht (Fr. 2'622.-- x 100

% :

Fr. 51'212.-- ; zur Rundungsregel vgl. BGE 130 V 121). Bezogen auf ein Erwerbsspensum von 80 % beträgt der Invaliditätsgrad 4 % (5 % x 0,8). 5.6

Auf eine Haushaltabklärung verzichtete die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7/69/9). Ob sich eine solche aufgedrängt hätte, kann hier offenbleiben. Angesichts des Invaliditätsgrades für den Erwerbsbereich ergibt sich auch dann kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 %, wenn von einer - hier nicht gerechtfertigten - vollständigen Einschränkung im Haushalt und damit von einem gewichteten Invaliditätsgrad von 20 % im Aufgabenbereich ausgegangen würde. Der Gesamtinvaliditätsgrad betrüge diesfalls 25 % . 5.7

5.7.1

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die

Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Gemäss BGE 138 V 457 richtet sich der Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, nach dem Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit (E. 3.3). Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 143 V 431 E. 4.5.1; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.4).

5.7.2

Bekannt war das Ausmass der Restarbeitsfähigkeit mit

der Erstattung des MEDAS-Gutachtens vom 13. Januar 2020 (vgl. dazu BGE 143 V 431 E. 4.5.1). Zu diesem Zeitpunkt stand die am 9. Mai 1963 geborene Beschwerdeführerin in ihrem 57. Lebensjahr. Bis zum Erreichen des AHV-Alters verblieben ihr somit noch gut sieben Jahre. Die trotz des Gesundheitsschadens vorhandenen erwerblichen Ressourcen können entsprechend der Beurteilung im MEDAS-Gutachten in einem hohen Pensum verwertet werden und die Beschwerdeführerin ist unter Berücksichtigung der bestehenden Einschränkungen auf einem breiten Feld möglicher Tätigkeiten einsetzbar. Bis zur Aufgabe der letzten Stelle bei der Y. AG per Ende November 2017 war sie mit Ausnahme von wenigen Jahren stets in den Arbeitsmarkt integriert (Urk. 7/28). Die von der Beschwerdegegnerin in die Wege geleiteten Eingliederungsmassnahmen scheiterten sodann nicht an objektiven Hürden, sondern daran, dass sich die Beschwerdeführerin seinerzeit zu solchen Massnahmen nicht im Stande fühlte (Urk. 7/32/2). Aus objektiver Sicht liegen mithin keine Gründe vor, um die Selbsteingliederungsfähigkeit tatsächlich zu verneinen. Bezogen auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt sind die Anstellungschancen der

Beschwerdeführerin

vor dem Hintergrund der Berufsbiografie, angesichts der noch nicht langen Absenz vom Arbeitsmarkt (bezogen auf den Zeitpunkt der Begutachtung), aufgrund der relativ hohen Restarbeitsfähigkeit und mit Blick auf die bestehenden Einschränkungen, die weiterhin einen breiten Fächer an Einsatzmöglichkeiten offen lassen, vielmehr als intakt zu bewerten (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_824/2016 vom 10. Juli 2017 E. 4.5 betreffend eine versicherte Person im 60. Altersjahr und mit breiter Berufserfahrung). 5.8

Zusammenfassend ist es im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch verneint und das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde erweist sich demgemäss als unbegründet, was zu deren Abweisung führt. 6.

Gemäss Art. 61 lit . f bis

ATSG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerde verfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Ver weige rung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Ver si cherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrens aufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700 .-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der Beschwerde führerin 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: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind bei zulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber FehrWilhelm

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