

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01188 vom 22. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01188](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01188)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01188 du 22 décembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01188 del 22 dicembre 2017

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1957, arbeitete seit dem 1. Januar 2010 in einem 100%-Pensum als Mitarbeiterin Operation in der Y.\_\_\_\_ (Urk. 6/12). Am 8. Februar 2011 kollabierte die Versicherte während der Arbeit und wurde via Sanität ins Z.\_\_\_\_ überführt. Die behandelnden Ärzte der Klinik für Neurologie, wo die Versicherte vom 8. bis zum 11. Februar 2011 hospitalisiert war, stellten ein passageres Hemisyndrom rechts fest (Urk. 6/16). Am 12. Juli 2011 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/7; vgl. auch Früherfassungsmeldung der Y.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2011, Urk. 6/2). Die IV-Stelle nahm beruflich-erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Am 24. Oktober 2011 teilte sie der Versicherten mit, dass eine Unterstützung in Form einer Arbeitsplatz erhaltung gemäss Besprechung vom 17. Oktober 2011 zurzeit nicht möglich sei. Die Arbeitsplatz erhaltung werde daher abgeschlossen (Urk. 6/21). In der Folge kündigte die Y.\_\_\_\_ das Arbeitsverhältnis der Versicherten per 29. Februar 2012 (vgl. Urk. 6/26). Am 30. Oktober 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werde, da sie per 1. November 2012 eine neue Arbeitsstelle gefunden habe (Urk. 6/45; vgl. Arbeitsvertrag des A.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2012 [50%-Pensum], Urk. 6/76). Mit Vorbescheid vom 16. April 2013 stellte die IV Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 6/51), wogegen diese am 15. Mai 2013 Einwand erhob (Urk. 6/53; vgl. auch Einwander gänzung vom 4. Juli 2013, Urk. 6/55). Mit Eingabe vom 22. Oktober 2013 (Urk. 6/62) reichte die Versicherte das Gutachten von PD Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. August 2013 (Urk. 6/61/3-21) und den Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Neurologie, vom 3. Oktober 2013 (Urk. 6/61/1-2) ein. Per 31. Dezember 2013 wurde das Arbeitsverhältnis mit dem A.\_\_\_\_ aufgelöst (vgl. Urk. 6/75). Mit Schreiben vom 7. März 2014 erklärte die IV-Stelle der Versicherten, dass ihr Gesundheitszustand mit einer regelmässigen ambulanten Psychotherapie von mindestens einem Jahr wesentlich verbessert werden könne. Bis zum 7. April 2014 habe sie daher – im Rahmen der ihr obliegenden Mitwirkungspflicht – mitzuteilen, bei welchem Arzt oder welcher Ärztin sie diese Massnahme durchführen werde (Urk. 6/64; vgl. auch Schreiben der IV Stelle betreffend Fristerstreckung vom 14. April 2014, Urk. 6/66). Mit Eingabe vom 12. Juni 2014 erklärte die Versicherte, dass sie seit dem 28. Mai 2014 bei Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung sei (Urk. 6/67). Daraufhin holte die IV-Stelle den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. September 2014 (Urk. 6/72) und den Ver laufsbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. April 2015 (Urk. 6/78) ein. Nach neuerlichem Vorbescheid verfahren (Vorbescheid vom 8. September 2015, Urk. 6/81, und Ein wand vom 2. Oktober 2015, Urk. 6/85; vgl. auch Stellungnahme der Ver

sicherten vom 29. April 2016, Urk. 6/96) verneinte sie mit Verfügung vom 27. September 2016 (Urk. 2) gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 26 % einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente.

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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. 1.2.1**

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 Erwerbseinkommen 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; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

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 (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C\_616/2014 vom 25. Februar 201

#### **E. 1.2.2**

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten Rechtsprechung genügt die Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren Beschwerdebildes ohne organische Grundlage und die allein darauf gestützte medizinische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht zum Nachweis einer rentenbegründenden Invalidität. Eine Erwerbsunfähigkeit wurde seither nur anerkannt, wenn zusätzliche Kriterien (sogenannte „Foerster-Kriterien“, vgl. ferner BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) in hinreichendem Ausmass erfüllt waren (BGE 139 V 457 E. 5.9 und E. 6).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert (BGE 141 V 574 E. 3.4). Es erfolgte damit nicht eine Änderung der Voraussetzungen für den Leistungsanspruch, sondern die Schaffung neuer - vom Bundesgericht näher umschriebener

Standardindikatoren für dessen Beurteilung und eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 3.6 und E. 6; BGE 141 V 585 E. 5.3). In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist seit BGE 141 V 281 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE

141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Gemäss dem zur Publikation vorgesehenen Urteil des Bundesgerichts 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1 und 7.2 (vgl. das ebenfalls zur Publikation bestimmte Bundesgerichtsurteil 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.2 und E. 4.5.3) bestehen bei sämtlichen psychischen Störungen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme. Deshalb ist laut Bundesgericht nunmehr das indikatoren geleitete Verfahren gemäss BGE 141 V 281 grundsätzlich auf sämtliche psychische Störungen, namentlich auch auf Störungen aus dem depressiven Formenkreis, anzuwenden. Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektiver Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf.

### **E. 1.2.3**

Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichtes fielen depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent waren. Gemäss dem besagten Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 kann indessen die Frage, ob bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eine invalidenversicherungsrrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert, ebenso wenig wie bei somatoformen Schmerzstörungen allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden, und ist diese Rechtsprechung deshalb fallenzulassen (E. 4.4). Wie bei den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden verbleiben aber Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (vgl.

E. 4.5.2).

### **E. 1.3**

Die neuste Rechtsprechung des Bundesgerichtes zu den psychischen Leiden (vgl. E. 1.2.2-3) ändert nichts daran, dass es zur Annahme eines invaliditätsrelevanten Gesundheitsschadens nicht nur eines medizinischen Substrats, das fachärztlich festgestellt

wurde und welches die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt, sondern auch einer sorgfältigen Prüfung durch die rechts anwendenden Behörden, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit zudem invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und sozio kulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom invaliditäts rechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind , bedarf (vgl. BGE 140 V 193; BGE

130 V 3.5.2 E. 2.2.5; Urteil des Bundesgerichts 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.1). Das Beschwerdebild mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen und nicht bloss mittelbar eine (verselbständigte) Gesundheits schädigung aufrechterhalten oder ihre (unabhängig von den invaliditäts fremden Elementen bestehenden) Folgen verschlimmern, sind als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Faktoren auszuschneiden (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 S. 293 und E. 4.3.1.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_140/2014 vom 7. Januar 2015 E. 3.3). Ein invalidisierender psychischer Gesundheits schaden kann nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und sozio kulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst. Auch bei einer diagnostizierten Depressions störung sind daher das Beschwerdebild prägende psychosoziale Belastungsfak toren bei der Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheits schaden vorliegt, zu beachten und auszuklammern. Wo psycho soziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbe gründenden Invalidität Zurückhaltung gebo ten (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. Urteil des Bundesge richts 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 5.3 mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. 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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalidenein kommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Validenein kommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die b eiden hypothetischen Erwerbsein kommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommens differenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Ein kommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durch schnitts werten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kür zen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwer arbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Recht sprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der

versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

### **E. 1.6**

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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 1.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 1.8**

Nach Art. 49 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung ( IVV ) beurteilen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führen die RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützen sie ihre Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2 mit Hinweisen; 9C\_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2; 9C\_622/2007 vom 9. September 2008 E. 2.2; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte am 25. Oktober 2016 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 27. September 2016 sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Rente, zu erbringen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 29. November

2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin am 5. Dezember 2016 angezeigt wurde (Urk. 7). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass es der Beschwerdeführerin aus ärztlicher Sicht nicht mehr möglich sei, ihre ange stammte Tätigkeit als Operationspflegeassistentin in einem höheren Umfang als 50 % einer Vollzeitstelle auszuüben. In einem stressarmen Umfeld bestehe jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit. Ohne Behinderung hätte die Beschwerde führerin im Jahr 2013 in der Tätigkeit als Operationspflege assistentin ein jährli ches Einkommen von Fr. 69'828.70 erzielen können, mit Behinderung gemäss den Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik ein Einkommen von Fr. 51'801.21 (Lohn für Hilfsarbeiten). Bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 18'027.49 resultiere somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 26 % (Urk. 2 S. 2 f.).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber geltend, dass einzig die RAD Ärzte Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Neurologie und FMH Psychi atrie und Psychotherapie, und med. pract. F.\_\_\_\_, FMH Neuro logie, die Hypothese einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit stellen würden. Die RAD-Ärzte Dr. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ seien auch die einzigen beiden Ärzte, die sich zur komplexen gesundheitlichen Situation der Beschwer de führerin äussern würden, ohne sie jemals untersucht zu haben. Die beiden Fachärzte Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin viele Male gesehen hätten, hätten angegeben, dass auch in einer angepassten Tätigkeit eine Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Auch das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ komme schlüssig und fundiert zum selben Ergebnis. Der Ein schätzung des RAD könne demnach nicht gefolgt werden. Sofern nicht auf die fundierten neuropsychologischen Abklärungen von Dr. C.\_\_\_\_ abge stellt werde, müssten weitere neuro-psychiatrische und/oder neuropsycho logische Abklärungen veranlasst werden. Im Rahmen des vorgenommenen Ein kommensvergleichs rechtfertige sich sodann ein Tabellenlohnabzug von 25 %, weshalb ein Anspruch auf eine Invalidenrente – selbst wenn von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen würde – zu bejahen sei (Urk. 1 S. 12 ff.). 3. 3.1

Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, Chefarzt der Y.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 20. Juli 2011 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Migraine accompagnée, bestehend seit Februar 2011. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Asthma bronchiale. Dr. G.\_\_\_\_ gab an, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausge übten Tätigkeit vom 8. Februar bis zum 6. März 2011 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei und vom 7. März 2011 bis dato zu 50 % arbeitsunfähig sei (Urk. 6/11/1-2). 3.2

RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 15. August 2011 fest, dass diagnostisch ein Status nach einem passageren (= vorübergehenden) Hemi syndrom rechts am 8. Februar 2011 gegeben sei. Die Differentialdiagnose umfasse eine komplizierte Migräne, Differentialdiagnose: TIA (= vorüber gehende Durchblutungsstörung), Differentialdiagnose: funktionell bedingte Störung (= psychogen). Analog dem Bericht der Klinik für Neurologie des Z.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2011 (Urk. 6/16; vgl. Sachverhalt Ziffer 1) handle es sich um eine vorübergehende Störung. Somit sei anzunehmen, dass zum

gegenwärtigen Zeitpunkt keine weiteren fokal neurologischen Defizite gegeben seien. Aus neurologischer Sicht sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Operations-Pflegerin auszugehen (Urk. 6/27/1). 3.3

Dr. C.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 22. Dezember 2011 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine komplizierte Aura, einmalig mit Hemiparese rechts im Februar 2011, und (2) vorbestehende kognitive Leistungsschwächen an. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie nicht. Dr. C.\_\_\_\_ gab an, dass die Beschwerdeführerin seit ca. Februar 2011 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegeassistentin zu 30 bis 40 % arbeitsunfähig sei (Urk. 6/28/1; vgl. Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ an Dr. G.\_\_\_\_ vom 14. September 2011, Urk. 6/28/3-5). 3.4

RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ erklärte in der Stellungnahme vom 10. Januar 2012, dass durch weitere medizinische Massnahmen im Sinne einer regelmässigen neurologischen Behandlung (Prophylaxe der Migräneanfälle) von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Pflegeassistentin bis auf 100 % innerhalb von sechs Monaten ausgegangen werden könne. Bei den von Dr. C.\_\_\_\_ festgestellten neurokognitiven Defiziten handle es sich überwiegend wahrscheinlich um vorbestehende Teilleistungsschwächen als Folgen einer frühkindlich erworbenen zerebralen Entwicklungsstörung (Hinweise auf ein legasthenisches und ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom in der neuropsychologischen Testung durch Dr. C.\_\_\_\_). In einer angepassten Tätigkeit sei medizinisch-theoretisch von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Das Belastungsprofil sehe wie folgt aus: zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Termin- und Zeitdruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen, in einer konfliktarmen Arbeitsatmosphäre (Urk. 6/49/3-4). 3.5

Dr. C.\_\_\_\_ gab im an Dr. G.\_\_\_\_ gerichteten Bericht vom 1. März 2012 an, dass am 28. Januar 2012 (erneut) eine passagere Hemisymptomatik rechts mit einer Sprachstörung (ICD-10 F44.7) aufgetreten sei. Dies im Rahmen einer funktionellen/dissoziativen Störung, ausgelöst durch eine akute psychosoziale Stresssituation. Aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit mit verminderter Stressintoleranz sei im Hinblick auf die psychische Stabilisierung vorübergehend noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Geplant sei eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit mit einem 50%-Pensum ab Mai 2012 (Urk. 6/44/2-3; vgl. auch Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 30. November 2012, Urk. 6/4

## **E. 5**

E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich 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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 5.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

### **E. 5.2**

Der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. September 2016 vorgenommene Einkommensvergleich ergab einen renten ausschliessenden Invaliditätsgrad von 26 % (Urk. 2).

Die Grundlagen des Validen- und Invalideneinkommens wurden von der Beschwerdeführerin ausdrücklich nicht in Zweifel gezogen (Urk. 1 S. 15). Für eine nähere Überprüfung von Amtes wegen besteht kein Anlass (BGE 125 V 413 E. 1b und E. 2c).

### **E. 5.3**

Dem Einwand der Beschwerdeführerin, dass ihr im Rahmen der Bemessung des Invalideneinkommens ein Leidensabzug in der Höhe von 25 % hätte gewährt werden müssen (Urk. 1 S. 15 ff.), kann nicht beigepllichtet werden. Da der Beschwerdeführerin lediglich noch zeitlich flexible Tätigkeiten in einer konfliktarmen Arbeitsatmosphäre, ohne permanenten Termin- und Zeitdruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen zumutbar sind, steht ihr zwar lediglich noch ein eingeschränktes Spektrum an möglichen Tätigkeiten offen. Dass das Alter der Beschwerdeführerin die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor jedoch grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_594/2011 vom 20. Oktober 2011 E).

5). Im Weiteren wirken sich vorliegend auch die Dauer der Betriebszugehörigkeit, die Nationalität sowie der Beschäftigungsgrad nicht lohnmindernd aus (vgl. dazu Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, N 102 ff. zu Art. 28a).

Insgesamt lässt sich deshalb ein leidensbedingter Abzug von (höchstens) 10 % rechtfertigen. Das Invalideneinkommen beläuft sich demnach auf (mindestens) Fr. 46'621.10 (Fr. 51'801.21 x 0,9).

### **E. 5.4**

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 69'828.70 und einem Invalideneinkommen von Fr. 46'621.10 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 23'207.60 und damit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 33 % (Fr. 23'207.60 : Fr. 69'828.70). 6.

Die angefochtene Verfügung vom 27. September 2016 (Urk. 2), mit der ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneint wurde, erweist sich damit als rechtsens. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführer in auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - 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 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 Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstKreyenbühl

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

). 3.6

RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ hielt in seinen Stellungnahmen vom 29. Oktober 2012 und 25. Februar 2013 fest, die vorliegende Diagnose „Status nach passagerer Hemi symptomatik rechts und Sprachstörung am 28. Januar 2012 im Rahmen der funktionellen dissoziativen Störung ausgelöst durch psychosoziale Stresssitua tionen“ gehöre versicherungsmedizinisch zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundla ge. Es lägen keine Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität oder sonstige schwere Funktionseinschränkungen vor. Die Zusatzuntersuchungen (Schädel-MRI, EEG und Liquoruntersuchungen) seien unauffällig gewesen. Wei tere Abklä rungen seien nicht erforderlich . Eine Willens anstrengung zur Schmer z überwindung bzw. zur Verwertbarkeit der Arbeits fähigkeit sei zumutbar. Psychosoziale Belastungsfaktoren seien nicht IV relevant ( Urk. 6/49/ 5 -7). 3.7

Dr. B.\_\_\_\_ hielt im von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen Gut achten vom 24. August 2013 (Urk. 6/61/3-21) folgende psychiatrischen Diagno sen fest (Urk. 6/61/19-21): (1) eine ausgeprägte Legasthenie (ICD-10 F81.0) (2) ein ausgeprägtes Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Impulsivitätssyndrom (ADHS; ICD-10 F90) (3) eine Persönlichkeitsveränderung nach langer psychischer Störung (ICD-10 F62.1) (4) eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F 06.7) (5) eine mittelschwere Depression (ICD-10 F32.1) (6) eine dissoziative Störung (ICD-10 F44.8)

Dr. B.\_\_\_\_ erklärte, dass bei der Beschwerdeführerin eine wesentliche langfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei, die mindestens bei 50 % liege (Urk. 6/61/21). 3.8

Dr. med. H.\_\_\_\_, Assistenzärztin Neurologie des I.\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 11. Oktober 2013 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) einen Verdacht auf eine Konversionsstörung bei depressivem Zustandsbild (ICD-10 F44, F33), erste Episode vor ca. 1,5 Jahren, und (2) eine Migräne fest. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine arterielle Hypertonie. Dr. H.\_\_\_\_ berichtete, dass die Beschwerdeführerin am 8. August 2013 bei Verdacht auf einen cerebrovasculären Insult notfallmässig aus dem A.\_\_\_\_ zugewiesen worden sei. Vom 8. bis zum 20. August 2013 sei sie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Operations-Schwester zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 6/59/1-2). 3.9

RAD-Arzt F.\_\_\_\_ erklärte in der Stellungnahme vom 1. Februar 2014, dass die Beschwerden gemäss dem

psychiatrischen Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 24. August 2013 zunächst in überwiegenden Teilen mit einer psychosozialen Belastungssituation assoziiert seien (Erhalt der „Anklageschrift“ des Noch-Ehemannes; Weigerung des Ex-Ehemannes, Unterhalt zu zahlen; unerwartete Kündigung). Die multimodale psychosoziale Belastungssituation vor dem Hintergrund eines

vorbestehenden ADS und einer Minderbegabung (Legasthenie), die nun retrospektiv diagnostiziert und vorgängig aufgrund der Leichtigkeit nicht erkannt worden seien, habe die Dekompensation gefördert. Die kognitiven Störungen - objektiviert, aber nicht beschwerdevalidiert und deshalb versicherungsmedizinisch fraglich verwertbar - seien im Gesamtkontext den noch nachvollziehbar. Dies, auch wenn die Situation als histrionisches Verhalten in Folge der psychosozialen Belastungssituation anmutet. Die von Dr. B.\_\_\_\_ genannte depressive Störung sei nicht erkennbar getrennt von der psychosozialen Belastungssituation entstanden und müsste deshalb im Sinne einer Anpassungsstörung diskutiert werden. Gesamthaft wirkt die Begründung einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit seit dem 20. Juli 2011 vor dem Hintergrund der Krankengeschichte nun plausibel, auch wenn jedes Element für sich keine Arbeitsunfähigkeit in dieser Höhe begründen würde. Für eine angepasste Tätigkeit würden sich derzeit keine Änderungen ergeben. Die Assoziation der Insult-anmutenden Symptome mit Migräne, Diabetes mellitus, Herzkrankheit sowie neurokognitiven und affektiven Symptomen könnte Ausdruck eines MELAS-Syndroms sein, das - soweit aktuell - noch nicht abgeklärt worden sei. Eine psychische Stabilisierung sei möglich unter regelmässiger ambulanter Psychotherapie während mindestens eines Jahres. Gegebenenfalls sei auch der Besuch einer psychiatrischen Tagesklinik für mindestens einen Monat in Betracht zu ziehen (Urk. 6/80/3-4). 3.10

Dr. D.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 26. September 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/72/2): (1) einen Verdacht auf eine funktionelle dissoziative Störung, ausgelöst durch psychosoziale Stresssituationen (ICD-10 F44.7) (2) eine leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) (3) eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ICD-10 F90) (4) (Status nach) Legasthenie (ICD-10 F81.0) (5) eine Migräne

Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. D.\_\_\_\_ nicht. Er erklärte, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Operations-Pflegehelferin von 2012 bis auf Weiteres zu 50 bis 60 % arbeitsunfähig sei. Auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit weiterhin mindestens 50 % (Urk. 6/72/2-5). 3.11

RAD-Arzt F.\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 26. Mai 2015 aus, dass gemäss Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. September 2014 die psychosozialen Belastungsfaktoren eine Rolle spielen würden, aber nicht führend seien. Die davon unabhängigen gesundheitlichen Probleme im Sinne einer Depression, Migräne und funktionellen Entwicklungsstörung würden überwiegen. RAD-Arzt F.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass in einem stressarmen Umfeld - wie mehrfach genannt - eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe (Urk. 6/80/6). 3.12

Die Ärzte der Klinik für Neurologie des I.\_\_\_\_ gaben im Bericht vom 29. Juni 2015 zuhanden von Dr. med. J.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, an, dass die Beschwerdeführerin am 14. Juni 2015 bei initialem Verdacht auf einen Hirninfarkt mit akut aufgetretener Hemiparese rechts und Hypophonie stationär aufgenommen worden sei. In Anbetracht der Vorgeschichte mit drei Episoden ähnlicher klinischer Symptomatik sowie des aktuellen klinischen Verlaufs mit vollständiger Regredienz der Beschwerden im Verlauf der Hospitalisation seien die Beschwerden letztlich im Rahmen einer Konversionsstörung zu interpretieren. Gemäss anamnestischen Angaben seien eine böartige E-Mail von einem Mitbewohner und die Stresssituation im Rahmen der IV-Abklärung als begünstigende Stressoren eruierbar gewesen (Urk. 6/84/2). 3.13

Dr. C.\_\_\_\_ erklärte im Bericht vom 15. April 2016, dass eine hemiplegische Migräne differentialdiagnostisch sicher in Betracht zu ziehen sei. Seit Juni 2015 sei es unter Entlastung zu keiner akuten Hemisymptomatik und zu keinen akuten Sprech- und Sprachstörungen mehr gekommen. Weiterführende Abklärungen seien nicht notwendig (Urk. 6/92). 4. 4.1

#### 4.1.1

Die Arbeitsunfähigkeit ist ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG). Daher kommt der Arztperson bei der Folgenabschätzung der von ihr erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu, sondern sie nimmt hierzu Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab. Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und E. 3.2). 4.1.2

Der – bei erstmaliger Rentenprüfung von der versicherten Person zu erbringende (BGE 139 V 547 E. 8.1) – Nachweis einer Invalidität setzt nach der Rechtsprechung eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte und objektivierbare Beeinträchtigung voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermassen (BGE 139 V 547 E. 9.4; vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). 4.2 4.2.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die fachärztlichen Aktenbeurteilungen der RAD-Ärzte Dr. E.\_\_\_\_ (Neurologie/Psychiatrie und Psychotherapie) und F.\_\_\_\_ (Neurologie), die sich mit den Berichten der behandelnden Ärzte und Ärztinnen und mit dem von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 24. August 2013 (vgl. E. 3.7) eingehend auseinandergesetzt haben. 4.2.2

Es trifft zu, dass einzig die RAD-Ärzte E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgingen. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung steht dieser Umstand einem Abstellen auf die von den RAD-Ärzten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aber nicht entgegen, zumal die anderslautenden ärztlichen Einschätzungen aufgrund der nachfolgenden Erwägungen keine wichtigen

und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende Aspekte benennen, die in den vorliegenden RAD-Stellungnahmen unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen ). 4.3

#### 4.3.1

Aktenkundig ist, dass bei der Beschwerdeführerin im Februar 2011, im Januar 2012, im August 2013, im Dezember 2014 und im Juni 2015 (vgl. Urk. 6/78 und Urk. 6/92) eine passagere rechtsseitige Hemisymptomatik aufgetreten ist ( welche in der Folge

auch als Migraine accompagnée bezeichnet wurde, Urk. 6/11/1 und Urk. 6/22/5). Bei diesen Anfällen, aufgrund derer die Beschwerdeführerin jeweils zwei bis sechs Tage lang im Z.\_\_\_\_ (Urk. 6/16), in der K.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 6/44/2-3) bzw. im I.\_\_\_\_ (Urk. 6/59 und Urk. 6/84) hospitalisiert war, kam es insbesondere zu Lähmungserscheinungen der rechten Körperhälfte und zu Sprachstörungen, welche grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden bzw. wenigen Tagen regredient waren. Die jeweils durchgeführten Zusatzuntersuchungen (MRI und CT Schädel, EEG und Liquoruntersuchungen) zeigten unauffällige Befunde, und die anfänglich verdachtsweise gestellten Diagnosen eines Hirninfarktes liessen sich nicht erhärten (vgl. Urk. 6/84).

Im Weiteren traten gemäss Aktenlage schon vor dem ersten Hemisyndrom am 8. Februar 2011 und auch im weiteren Verlauf Migräne-Attacken (ohne gleichzeitige Hemisymptomatik) auf. Auch für die se fanden die mit der Beschwerde führerin befassten Arzt personen bislang keine organische Ursache. Dr. J.\_\_\_\_ hat in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15. April 2016 zwar bemerkt, dass eine hemiplegische Migräne differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen sei . Gleichzeitig hat sie aber darauf hingewiesen, dass es seit Juni 2015 unter Entlastung zu keiner akuten Hemisymptomatik und zu keinen akuten Sprech-/Sprachstörungen mehr gekommen sei und weiterführende Abklärungen nicht notwendig seien (Urk. 6/92) . Konkrete Hinweise dafür, dass die Beschwerdeführerin unter einem MELAS-Syndrom leiden könnte (Urk. 6/80/3; vgl. E. 3.9), liegen demnach nicht vor. 4.3.2

Laut der – vom RAD nicht in Frage gestellten (vgl. E. 3.6) – Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ bestand bei der Beschwerdeführerin sodann schon vor der ersten Hemisymptomatik eine kognitive Teilleistungsschwäche im Rahmen einer frühkindlich erworbenen zerebralen Entwicklungsstörung mit Lern- und Gedächtnisstörung sowie legasthenischem und Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) sowie mit Aggravation im Rahmen psychosozialer Stress- und Belastungsfaktoren (Urk. 6/44/1; vgl. E. 3.3 und E. 3.5). 4.3.3

Aktenkundig sind zusätzlich die psychiatrischen Diagnosen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) sowie einer dissoziativen Störung (ICD-10 F44.7 resp. ICD-10 F44.8; vgl. E. 3.7 und E. 3.10). 4.4 4.4.1

Streitig und zu prüfen ist insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin resp. der RAD massgebliche Auswirkungen des vorstehend beschriebenen Beschwerdebildes in einer –

stressarmen – angepassten Tätigkeit gemäss dem von RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ formulierten Belastungsprofil (zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Termin und Zeitdruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen, vgl. E. 3.4) zu Recht verneint hat. 4.4.2

Die gemäss Aktenlage im Beurteilungszeitraum fünf Mal im Rahmen einer dissoziativen Störung aufgetretenen Hemisymptomatiken waren nach dem Gesagten vorübergehender Natur und vermögen als solche keine invalidenversicherungsrechtlich relevante (dauerhafte) Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu begründen (vgl. E. 4.1.2).

Dass die – vorbestehende – Migräneproblematik die Beschwerdeführerin beeinträchtigt, ist nicht in Abrede zu stellen. Eine relevante (dauerhafte) quantitative (zeitliche) Beeinträchtigung in einer – stressarmen - angepassten Tätigkeit ist aber auch aufgrund dieses Beschwerdebildes nicht anzunehmen.

Bezüglich der vorbestehenden kognitiven Teilleistungsschwächen resp. der Legasthenie sowie des ADHS ist zu bemerken, dass diese Störungen die Beschwerdeführerin vor der ersten Hemisymptomatik im Februar 2011 nicht daran hinderten, einer vollzeitlichen Tätigkeit nachzugehen und damit ein rein tenuausschliessendes Einkommen zu erzielen. Wohl ist anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin seither weniger belastbar war und diese Störungen nicht mehr so gut wie früher kompensieren konnte. Diesem Umstand wurde aber mit dem vom RAD formulierten Belastungsprofil angemessen Rechnung getragen.

Was die – von Dr. B. \_\_\_ als mittelgradige und von Dr. D. \_\_\_ als leicht- bis mittelgradige depressive Episode klassifizierte – depressive Symptomatik betrifft, so geht aus den medizinischen Akten hervor, dass diese massgeblich durch invaliditätsfremde psychosoziale Belastungsfaktoren (Trennung [2009], belastender Scheidungsprozess, Scheidung [Juli 2013], Verlust der Arbeitsstelle [Kündigung 30. November 2011] resp. Arbeitslosigkeit [Urk. 6/26, Urk. 6/57 und Urk. 6/61/16]) mitbestimmt wurde (vgl. E. 1.3). Dabei bestehen deutliche Anhaltspunkte dafür, dass sich die invaliditätsfremden Elemente nicht klar vom depressiven Leiden selbst trennen liessen (Urk. 6/72/4). Im Weiteren ist den Akten zu entnehmen, dass sich die von der K. \_\_\_ Ende Januar 2012 initiierte Behandlung mit Cipralext positiv auf die dort (erstmalig) festgestellte depressive Symptomatik (und im Übrigen auch auf die Ausprägung und Häufigkeit der Migräne) auswirkte (Urk. 6/44/1 und Urk. 6/61/10). Ausserdem wurde die depressive Symptomatik in den Berichten von Dr. C. \_\_\_ vom 9. April 2015 und 27. Februar 2016 gar nicht mehr erwähnt (Urk. 6/78 und Urk. 6/93). Gemäss deren Angaben im Bericht vom 27. Februar 2016 nahm die Beschwerdeführerin in diesem Zeitpunkt auch das Medikament Cipralext nicht mehr ein. 4.4.3

Mit Blick auf die nach dem Gesagten (E. 1.2 und E. 4.3.1; vgl. auch BGE 140 V 290 [zur Migräne]) vorliegend beachtlichen Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.1, namentlich auf den beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der Konsistenz, ist zu bemerken, dass die von der Beschwerdeführerin bislang durchgeführten Behandlungsbemühungen (nach dem 2. Vorfall vom 28. Januar 2012: Gespräche mit med. prakt. L. \_\_\_ von der K. \_\_\_, vgl. Urk. 6/44/2 [Bericht von Dr. C. \_\_\_ vom 1. März 2012; in deren Bericht vom 30. November 2012 wurde nur noch die medikamentöse Behandlung mit Cipralext erwähnt, Urk. 6/48]; auf Aufforderung der Beschwerdegegnerin hin [vgl. Sachverhalt Ziffer 1]: psychotherapeutische Behandlung bei Dr. D. \_\_\_ [8 integriert

psychiatrisch-psychotherapeutische Sitzungen zwischen dem 28. Mai und 4. August 2014, Urk. 6/72/2 und Urk. 6/72/4]) nicht auf einen ausgeprägten Leidensdruck schliessen lassen. Zudem geht aus den Akten hervor, dass sie im Beurteilungszeitraum heiratete (vgl. Mitteilung der Beschwerdeführerin vom 7. April 2014, Urk. 6/65) und vom 1. November 2012 bis 31. Dezember 2013 zu 50 % in einem Spital tätig war (Urk. 6/75-76), wobei sie sich selbst um diese Anstellung gekümmert hatte (Urk. 6/46/4). Auch nach her hat sie gemäss ihren Angaben gegenüber Dr. C.\_\_\_\_ sehr viele Bewerbungen „in der ganzen Schweiz“ geschrieben; sie habe jedoch überall eine Absage erhalten (Urk. 6/78). Dies lässt aber auf durchaus vorhandene Ressourcen und ein hohes Aktivitätsniveau schliessen. 4.4.4

Unter diesen Umständen kann – mit der Beschwerdegegnerin - eine massgebliche (dauerhafte) Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem vom RAD formulierten Belastungsprofil ohne Weiteres verneint werden. Ein weiterer Beweisbedarf besteht nicht (vgl. E. 1.2.2 am Ende).

5.

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