

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00625 vom 31. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00625

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00625 du 31 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00625 del 31 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

Die 1973 geborene X.____ hat ein Studium in Sozialarbeit absolviert und war ab Juli 2011 im Pflegezentrum Y.____ in einem 80%-Pensum als Sozialarbeiterin angestellt (Urk. 11/2, 11/8). Nachdem sie am 10. Juni 2014 mit dem Fahrrad gestürzt war (Urk. 11/15/2), meldete sie sich am 22. September 2014 unter Hinweis auf einen unsystematischen Schwindel bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst einem Arbeitgeberfragebogen (Urk. 11/8) einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 11/9), die Akten des Unfallversicherers (Urk. 11/15) und der beruflichen Vorsorge (Urk. 11/26) sowie diverse Arztberichte (Urk. 11/20, 11/25/4 ff. und 11/31) ein. Mit Schreiben vom 12. Dezember 2014 (Urk. 11/32) gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Job Coachings zwecks Erhalt des Arbeitsplatzes (vgl. auch Urk. 11/33 und 11/38). Nach Eingang weiterer medizinischer Unterlagen (Urk. 11/33, 11/41 und 11/44) übernahm die IV-Stelle mit Mitteilung vom 5. Juni 2015 (Urk. 11/46) zudem die Kosten für ein Achtsamkeits training. Mit Schreiben vom 7. Oktober 2015 (Urk. 11/51) orientierte sie die Versicherte sodann über den Abschluss der beruflichen Massnahmen, da nach wie vor keine Arbeitsfähigkeit bestehe.

Nach Eingang zusätzlicher ärztlicher Berichte (Urk. 11/56, 11/61 f., 11/64/3 ff., 11/73 und 11/79) gab die IV-Stelle bei der Neurologie Z.____ AG ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag (A.____-Gutachten vom 10. Januar 2017, Urk. 11/90). Mit Vorbescheid vom 2. März 2017 (Urk. 11/94) stellte sie der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen diese am 30. März 2017 Einwand erhob (Urk. 11/101). Am 28. April 2017 verfügte die IV-Stelle indes im angekündigten Sinne (Urk. 11/106 = Urk. 2).

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

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. 1.3

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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres 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 (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad -

Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit:
Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell belastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliesst (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1).

E. 1.4

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). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 30. Mai 2017 Beschwerde (Urk. 1) mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei mit Wirkung ab 1. April 2015 eine Invalidenrente zuzusprechen. Ausser dem ersuchte sie um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung. Am 10. Juli 2017 reichte sie weitere Akten zur Darlegung ihrer finanziellen Verhältnisse ein (Urk. 8 f.). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juli 2017 (Urk. 10) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, worüber die Versicherte mit Verfügung vom 13. Juli 2017 (Urk. 12) in Kenntnis gesetzt wurde. Gleichzeitig wurde ihr Gesuch um unentgeltliche Prozessführung abgewiesen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2017 (Urk. 2) im Wesentlichen die Auffassung, bei der Versicherten sei eine dissoziative Störung diagnostiziert worden. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung müsse geprüft werden, ob es ihr zumutbar sei, die im privaten Leben vorhandenen Ressourcen zu

mobilisieren und einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Gemäss Gutachten verfüge die Beschwerdeführerin über viele solcher Ressourcen. So sei sie in ihren Hobbys nicht eingeschränkt, pflege viele Kontakte zu Freunden und der Familie und werde von ihrem Partner unterstützt. Zudem könne durch eine adäquate Therapie eine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation erreicht werden. Im Übrigen hätten die im Rahmen der Begutachtung vorgenommenen Tests durchwegs eine normale Leistungsfähigkeit respektive maximal eine leichte Beeinträchtigung ergeben. Die angeführte Einschränkung sei der Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin zuzurechnen.

E. 2.2

Die Versicherte machte demgegenüber in ihrer Beschwerdeschrift vom 30. Mai 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, ihre Ressourcen würden nicht ausreichen, um die bisherige Kaderstelle wieder auszuüben. Die Anforderungen dies bezüglich seien sehr hoch. Indem die IV-Stelle den Invaliditätsgrad nicht mittels Einkommensvergleichs berechnet habe, habe sie eine klare Rechtsverweigerung begangen. Im Weiteren handle es sich in Bezug auf die beschwerdegegnerischen Ausführungen zu Hobbys, sozialen Kontakten und der Unterstützung durch den Partner um reine Parteibehauptungen ohne genügende Grundlage. Die Feststellung, dass durch eine adäquate Therapie eine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation erreicht werden könne, sei ferner aktenwidrig. Gemäss psychiatrischem Teilgutachten sei die Therapie leitliniengerecht erfolgt. Der Gutachter gehe nicht davon aus, dass kurzfristig eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden könne. Die Expertise zeige klar die vorhandenen Defizite auf, weshalb sowohl ein Anspruch auf berufliche Massnahmen als auch auf eine Rente bestehe. Nicht zuletzt habe auch die Deutsche Rentenversicherung eine volle Erwerbsminderungsrente zugesprochen, was ein Indiz dafür sei, dass der Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht zutreffen könne (Urk. 1 S. 7 f.). 3. 3.1

Der Gesundheitszustand der Versicherten stellt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt dar:

Am 10. Juni 2014 zog sich die Beschwerdeführerin bei einem Sturz vom Fahrrad eine Kniekontusion rechts und eine Schulterkontusion links zu (Urk. 11/15/5). In der Folge klagte sie über progrediente Schulter- und Nackenschmerzen, episodisch auftretende Schwindelattacken sowie multilokuläre Kribbelparästhesien (Urk. 11/15/7 ff.). Aus dem Bericht des Universitätsspitals B.____, Klinik für Neurologie, vom 15. August 2014 geht hervor, dass die Ätiologie des Schwindels und der Kribbelparästhesien trotz diverser Untersuchungen unklar geblieben sei (Urk. 11/15/11). 3.2

Vom 19. August bis 2. Oktober 2014 begab sich die Versicherte in die Rehaklinik C.____ AG in stationäre Behandlung. Bei Eintritt in die Klinik habe eine Unsicherheit beim Stehen und Gehen bestanden, weshalb die Beschwerdeführerin einen Rollator benutzt habe. Im Rahmen der intensiven Neurorehabilitation habe sie sehr gute Fortschritte erzielt, und das Gangbild habe sich weitgehend normalisiert. Aus neuro-beziehungsweise klinisch-psychologischer Sicht wurden folgende Diagnosen gestellt: - Anpassungsstörung mit Somatisierungstendenz (ICD-10 F43.23), - leichte kognitive Störung im Sinne einer Belastbarkeitsminderung (ICD-10 F06.7).

Diese Belastbarkeitsminderung sowie die damit verbundene ausgeprägte Stressintoleranz stünden einer erhöhten respektive beruflichen Alltagsbeanspruchung entgegen. Sowohl eine supervidierte, stufenweise berufliche Wiedereingliederung als auch eine ambulante

psychotherapeutische Weiterbehandlung werde dringend empfohlen. Bei Austritt habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (zum Ganzen Urk. 11/25/5 ff., vgl. auch Urk. 11/33/5 ff.). 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in sei nem Bericht vom 23. März 2015 aus, die Versicherte habe Anfang November 2014 trotz weiterhin episodisch auftretenden Schwindels wieder stundenweise zu arbeiten begonnen. Die grösste Herausforderung sei dabei vor allem der Arbeits weg gewesen. Inzwischen arbeite sie an drei Tagen pro Woche jeweils für vier Stunden, was sowohl energetisch als auch aufgrund des Schwindels an der Grenze des aktuell Machbaren sei (Urk. 11/44/4). Aus medizinischer Sicht bestehe grund sätzlich eine positive, wenn auch schwierig abschätzbare Prognose. Empfehlens wert sei eine strukturierte monatliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit um bei spielsweise jeweils 10 % (Urk. 11/44/6, 11/44/9).

Dem Verlaufsbericht von Dr. D.____ vom 22. September 2015 ist sodann zu entnehmen, dass die Versicherte den Arbeitsversuch im Mai 2015 infolge erneut zunehmender Schwindelsymptome habe abbrechen müssen. Im Juni 2015 habe sie sich sechs Wochen in einem Kurhaus in Behandlung begeben. Anlässlich der Untersuchung habe sie angegeben, dass es ihr aktuell etwas besser gehe; der Schwindel sei weniger ausgeprägt. Dieser trete aber nach wie vor vermehrt bei Müdigkeit und äusserer Reizüberflutung auf. Körperlich fühle sich die Versicherte energielos und sei rasch erschöpft. Objektiv habe sich keine wesentliche Verän derung zur Voruntersuchung ergeben (Urk. 11/49/3 f.). Es bestehe vorübergehend bis voraussichtlich für die Dauer von mindestens drei Monaten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/49/8).

Auch mit Bericht vom 16. Januar 2016 hielt Dr. D.____ fest, dass im Wesent lichen ein unveränderter Verlauf vorliege. Die Versicherte klage nach wie vor über plötzlich auftretende Schwindelanfälle sowie eine mangelhafte Regeneration nach körperlichen Belastungen (Urk. 11/56/3). Die Prognose sei unverändert nicht abschätzbar. Ein Arbeitsversuch in einer behinderungsangepassten Tätig keit - leichte Arbeiten ohne Zeit- und Leistungsdruck sowie mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen - sei voraussichtlich erst in vier bis sechs Monaten möglich (Urk. 11/56/5, 11/56/9). 3.4

Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 25. März 2016 insbesondere folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/62/1): - Unsystematischer, episodisch auftretender (Schwank-)Schwindel sowie Kribbelparästhesien seit circa 25. Juni 2014 mit/bei: - Differentialdiagnose: atypische Neuritis vestibularis , - Status nach Velosturz am 10. Juni 2014, - Anpassungsstörung mit Somatisierungstendenz (ICD-10 F43.23) auf dem Boden einer Persönlichkeitsakzentuierung.

Der Krankheitsverlauf sei wechselhaft. Die Energie der Versicherten sei allgemein stark reduziert. Im Weiteren bestünden Muskelschwächen, Gleichgewichtsstörungen und Stresssymptome. Hinzu kämen insbesondere Ein- und Durch schlafstörungen, Albträume und nächtliches Aufschrecken. Die Beschwerdefüh rerin könne sich nur auf eine Sache gleichzeitig konzentrieren. Das Lesen von Büchern sei nicht mehr möglich; komplexe Arbeiten wie F.____en nur beschränkt. Eine Panikstörung bei Ermüdung trete vor allem bei sozialen Kontakten bezie hungsweise in Menschengruppen auf. Vor diesem Hintergrund sei die Arbeits fähigkeit als Sozialarbeiterin seit dem 30. September 2015 (Beginn der ambulan ten Behandlung) bis auf Weiteres zu 100 % eingeschränkt. Eingliederungsmass nahmen

seien zurzeit nicht möglich (Urk. 11/62/2 f.). 3.5

Mit Verlaufsbericht vom 13. Juli 2016 äusserte sich Dr. D. ___ dahingehend, dass sich die körperliche Situation der Versicherten seit Januar 2016 insgesamt leicht verbessert habe. Es würden jedoch immer noch Phasen von Energielosigkeit und Schwäche wellenförmig und unvorhersehbar auftreten. Die Schwindelsymptome seien insgesamt weniger geworden, würden aber vor allem bei Situationen auftreten, in denen die Beschwerdeführerin körperlich am Limit sei. Im Weiteren bestünde eine soziale Überforderung und wiederkehrende Nackenschmerzen. Das Arbeitsverhältnis sei per Ende Februar 2016 aufgelöst worden (Urk. 11/73/3). Die Prognose sei unverändert nicht abschätzbar. Die Rückkehr in den Arbeitsprozess werde aber mit Sicherheit einen langen Zeitraum in Anspruch nehmen. Idealerweise werde sobald als möglich mit einer behinderungsangepassten Tätigkeit in einem niedrigen Pensum im Sinne eines Reintegrations- respektive Arbeitsversuchs begonnen (Urk. 11/73/5, 11/73/9). 3.6

Dr. E. ___ wies mit Bericht vom 16. September 2016 erneut darauf hin, dass weder eine Wiedereingliederung, noch ein Arbeitsversuch zumutbar sei. Zwischenzeitlich sei keine Besserung eingetreten; der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich nicht verändert. Eine Intensivierung der ambulanten Therapie oder ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt seien nicht erfolgsversprechend, da die Versicherte durch die laufende Psychotherapie bereits an ihre Belastungsgrenze stosse (Urk. 11/79/4 f.). 3.7

Dem bidisziplinären A. ___-Gutachten vom 10. Januar 2017 sind folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 11/90/11): - Kurativ behandeltes Akustikusneurinom rechts 1994, - Velosturz mit Prellungen am 10. Juni 2014; neurologisch folgenlos, - Dysthymia (ICD-10 F34.1).

Beeinträchtigt werde die Arbeitsfähigkeit allerdings durch eine sonstige dissoziative Störung (ICD-10 F44.8).

Gegenüber Dr. med. F. ___, Facharzt für Neurologie, habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie habe das Gefühl, keine ausreichende Energie mehr zu haben. Nach zwei bis drei Stunden körperlicher oder geistiger Betätigung benötige sie eine Pause. Wenn sie an ihre Leistungsgrenzen gerate, entstehe ein Schwankschwindel, und sie habe das Gefühl, unsicher zu gehen. Sie müsse sich dann eine Stunde ausruhen; danach gehe es wieder besser. Die Beschwerden bestünden seit dem Sturz vom Fahrrad am 10. Juni 2014. Erste Schwankschwindelbeschwerden habe sie drei bis vier Tage nach dem Unfall bemerkt. Diese würden auch heute noch auftreten. Die eingeschränkte Belastbarkeit beziehungsweise Energielosigkeit bestehe seit Juli/August 2014 anhaltend, wobei sich über die Zeit eine gewisse Besserungstendenz gezeigt habe. Es sei jedoch immer noch nicht so gut, wie vor dem Unfall (Urk. 11/90/6). Im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung sei bei der Prüfung der koordinativen Fähigkeiten ein inkonstantes Schwanken mit Becken und Oberkörper ohne Lateralisation aufgefallen. Potenziell unbeobachtet sei das Gangbild flüssig gewesen mit normaler Schrittlänge, Mitbewegung und unauffälligem Wendemuster. Der Zehen- und Fersenstand sowie das Einbeinhüpfen seien beidseits möglich gewesen (Urk. 11/90/10).

Dr. med. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Teilexpertise fest, dass die Versicherte über eine nachlassende Konzentration, wenig Energie, wenig Durchhaltefähigkeit, Gangunsicherheit und Gleichgewichtsstörungen geklagt habe. Grössere Menschenansammlungen seien ebenfalls ein Problem. Die Beschwerden würden

seit dem Fahrradunfall bestehen (Urk. 11/90/17). Die Verhaltensbeobachtung habe vor der Untersuchung keine Auffälligkeiten hinsichtlich des Gangbilds ergeben. Nach der psychiatrischen Abklärung habe sich die Versicherte demonstrativ an der Wand abgestützt und sei etwas im Zickzack gelaufen. Sie habe sich danach für circa 30 Minuten auf eine Sitzbank gelegt, bis sie von ihrem Partner abgeholt worden sei. Während der gesamten Exploration habe sie sich freundlich und kooperativ verhalten. Bei unkomplizierter Kontaktaufnahme sei sie bemüht gewesen, zu ihren Problemen ausführlich Auskunft zu geben. Die Beschwerdeführerin habe das Gespräch über die gesamte Untersuchungszeit von 90 Minuten aufmerksam verfolgt; die Konzentration sei auch bei mehrmaligen Positionswechseln fokussiert geblieben. Es sei eine „belle indifférence“ aufgefallen, mit anderen Worten eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und schweren Funktionseinschränkungen sowie der Gestik und Mimik. Ein guter affektiver Rapport sei problemlos zustande gekommen. Die Versicherte habe ohne Verzögerung klare und überwiegend präzise Antworten gegeben. Es seien leichte Diskrepanzen zu den dokumentierten Daten aufgefallen, welche auf mangelnde Vorbereitung und/oder unbewusstes Ausblenden bestimmter Ereignisse in der Vergangenheit zurückzuführen seien. Ihre Lebensgeschichte habe die Beschwerdeführerin im Übrigen fließend und relativ genau geschildert, was auf unauffällige mnestiche Funktionen hin deute. Im Gespräch hätten sich auch keine Hinweise auf relevante kognitive Schwierigkeiten ergeben. Gegen Ende der Untersuchung habe die Versicherte auf entsprechende Nachfrage mitgeteilt, dass sie das Interview schon sehr angestrengt habe (Urk. 11/90/24 f.). Aus psychiatrischer Sicht könne ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den dissoziativen Symptomen und dem belastenden Fahrradunfall gesehen werden, welcher vor dem Hintergrund einer andauernden beruflichen Überlastung zu einer Dekompensation und Reaktivierung früherer traumatischer Erfahrungen geführt habe. Die vorgebrachten Beschwerden hätten jedoch appellativ, demonstrativ, dramatisch und theatralisch gewirkt. Beim Gutachter habe sich kein Gefühl des Betroffenseins eingestellt, sondern ein Gefühl des Unechten, des Falschen, der Nichteinfühlbarkeit und Nichtverstehbarkeit. Hinzu komme eine stereotype Symptomdarstellung. Mangelnde Leistungsbereitschaft und Selbstlimitierung seien anzunehmen. Die beobachtete „belle indifférence“ sei allerdings nur teilweise (< 50 %) als bewusstseinsnaher Aggravationshinweis zu werten; ein sekundärer Krankheitsgewinn sei hier nicht auszuschließen. Zum anderen Teil sei die Wirkung des Vorbringens der Klagen auch krankheitsimmanent; die Präsentation der Beschwerden geschehe partiell auf einem unbewussten Niveau, wobei die Versicherte einen primären Krankheitsgewinn habe. Die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie die Durchhaltefähigkeit seien jeweils leichtgradig eingeschränkt. Psychosoziale Belastungen wie beispielsweise Stress am Arbeitsplatz seien invaliditätsfremde Faktoren, die per se nicht zu Krankheit und Arbeitsunfähigkeit führen würden (Urk. 11/90/29 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht mangels objektivierbarer Befunde nicht eingeschränkt sei. Aus psychiatrischer Sicht sei von Juni 2014 bis Oktober 2014 aufgrund der ausgeprägten dissoziativen Störung für jegliche Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Ab November 2014 sei für die angestammte Tätigkeit als Sozialarbeiterin von einer 30%igen und für behinderungsangepasste Tätigkeiten von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 11/90/13). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist insbesondere strittig, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat (vgl. E. 2.1 f.). Da das bidisziplinäre A.____-Gutachten vom 10. Januar 2017 (Urk. 11/90) als medizinische Grundlage für die angefochtene Verfügung diene, ist vorab auf dessen Beweiswert einzugehen.

Die Expertise basiert auf umfassenden neurologischen und psychiatrischen Abklärungen und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 11/90/2 ff., 11/90/15 ff.). Die Versicherte konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern ihre aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt. Sie konnte sich insbesondere auch zu verschiedenen Themenbereichen wie dem beruflichen Werdegang und dem gewöhnlichen Tagesablauf äussern (Urk. 11/90/6 ff., 11/90/17 ff.). Die geklagten Leiden fanden sodann im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden (Urk. 11/90/11 ff., 11/90/28 ff.). Soweit möglich erfolgte ausserdem eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 11/90/12, 11/90/32 f.). Insgesamt erfüllt das A.____-Gutachten somit sämtliche praxisgemässen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.4). Dies stellen die Parteien grundsätzlich auch nicht in Frage (vgl. E. 2.1 f.). 4.2

Nicht umstritten ist im Weiteren, dass aus rein somatischer - namentlich neurologischer - Sicht mangels objektivierbarer Befunde kein Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (vgl. Urk. 11/90/12 f.). Uneinigkeit besteht allerdings bezüglich der Frage, ob auf die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden kann, oder ob aus rechtlicher Sicht von einem nicht invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen ist. In Anbetracht der diagnostizierten dissoziativen Störung, bei welcher es sich um ein sogenanntes pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage handelt, hat die Beschwerdegegnerin berechtigterweise geprüft, ob der Versicherten nach einem weitgehend objektivierten Massstab zuzumuten ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4 in fine, in: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149 und 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4). Dies gilt umso mehr, als gemäss aktueller bundesgerichtlicher Praxis grundsätzlich sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. E. 1.3). Auf die einzelnen Standardindikatoren ist daher nachfolgend im Detail einzugehen. 4.3 4.3.1

Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Gutachter anlässlich ihrer Untersuchungen deutliche Hinweise auf eine Aggravation feststellen konnten. So habe das Schwanken und Schaukeln des Oberkörpers sowie des Beckens bei den Stand- und Gangprüfungen ausgesprochen demonstrativ gewirkt. Das potentiell unbeobachtete spontane Gangbild sei dagegen unauffällig gewesen (Urk. 11/90/10, 11/90/12 und 11/90/24). Dr. G.____

hielt ausserdem fest, das Vorbringen der Klagen habe appellativ, demonstrativ, dramatisch und theatralisch gewirkt. Die Symptome seien stereotyp dargestellt worden. Dieses Verhalten beruhe allerdings zu weniger als 50 % auf bewusstseinsnaher Aggravation, sondern sei auch krankheitsimmanent. Die Präsentation der Beschwerden geschehe partiell auf einem unbewussten Niveau (Urk. 11/90/29 f.). Soweit die von der Versicherten geltend gemachten Leistungseinschränkungen auf Aggravation beruhen, ist die Annahme einer invalidenversicherungsrrechtlich erheblichen Gesundheitsschädigung ohne Weiteres ausge

geschlossen (BGE 141 V 281 E. 2.2). Soweit die nicht glaubwürdig wirkende Schilderung der Beschwerden als der dissoziativen Störung inhärent einzustufen ist, ist anzumerken, dass in Anbetracht der objektiven Befunde nicht nachvollziehbar ist, weshalb von Seiten des psychiatrischen Gutachters von einer „schweren“ Störung ausgegangen wird (vgl. Urk. 11/90/12). Dem entsprechenden Untersuchungsbefund ist einzig ein etwas eingengter formaler Gedankengang, eine psychomotorisch leicht reduzierte Mimik und Gestik sowie eine verminderte Schwingungs- und affektive Modulationsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 11/90/25 f.). Mit Blick auf die weiteren Abklärungsergebnisse (Urk. 11/90/26 ff.) und die zusammenfassend festgehaltenen Funktionseinschränkungen (Urk. 11/90/30) erschliesst sich ebenfalls nicht, weshalb trotz mehrheitlich festgestellter leicht gradiger oder gar fehlender Einschränkungen eine schwere psychische Erkrankung vorliegen soll. Hinzu kommt, dass zahlreiche Hinweise für eine durch die Bedingungen am Arbeitsplatz verursachte psychosoziale Belastung vorliegen (vgl. diesbezüglich BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). So verfügte die Versicherte beispielsweise über keine Stellvertretung, weshalb das Tagesgeschäft während ihrer Abwesenheit grundsätzlich nicht bearbeitet wurde. Dies hatte namentlich im Rahmen des Arbeitsversuches und bei der Wiederaufnahme der Tätigkeit nach den Ferien Stress und Überforderung zur Folge (vgl. Urk. 11/20/4, 11/26/7, 11/45/1, 11/52/3 und 11/61/7 f.). Darüber hinaus geht aus den Akten hervor, dass der Arbeitgeber wenig Verständnis für die gesundheitlichen Probleme gezeigt, und dass sich die Beschwerdeführerin beobachtet und kontrolliert gefühlt habe (Urk. 11/48/5, 11/48/9). Belastend wirkte sich zudem der Arbeitsweg von jeweils einer Stunde aus (Urk. 11/44/4, 11/48/5 und 11/90/20). Diese konkreten Gegebenheiten liess Dr. G.____ jedoch - soweit ersichtlich - bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten weitgehend unberücksichtigt. Er beschränkte sich in diesem Kontext vielmehr auf allgemein gehaltene Formulierungen betreffend Ausschluss psychosozialer Faktoren bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit (vgl. Urk. 11/90/30, 11/90/34).

Im Weiteren ist das definitive Scheitern von zumutbaren Therapien nicht ausgewiesen, sodass nicht auf eine Behandlungsresistenz geschlossen werden kann. Zwar weist die Beschwerdeführerin grundsätzlich berechtigterweise darauf hin (Urk. 1 S. 8), dass Dr. G.____ die bisherige psychiatrische Behandlung als leitliniengerecht und adäquat beurteilt hat. Die Therapie kann allerdings einerseits durch eine Fokussierung auf die dissoziative Störung optimiert werden. Andererseits ist die ebenfalls diagnostizierte Dysthymie mittels entsprechender Medikation - auf welche die Versicherte bis anhin verzichtet hat (Urk. 11/90/19) - günstig beeinflussbar (Urk. 11/90/30). Von einer Therapieresistenz ist schliesslich auch mit Blick auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin nicht auszugehen (vgl. Urk. 11/62/2, 11/79/5).

Hinsichtlich des Indikators der Komorbiditäten bleibt anzumerken, dass keine somatischen Begleiterkrankungen vorliegen. Anhaltspunkte für eine wesentliche Wechselwirkung zwischen der dissoziativen Störung und der Dysthymie lassen sich dem psychiatrischen Gutachten ebenfalls nicht entnehmen. Gemäss den Ausführungen von Dr. G.____ hätte eine medikamentöse Behandlung der Dysthymie denn auch gegenwärtig keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/90/30). 4.2.2

In Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ ist zu berücksichtigen, dass sich dem A.____-Gutachten sowie den übrigen Akten grundsätzlich keine Hinweise auf eine auffällige Persönlichkeitsstruktur entnehmen lassen. Insbesondere wurde keine Persönlichkeitsstörung

diagnostiziert. Auch die von der behandelnden Psychiaterin Dr. E. ___ festgestellte Persönlichkeitsakzentuierung (vgl. E. 3.4) konnte nicht bestätigt werden (vgl. Urk. 11/90/27, 11/90/33). Eine solche Belastung würde ohnehin nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (Urteil des Bundesgerichtes 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E).

5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). 4.2.3

Zum Komplex „Sozialer Kontext“ geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin seit 2008 in einer intakten und - soweit ersichtlich – harmonischen Partnerschaft lebt (Urk. 11/48/11, 11/90/7, 11/90/19). Gemäss Verlaufsprotokoll des Job Coaches vom 21. September 2015 besteht ferner eine gute Beziehung zu den Eltern und ein intensiver Kontakt zur jüngeren Schwester (Urk. 11/48/3, so auch Urk. 11/90/23). Gegenüber den Gutachtern führte die Versicherte allerdings an, dass ein unregelmässiger Kontakt zur Ursprungsfamilie bestehe, da nur wenig Verständnis für ihre Erkrankung vorhanden sei (Urk. 11/90/21). Ein krankheitsbedingt erheblicher sozialer Rückzug liegt trotzdem nicht nahe, zumal die Beschwerdeführerin laut eigenen Angaben auch mit fünf bis sieben Kolleginnen telefonisch in Kontakt steht oder diese trifft (Urk. 11/90/8, 11/90/22). Insgesamt scheint sie somit über ein intaktes soziales Umfeld zu verfügen und kann in dieser Hinsicht entsprechende Ressourcen mobilisieren. 4.2.4

Zur Kategorie „Konsistenz“ ist festzuhalten, dass angesichts der vielfältigen Alltagsaktivitäten der Versicherten nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen gesprochen werden kann. Die Beschwerdeführerin ist - wenn auch bei erhöhtem Pausenbedarf - in der Lage, den Haushalt zu erledigen und verfügt über eine n

strukturierten Tagesablauf. So beschäftigt sie sich unter anderem mit Malen und Fotografieren, unternimmt Spaziergänge, versucht sich je nach Befinden online etwas weiter zu bilden, fährt kurze Strecken mit dem Fahrrad oder liest (Urk. 11/90/7 f., 11/90/21). Zu sportlichen Betätigungen wie Skifahren und Inlineskaten befragt, äusserte sich die Versicherte gegenüber den Gutachtern dahingehend, dass sie dies heute mangels Energie nicht mehr ausführen könne (Urk. 11/90/8, 11/90/23). Noch im September und Oktober 2015 wurde allerdings festgehalten, dass sie diesen und anderen Hobbys nachgehe (Urk. 11/48/3, 11/61/6). In Anbetracht der von der Versicherten selbst berichteten Besserungstendenz (Urk. 11/90/6) erschliesst sich nicht, weshalb ihr dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr möglich sein sollte. Unabhängig davon steht die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte vollständige Arbeitsunfähigkeit jedenfalls in keinem ausgeglichenen Verhältnis zum individuellen Aktivitätsniveau.

Ein gewisser Leidensdruck ist namentlich in Anbetracht des Umstands, dass die Beschwerdeführerin wöchentlich eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nimmt (vgl. Urk. 11/62/2), nachvollziehbar. Allerdings hielten die Gutachter ausdrücklich fest, dass kein beziehungsweise nur wenig Leidensdruck spürbar gewesen sei (Urk. 11/90/9, 11/90/12 und 11/90/29). 4.2.5

Gesamthaft ergibt sich aus der detaillierten Prüfung und Würdigung der Standardindikatoren, dass die von den Gutachtern sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zumindest seit November 2014 attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht zu überzeugen vermag. Insbesondere in Anbetracht der festgestellten teilweise bewusstseinsnahen Aggravation, der invaliditätsfremden arbeitsplatzbezogenen

psychosozialen Belastung, der weitgehend unauffälligen objektiven Befunde, des intakten sozialen Umfelds sowie des nicht in allen ver gleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkten Aktivitätsniveaus ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei Ausschöpfung ihrer vorhan denen Ressourcen in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen.

Ein rechtsgenügender Bezug zwischen den gestellten Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ist insgesamt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen, wes halb die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen zu tragen hat (vgl. E. 1.3).

Ergänzend bleibt anzumerken, dass entgegen der Behauptung der Beschwerde führerin (Urk. 1 S. 8) auch Dr. G. von einer innert kurzer Frist möglichen Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sozialarbeite rin von 30 auf zumindest 50 % ausging (Urk. 11/90/34), weshalb sich die Annahme eines nicht invalidisierenden Gesundheitsschadens umso mehr recht fertigt. An dieser Beurteilung vermag schliesslich auch der von der Versicherten eingereichte Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 18. Mai 2017 (Urk. 3) nichts zu ändern, zumal insbesondere die Ermittlung des Invaliditätsgrades trotz Auslandsbezug ausschliesslich nach den schweizerischen Rechts vorschriften zu erfolgen hat, und insofern keine Bindungswirkung besteht (vgl. Ziff. 3002 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSBIL]). 5.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Ver sicherten in der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2017 (Urk. 2) zu Recht verneint. In Anwendung der einschlägigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 % (vgl. E. 1.2) auszugehen. Soweit die Ver sicherte einen Anspruch auf berufliche Massnahmen für gegeben erachtet (Urk. 1 S. 8) bleibt anzufügen, dass dies einen entsprechenden Eingliederungswillen res pektive eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraussetzt (Urteil des Bundesge richts 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7). Die Beschwerdeführerin hat indes mehrfach klar zum Ausdruck gebracht, dass sie sich als zu 100 % arbeits unfähig einschätzt (Urk. 11/61/9, 11/90/7 und 11/90/20), weshalb kein Anspruch auf berufliche Massnahmen besteht.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde somit vollumfänglich abzuweisen. 6.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Prozessaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Ver fahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Procap Schweiz - 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Die Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Grünig
Würsch

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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).

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