

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00308 vom 29. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00308](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00308)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00308 du 29 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00308 del 29 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965, war zuletzt von 1998 bis 2015 als Rettungs sani täterin Z.\_\_\_\_ angestellt ( Urk. 7/14, Urk. 7/26). Am 18. November 2014 meldete sie sich unter Hinweis auf eine posttrauma tische Belastungsstörung nach einem Rettungseinsatz bei der Invalidenversi cherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab. Am 14. Juli 2015 teilte sie der Versicherten mit, dass keine Eingliederungs mas snahmen möglich seien (Urk. 7/22).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/41-43, Urk. 7/51) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. Februar 2017 (Urk. 7/54) einen Renten an spruch.

### **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 ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Ge sund heit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung ver blei bende 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 Erwerb s unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht über wind bar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min des tens 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 psy chischen 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 Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar

2015 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 unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten 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. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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 arbeits unfähig 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**

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**

Die Versicherte erhob am 10. März 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. Februar 2017 (Urk. 7/54) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass sie Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung habe. Eventuell sei vom angerufenen Gericht eine psychiatrische Oberbegutachtung zu veranlassen; subeventuell auf dem Wege der Rückweisung (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am 29. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Mit Verfügung vom 14. August 2017 (Urk. 12) wurde sodann die Pensionskasse der Beschwerdeführerin, die Y.\_\_\_\_, zum Prozess beigelegt. Diese verzichtete mit Schreiben vom 6. September 2017 auf eine Stellungnahme (Urk. 13), was den Parteien am 11. September 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 7/54) davon aus, dass keine schwere Störung vorliege, die nicht mehr behandelt werden könnte. Die Therapiemöglichkeiten seien noch nicht ausgeschöpft. Auch gebe es deutliche Hinweise auf eine Aggravation. Es liege daher kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Nach einer Gesamtwürdigung aller Einschränkungen und Ressourcen sei davon auszugehen, dass von der Beschwerdeführerin trotz ihrer Beschwerden erwartet werden könne, in einem rentenausschliessenden Umfang erwerbstätig zu sein. Es sei auf das Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_ vom 4. März 2015 abzustellen. Es liege ein behandelbares und nicht invalidisierendes psychisches Leiden vor. Gegen ein therapieresistentes Leiden sprächen auch die vorhandenen Ressourcen, das hohe Aktivitätsniveau, der fehlende Leidensdruck und die Hinweise auf Aggravation (S. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin vertrat den Standpunkt (Urk. 1), dass die Ärzte der A.\_\_\_\_ in ihrer Anamnese den Missbrauch in der Kindheit nicht erwähnt

hätten. Sie hätten daher das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung in Unkenntnis des der Krankheitsentwicklung zu Grunde liegenden Traumas verneint und ihre Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, aktuell remittiert, gestellt (S. 3 f. II. Ziff. 4). Der behandelnde Psychiater habe das Gutachten der

A.\_\_\_\_ kritisiert, daraufhin habe die Y.\_\_\_\_ ein Obergutachten bei Dr. B.\_\_\_\_ in Auftrag gegeben. Dieser stelle fundiert begründet die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung in den Vordergrund. Gemäss Dr. B.\_\_\_\_ sei sie in angestammter Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig und zu 50 %

arbeitsfähig mit Steigerungsmöglichkeit für eine administrative Verweistätigkeit. Die Y.\_\_\_\_ habe gestützt darauf eine Rente zugesprochen (S. 4 II. Ziff. 5).

Nicht nur die behandelnden Ärzte hätten die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt, sondern auch der Obergutachter B.\_\_\_\_, was die Beschwerdegegnerin ausblende und wozu sie nie Stellung genommen und womit sie auch das rechtliche Gehör verletzt habe (S. 5 III. Ziff. 1, S. 7 III. Ziff. 5). Das A.\_\_\_\_-Gutachten baue auf einer entscheidenden Informationslücke auf (S. 5 III. Ziff. 2). Sodann sei keine psychotraumatologische Spezialisierung der Gutachter ersichtlich (S. 6 III. Ziff. 2) und der RAD-Arzt sei ein Neurologe (S. 6 III. Ziff. 3).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 3. 3.1

Die Fachpersonen der C.\_\_\_\_ berichteten am 10. Februar 2015 (Urk. 7/11) über einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 5. November 2014 bis 21. Januar 2015

(S. 1 Ziff. 1.3) und nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10 F 43.21) - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung am Arbeitsplatz 2012

Die Beschwerdeführerin habe von Intrusionen, Flash-Backs und belastenden Alpträumen berichtet. Es habe eine wesentliche Verbesserung des psychopathologischen Zustandsbildes erreicht werden können. Es werde eine ambulante Weiterbehandlung empfohlen (S. 1 f. Ziff. 1.4). Eine Arbeit als Rettungssanitäterin könnte Flashbacks wie auch Intrusionen auslösen, da das Erlebte noch nicht vollends aufgearbeitet sei. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin könnten sie nicht beurteilen. Sie würden jedoch ein Arbeitstraining und einen schrittweisen Wiedereinstieg in die Arbeitswelt empfehlen (S. 2 f. Ziff. 1.7). 3.2

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und praktischer Arzt, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, A.\_\_\_\_, erstatteten am 4. März 2015 zuhanden der Y.\_\_\_\_ ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/32/2-41), welches sich auf die ihnen zur Verfügung gestellten Akten, zusätzlich angeforderten medizinischen Unterlagen, die eigene Exploration und Untersuchung der Versicherten sowie telefonische Auskünfte stützte (S. 1 f.). Sie nannten die folgende Diagnose (S. 26, S. 37): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), aktuell remittiert

Es sei für die Beschwerdeführerin zuletzt schwierig gewesen, den Haushalt zu führen. Sie habe kaum Energie gehabt und habe nicht mehr richtig aufgeräumt (S. 15 Ziff. 4.3.2). In der letzten Zeit habe sie weniger soziale Kontakte, da sie keine Kraft mehr dazu habe. Viele hätten sich auch zurückgezogen, da sie die Beziehungen nicht mehr aufrechterhalten können (S. 16 Ziff. 4.3.3). Bezüglich Hobbys und Freizeitaktivitäten habe die Beschwerdeführerin ausgeführt, in den letzten Monaten nicht mehr viel gemacht zu haben. Neben dem normalen Programm in der Klinik mache sie nicht mehr viel. Sie würde manchmal abends fernsehen (S. 16 Ziff. 4.3.4).

Im Rahmen des Untersuchungsgesprächs hätten sich keine Ermüdungserscheinungen, keine Hinweise für nachlassende Konzentration und Aufmerksamkeit gezeigt. Die Schwingungsfähigkeit sei im Gespräch gegeben gewesen. Bei der Schilderung des Ereignisses vom 8. September 2012 habe sich kaum eine affektive Beteiligung gezeigt. Weiterhin habe sich auch die Darstellung der Begleitumstände und des Vorfalls selbst unproblematisch, differenziert und ohne erkennbare Erinnerungslücken gezeigt. Sie habe allerdings angegeben, dass sie sich an den Zeitraum nach dem Vorfall (Einsätze am gleichen Tag, Rückreise nach Hause) schlecht erinnern könne. Auch bei der Schilderung von Wiedererinnerungen beziehungsweise Flashbacks mit bildhaften Erinnerungen an den sterbenden Patienten und die Diskussion mit der Notfallärztin habe sich kaum eine affektive Beteiligung gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe dabei eher distanziert gewirkt (S. 20 Ziff. 5.2).

Gemäss subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin

seien die psychischen Probleme nach einem Zwischenfall im Rahmen der beruflichen Tätigkeit als Rettungsassistentin am 8. September 2012 aufgetreten. Allfällige psychische Probleme oder psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen vor diesem Zeitpunkt seien verneint worden. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin habe sie am oben genannten Datum trotz vorhandener Qualifikation und Erfahrungen einem schwer

verunfallten Patienten aufgrund des Verhaltens der ein satzleitenden Notfallärztin nicht helfen können. Sie habe sich sehr hilflos und blockiert gefühlt (S. 26 Ziff. 7).

Gesamthaft lägen im Zusammenhang mit dem Vorfall vom September 2012 sowie auch dem nachfolgenden Verlauf ausschliesslich subjektive Angaben der Beschwerdeführerin vor. Erwähnenswert sei, dass sie in der Lage gewesen sei, ihre Arbeit als Rettungssanitäterin mit entsprechenden Einsätzen weiterzuführen. Im Mai 2014, mehr als eineinhalb Jahre nach dem Vorfall vom September 2012, habe die Beschwerdeführerin ihre Hausärztin kontaktiert, welche eine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe (S. 27 Ziff. 7).

Weder im Symptom-Checklist (SCL-90) noch im zusätzlich durchgeführten Fragebogen zur Erfassung von negativen Antwortverzerrungen (SIMS) hätten sich Hinweise für eine Überverdeutlichungstendenz bei der Beschreibung ergeben. Im Trail-Making Test, einem Screening Test zur Erfassung der möglichen neuropsychologischen Auffälligkeiten, seien leicht unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielt worden. Im ebenfalls durchgeführten Amsterdamer Kurzzeitgedächtnistest (AKGT) habe die Beschwerdeführerin aussergewöhnlich auffällige Ergebnisse erzielt. Es sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei der Testdurchführung gezielt daneben geraten habe und die falschen Antworten zumindest teilweise gezielt und bewusst ausgewählt habe (S. 28 unten).

Im vorliegenden Fall könne vor allem aufgrund der langen Latenz zwischen Auftreten des fraglich traumatischen Ereignisses und Manifestation der Beschwerden auf der funktionellen Ebene beziehungsweise Therapieaufnahme eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss engen ICD-10-Kriterien nicht bejaht werden. Allenfalls müsse differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung mit spätem Beginn (late onset PTBS) erwogen werden. Die von Dressing und Meyer-Lindenberg vorgeschlagenen Kriterien würden ebenfalls gegen das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung sprechen (S. 34 oben).

Es sei anzunehmen, dass zumindest im Verlauf die Kriterien für eine mindestens mittelgradige depressive Symptomatik erfüllt gewesen seien. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt und nach mehrwöchiger stationärer Behandlung sei die Symptomatik so weit remittiert, dass die Stimmungslage sich deutlich aufgehellt habe. Gesamthaft könne daher zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine nur noch leichte depressive Symptomatik im Sinne von einer teilremittierten mittelgradigen depressiven Episode diagnostiziert werden (S. 35).

Hinsichtlich der angestammten Tätigkeit als Rettungssanitäterin, welche sehr hohe Ansprüche an Belastbarkeit, Verantwortung (gegenüber Patienten und Mitarbeitern), interpersonelle und soziale Fähigkeiten stelle, sei bedingt durch die depressive Restsymptomatik mit emotionaler Labilität, reduzierter Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und auch defizitären interpersonellen Skills (in Krisen-/Notfallsituation) von einer schwer eingeschränkten medizinischen Leistungsfähigkeit auszugehen. Vor allem für die Arbeit mit Patienten in emotional belastenden Ausnahmesituationen unter Zeitdruck im Schichtdienst bestehe keine Arbeitsfähigkeit (S. 35 unten). In einer ruhigen, stressarmen Tätigkeit ohne Schichtdienst, ohne hohe Anforderungen an kognitive Funktionen, Stress toleranz und interaktionelle Fähigkeiten und ohne Betreuung von Patienten sei von einer leicht reduzierten Leistungsfähigkeit auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit sei mit 30 % zu beziffern (S. 36 oben). Vor dem Hintergrund des subjektiven Erlebens der Explorandin

werde dennoch ein Einstieg mit zunächst 50-%-Pensum empfohlen, dann eine Steigerung auf 70 % innert der nächsten zwei bis drei Monate (S. 37 unten). Neben der Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung, inklusive Psychopharmakotherapie, werde eine enge Koordination zwischen Case-Managerin des Kantonsspitals Winterthur und betreuendem Psychiater empfohlen, im Rahmen der anzustrebenden Reintegration (S. 38 oben). 3.3

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 4. April 2015 (Urk. 7/17) aus, er behandle die Beschwerdeführerin seit Mai 2014 (S. 1 Ziff. 1.2), und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - komplexe posttraumatische Belastungsstörung, Reaktivierung durch belastendes Einsatzereignis am 8. September 2012 (ICD-10 F43.1) - Persönlichkeitsveränderung nach posttraumatischer Belastungsstörung, zwanghafte, schizoide und emotional-instabile Persönlichkeit (ICD-10 F62.0)

Symptomatisch zu den genannten Diagnosen seien ein schweres somatoformes depressives Syndrom mit Suizidalität, Insomnie/Erschöpfung und Selbstpflege defizit mit Hortungszwang, Soziophobie, soziale Isolation und erlernte Hilflosigkeit seien ebenso symptomatisch (S. 1 Ziff. 1.1).

Nach dem Ereignis vom September 2012 sei die Beschwerdeführerin zuerst weiter ihrer beruflichen Tätigkeit ohne Auffälligkeiten nachgegangen. Im Verlauf der nächsten 18 Monate sei es bei ihr aber zu einer zunehmenden Schlafstörung mit steigender Erschöpfung und einem ab Sommer 2013 bemerkten, schleichend zunehmenden Verfall der Konzentration und der Merkfähigkeit mit erhöhter Fehleranfälligkeit im Dienst und Gedächtnislücken gekommen. Die Beschwerdeführerin

habe zuerst erfolglos innerhalb der organisatorischen Strukturen des Rettungsdienstes um Hilfe ersucht. Ab Mai 2014 habe sie erkannt, dass sie ohne Hilfe einer Trauma-spezifischen Psychotherapie nicht weiterkommen würde. Daher habe sie sich an ihn gewandt und sei von ihm krankgeschrieben worden (S. 3 oben).

Seit der dienstlichen psychischen Verletzung am 8. September 2012 habe die Beschwerdeführerin mit eigenen Ressourcen versucht, die Arbeitsfähigkeit in der gewohnten Pflichttreue aufrecht zu erhalten. Dabei habe sie aber unter zunehmender Insomnie und Alpträumen immer mehr Zeichen körperlicher und seelischer Erschöpfung gezeigt, zuletzt mit Merkfähigkeitsstörung, Konzentrationsverlust, Schlafangst, ESS, DSS, Depressivität, Körpergewichtszunahme und Antriebsverlust. Tagsüber sei es zunehmend zu Flashbacks gekommen, die zuerst nur traumhaft nachts vorgekommen seien. Die Arbeitsfähigkeit sei bereits seit April wegen mnestischer Mängel deutlich reduziert gewesen. Erst im Mai 2014 habe sich die Beschwerdeführerin, in deren Selbstbild invalidisierende Erkrankungen bisher keinen Platz gehabt hätten, zur psychiatrischen Behandlung entschlossen. Aktuell sei eine Verwahrlosung der Wohnung und Erlöschen der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) eingetreten, die Hilfeannahmefähigkeit der Beschwerdeführerin sei nicht entwickelt, da sie selber Helfer sei. Die psychiatrische Spitex sei angeboten und abgelehnt worden. Die Wohnung gelte als inneres Refugium und dürfe nicht betreten werden (S. 3 unten).

Die Heilungsprognose sei solange infaust, als sich die Beschwerdeführerin

nicht auf eine traumaadaptierte Expositionstherapie einlasse. Die Störung sei solange nur durch optimale und ständig flexibel geführte Psychotherapie beherrschbar (S. 4 oben).

Als Rettungssanitäterin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 1.6). Im Gutachtensverfahren für die Y.\_\_\_\_ am G.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin

affektiv blockiert, nicht alle anamnestischen Angaben gegeben und dissimuliert, weshalb es sinnlos sei, die attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % für angepasste Tätigkeiten umzusetzen zu versuchen. Die Beschwerdeführerin

sollte zunächst zwei bis drei Jahre berentet werden (S. 5 Ziff. 1.7). Eine Arbeitsfähigkeit sei auf längere Sicht möglich, wenn sie vorübergehend berentet werde und sich darunter auf die geeignete und störungsangepasste Behandlung und auf bessere Versorgung einlasse. Aktuell dominiere das sozial isolierte, schizoid-zwanghafte Bild und verhindere alle subjektive Einlassung und Hilfesuche (S. 6 Ziff. 1.11).

Es sei durchaus häufig, dass PTBS und andere Traumafolgestörungen aufgrund von Ressourcen und Restcopingfähigkeiten der Opfer erst nach weiterer Depletion dieser Kräfte aufträten. Die zwanghaft-schizoide Struktur habe die Beschwerdeführerin

daran gehindert, bald Hilfe zu suchen. Auch die durch die Y.\_\_\_\_-Gutachter festgestellte affektive Unbeteiligtheit und fehlende Expressivität oder Abreaktion der Beschwerdeführerin bei der Schilderung der Einsatzbelastung sei kein Hinweis auf bereits stattgehabte Verarbeitung oder mindere Schwere (S. 6). 3.4

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 10. August 2015 zuhanden der Y.\_\_\_\_ ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/28/2-38). Dabei nannte er folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 6): - komplexe posttraumatische Belastungsstörung entsprechend einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) sowie Verdacht auf eine dissoziative Störung (ICD-10 F44.9) im Rahmen eines schwergradigen Missbrauchserlebnisses mit körperlicher und sexueller Gewalt im Alter von 11 Jahren durch eine Person ausserhalb der engeren Familie (ICD-10 F61.5) - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaft-perfektionistischen Zügen (ICD-10 Z73.1) - leichtgradiges Übergewicht (167 cm, 75 kg, BMI = 26.9) im Rahmen der Behandlung mit Zyprexa (20 mg/d)

Das Adjektiv komplex bei der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung beziehe sich hier auf eine anzunehmende Persönlichkeitsänderung beziehungsweise auf eine beeinträchtigte Persönlichkeitsreifung mit de facto fehlender sexueller Reifung (komplex bedeute nicht, dass eine Persönlichkeitsstörung vorliege). Entsprechend der heutigen Auffassung liessen sich bei komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen mit dissoziativer Neigung ein scheinbar normaler Anteil (apparently normal part, ANP) sowie ein emotionaler Anteil (emotional part, EP) unterscheiden, wobei beim EP eine sympathomimetische, bewusste ängstliche Reaktion und eine parasympathomimetische, tonisch-immobile und amnestische Reaktion unterschieden werden. Menschen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung könnten im Beruf lange Zeit relativ unauffällig wirken und ihre Leistung erbringen, solange sie im Zustand des (kognitiven) ANP verbleiben können. Ein Wechsel in ein EP sei indessen mit einer Berufsausübung nicht vereinbar, da ein EP eine akute Angstreaktion darstelle und durch bestimmte, nicht vorhersehbare Trigger-Reize (im vorliegenden Falle durch das plötzlich auftretende

Gefühl von Hilf- und Machtlosigkeit wie anlässlich des Ereignisses vom 8. September 2012 beschrieben) ausgelöst werden könne. Die oben angegebene Diagnose müsse im Rahmen dieser Begutachtung als wahrscheinlichste Diagnose formuliert werden. Für eine höhere diagnostische Sicherheit sei eine Längsbeobachtung und insbesondere auch eine direkte Beobachtung dissoziativer Zustände erforderlich (S. 24 Ziff. 6).

Dr. B.\_\_\_\_ berichtete über eine telefonische Fremdauskunft vom 15. Juli 2015 des behandelnden Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin anankastische (zwanghafte) und hochgradig leistungsorientierte Charaktermerkmale aufweise, und er die Zwanghaftigkeit diagnostisch als zwanghafte Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) einordne. Die Beschwerdeführerin habe über den im Alter von 11 Jahren stattgefundenen sexuellen Missbrauch berichtet, sodass davon auszugehen sei, dass es sich bei ihr um eine frühtraumatisierte Person handle. Dr. F.\_\_\_\_ beurteile die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Rettungsanwältin als zu 100 % arbeitsunfähig. In einer geeigneten Verweistätigkeit - wie beispielsweise im Bestattungswesen - halte er sie aktuell zu 50 % arbeitsfähig. Mit einer entsprechenden beruflichen Förderung könne dieses Pensum nachträglich auf einen Beschäftigungsgrad von 100 % angehoben werden. Ausschlaggebend dabei sei jedoch, dass sich die Beschwerdeführerin auf eine Trauma-spezifische Therapie einlasse, denn bei adäquater Therapie sei die Prognose gut. Mehr als die Hälfte der Betroffenen würden bereits innert eines Jahres störungsspezifischer Behandlung eine nachhaltige Besserung zeigen (S. 7 Ziff. 4).

Die Beschwerdeführerin

habe angegeben, dass sie die „Bilder“ des früheren Missbrauchs „blockieren“ könne, die „Bilder“ im Zusammenhang mit dem Arbeitsinsatz vom 8. September 2012 könne sie jedoch nicht blockieren (S. 15 Ziff. 5.1.1.7).

Bezüglich der kognitiven Leistungen habe keine signifikante Beeinträchtigung der Konzentration festgestellt werden können. In der Gesamtwürdigung der 3

1/2

stündigen Exploration sei die Beeinträchtigung von Merkfähigkeit und Gedächtnis als maximal leichtgradig festgestellt worden. Die gedankliche Einengung auf das Ereignis vom 8. September 2012 sowie das damit verbundene Grübeln müsse hingegen als schwergradig bezeichnet werden. Die Beschwerdeführerin habe über schwergradige Schuldgefühle gegenüber dem verstorbenen Verunfallten berichtet. Antriebs- und psychomotorische Störungen seien nicht ersichtlich gewesen. Circadiane Besonderheiten hätten ebenfalls nicht vorgelegen. Zusätzlich habe jedoch ein schwergradiger sozialer Rückzug vorgelegen. Die Beschwerdeführerin lebe mittlerweile vollständig zurückgezogen, sie habe auch zu den wenigen im Gutachten vom März 2015 erwähnten Bezugspersonen keinen Kontakt mehr. Es sei eine schwergradige Beeinträchtigung der Sexualität festzuhalten, die Beschwerdeführerin habe in ihrem Leben keine sexuellen Beziehungen gehabt (S. 16 ff. Ziff. 5.1.2).

Die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie im ersten Jahr nach dem Ereignis vom September 2012 bei der Arbeit oft das Gefühl gehabt habe, dass das verstorbene Unfallopfer sich physisch bei ihr befinde. Zur Art der Beeinträchtigung ihrer Arbeitsfähigkeit in diesem Kontext habe sie keine genaueren Angaben gemacht. Die

genauen Zusammenhänge der Symptomentwicklung könne sie sich nicht erklären. Im ersten Jahre nach dem besagten Ereignis habe sie sich bei der Arbeit noch relativ sicher gefühlt, danach nicht mehr. Aus ihrer Sicht sei erschwerend dazu getreten, dass lediglich sechs Tage später ihr Vater verstorben sei (S. 19 f. Ziff. 5.2).

Insgesamt hätten sich in der vorliegenden Begutachtung keine Hinweise auf Simulation oder Aggravation erkennen lassen. Auffallend bei den Schilderungen sei erneut der wenig spürbare affektive Rapport und die fehlende emotionale Beteiligung bei der Schilderung belastender Lebensereignisse (Verlust der familiären Strukturen, Verlust der primären Bezugsperson, Verlust von Freundschaften, Verlust der Arbeit; S. 23 unten).

In Anlehnung an die Empfehlungen der Swiss Insurance Medicine (SIM) sei zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die dargelegte psychiatrische Diagnostik durch eine Erhebung von Fähigkeiten der Aktivität sowie der Partizipation mittels des Mini-ICF-App erhoben worden (S. 25 Ziff. 8). In der Gesamtheit ergebe sich keine Arbeitsfähigkeit als Rettungssanitäterin im Aussendienst (100 % Arbeitsunfähigkeit; S. 28).

Im Innendienst oder einer verwandten Verweistätigkeit ohne Patientenkontakt (beispielsweise im administrativen Bereich) bestehe bereits heute eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % mit der Möglichkeit einer Steigerung auf 100 % innert längstens zweier Monate (S. 35 Ziff. 10 lit. g).

Die Prognose für eine Remission der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sei bei konsequent psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung - im vorliegenden Falle eine Trauma-spezifische Intervention - relativ gut. Vollremissionen seien dabei durchaus möglich (S. 30 Ziff. 9). Nach Abklingen der depressiven Residualsymptomatik, welche bei konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer (antidepressiver) Behandlung innert 2 Monaten erwartet werden

könne, bestehe die Möglichkeit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 100 % (S. 35).

Die beiden Vorgutachter der A. \_\_\_ hätten die geklagten Beschwerden während der Untersuchung genügend berücksichtigt, seien indes im nachfolgenden Schriftwechsel nicht in genügender Weise auf wesentliche neue Informationen zum Beschwerdebild der Beschwerdeführerin (sexueller Missbrauch) eingetreten. Daher seien die Beschwerden der Beschwerdeführerin in der Gesamtdarstellung ungenügend berücksichtigt worden (S. 31 unten). 3.5

Med. pract. H. \_\_\_ , Facharzt für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 6. Oktober 2015 (Urk. 7/40/3 ) aus, die Darstellung im Gutachten von Dr. B. \_\_\_ sei überzeugend. Das Beschwerdebild gehe über eine depressive Störung hinaus und spreche für eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, wobei ein Ereignis im Kindesalter und das Ereignis vom 8. September 2012 im Rahmen eines Rettungseinsatzes relevant seien. Als Rettungssanitäterin sei die Beschwerdeführerin ab Mai 2014 zu 100 %

arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit sei ab August 2015 zu 50 %

anzunehmen. Eine Steigerung auf 100 % werde im Verlauf als wahrscheinlich erachtet. Eine Revision werde in sechs Monaten empfohlen.

3.6

Med. pract . H.\_\_\_\_ führte mit Stellungnahme vom 22. März 2016 (Urk. 7/40/6 ) aus, die Arbeitsunfähigkeit b eruhe nicht auf einer posttraumatischen Belastungs störung, sondern auf anderen psych ischen Störungen wie im Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ genannt. 3.7

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie , führte mit Bericht vom 15. September 2016 (Urk. 7/38) aus, sie behandle die Beschwer deführerin

seit Januar 2016 (S. 1 Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - komplexe PTBS mit andauernder Persönlichkeitsänderung nach Extrem belastung (ICD-10 F62.0) - dissoziative Störung (ICD-10 F44.9) - schwere depressive Episode ( ICD-10 F32.2)

Die Beschwerdeführerin leide sehr unter flash

backs in Form sich immer wieder aufdrängenden Bildern vom sterbenden Patienten im Rettungsdienst und ihrer erzwungenen Untätigkeit, da die Rettungsärztin keine Massnahmen habe ergrei fen wollen. Häufig sei sie Tag und Nacht von diesen Bildern gequält und könne dann auch nicht schlafen. Sie leide unter wiederkehrenden Albträumen bei chro nischen Ein- und vor allem Durchschlafstörungen. Das Selbstwertgefühl sei stark vermindert. Sie lebe sozial völlig zurückgezogen und habe keinerlei soziale Kontakte mehr. Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung sei durch das ausgeprägte Misstrauen der Beschwerdeführerin, den Umgang mit flash

backs , der Motivation für eine Medikation, Aufnahme von Kontakten oder einer erneuten stationären Behandlung geprägt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe sich zu diesen Schritten nicht bereit erklärt, gehe jedoch zurzeit zusätzlich probeweise in eine Ergotherapie. Neben Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung hätten sich auch ausgeprägte depressive Symptome und wiederholt suizidale Krisen mit grosser Hoffnungslosigkeit gezeigt. Im Mai 2016 habe sie eine Ausbildung in rhythmischer Massage begonnen, wo sie bisher an zwei Kursblöcken teilgenommen habe. Sie könne sich nicht konzentrieren während der Theoriestunden und auch während der Massage wisse sie oft nicht, was sie schon gemacht habe. Ihren Massageraum nutze sie für ein bis zwei Massagen pro Woche. Diese überforderten sie meistens, da sie sich nicht merken könne, was sie bereits massiert habe und auch durch den persönlichen Kontakt gestresst sei (S. 5 f. Ziff. 1.4).

Aufgrund der depressiven und posttraumatischen Symptomatik sei die Be schwerdeführerin weiterhin in ihrem Beruf als Rettungssanitäterin und ebenso für eine Umschulung oder die Ausübung einer alternativen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 6 Ziff. 1.7). 3.8

Ein Kundenberater der Beschwerdegegnerin führte am 9. November 2016 nach einer Besprechung mit einem Juristen aus ( Urk. 7/40/7), es liege keine PTBS vor (Begründung siehe A.\_\_\_\_). Die A.\_\_\_\_ gehe von einem gezielten Täuschungs ver halten aus. Es liege sicher Aggravation, eventuell sogar Simulation vor. Die Behandlung sei nicht adäquat, somit fehle der Leidensdruck. Die Beschwerde führerin habe Ressourcen (Ausbildung zur rhythmischen Massage, habe einen Therapieraum etc.). Insgesamt liege kein invalidenversicherungsrelevanter Ge sund heitsschaden vor. 3.9

Derselbe Kundenberater der Beschwerdegegnerin führte am 6. Januar 2017 (Urk. 7/53 ) aus, die Beschwerdeführerin habe vermutlich schon vor dem Ereignis vom September 2012 Probleme am Arbeitsplatz gehabt. Nach dem Ereignis habe sie bis 25. Mai 2014 normal gearbeitet. Als sie das erste Mal für zwei Wochen ausgefallen sei, habe sie wieder

gearbeitet und sei nach zwei Wochen erneut ausgefallen. Nachdem sie einen Wiedereinstieg geplant habe, habe man ihr gesagt, dass man sie beurteilen lassen müsse. Das sei vermutlich eine Kränkung gewesen. Seither sei sie nicht mehr arbeiten gegangen. Seit mindestens Anfang 2015 sei sie als ärztlich diplomierte Masseurin tätig. Sie sei auch Krankenkassenanerkannt. Auch hierzu gebe es Inkonsistenzen. Frau Dr. I. \_\_\_ gebe an, dass die Beschwerdeführerin seit Juni 2016 ein bis zwei Massagen in der Woche durchführe. Dies sei nicht korrekt. Bereits Anfang 2015 habe sie ein Inserat über ihre Gesundheitspraxis in der J. \_\_\_ geschaltet.

Bei ihr liege keine PTBS vor. Leichte und mittelschwere psychische Störungen seien therapeutisch angebar. Die Beschwerdeführerin

habe sich keiner konsequent durchgeführten Depressionstherapie unterzogen. Schliesslich würden die vorhandenen Ressourcen, das zur Einschränkung im Erwerbsbereich inkonsistente, hohe Aktivitätsniveau im privaten Bereich (stundenlange Spaziergänge, Inhaberin einer Gesundheitspraxis) und die von den Gutachtern der A. \_\_\_ festgehaltenen Hinweise auf ein gezieltes Täuschungsverhalten gegen eine therapieresistente Leiden sprechen. 3.10

K. \_\_\_, praktischer Arzt, L. \_\_\_, berichtete am 25. Februar 2017 (Urk. 3) über eine konsiliarische Beurteilung der Beschwerdeführerin vom 23. Februar 2017 und nannte die folgenden Diagnosen (S. 3): - komplexe PTBS, ICD-10 F43.1 - mittelgradige depressive Episode ohne somatische Symptome, ICD-10 F33.10

Als Rettungssanitäterin sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Sie könne sich mittelfristig einen langsamen Einstieg in eine selbständige Tätigkeit als Masseurin mit einem Initialpensum von 20 % vorstellen. Dieses Pensum sollte erst dann gesteigert werden, wenn sich die Beschwerdeführerin

hierzu in der Lage sehe (S. 4).

Das Ereignis vom September 2012 habe gewisse traumatische Affekte (Gefühl der Hilflosigkeit, Gefühl des Kontrollverlustes, etc.) getriggert und es sei dann zu einem Vollbild einer komplexen PTBS gekommen.

Therapeutisch werde eine leitliniengestützte Psychopharmakotherapie

sowie parallel eine längerfristige traumadapptierte Psychotherapie empfohlen. Zudem werde die Festsetzung einer Rente der Invalidenversicherung empfohlen. Nach einer gewissen Stabilisierung der Symptomatik könne an eine berufliche Wiedereingliederungsmassnahme mit zunächst 20 % bis 30 % Belastbarkeit gedacht werden, wobei allerdings die Prognose offen sei (S. 5). 4. 4.1

Anhand der medizinischen Akten steht vorliegend ein psychisches Leiden der Beschwerdeführerin im Vordergrund. 4.2

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 8. Februar 2017 (Urk. 7/54) entgegen der Einschätzung ihres RAD davon aus, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. 4.3

Dr. B. \_\_\_ erstellte sein Gutachten vom 10. August 2015 in Kenntnis sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten

und berücksichtigte die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Das Gutachten trägt der konkreten medizinischen Situation

Rechnung. So leitete Dr. B.\_\_\_\_ die gestellten Diagnosen nach ausführlicher Befundnahme (Urk. 7/28 S. 9 ff.) sorgfältig her (S. 24 f.). Er nahm ausführlich zu Konsistenz und Plausibilität Stellung (S. 19 ff.) und konnte keine Hinweise auf Simulation oder Aggravation erkennen (S. 23). Zudem legte er die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mittels Mini-ICF-AP Testung eingehend dar (S. 25 ff.). Schliesslich nahm er ausführlich zum Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_ Stellung (S. 31 ff.).

Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand sowie Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. So zeigte der Gutachter in nach vollziehbarer Weise auf, dass die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Rettungssanitäterin im Aussendienst vollständig arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig ist.

Nach dem Gesagten ist zur Beurteilung des psychischen Leidens auf das umfassende Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3. 4 ) abzustellen, welches die praxismässigen Kriterien an beweiskräftige Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllt.

Die Beschwerdegegnerin legte nicht dar, weshalb sie zur Beurteilung des Gesundheitszustandes auf das Gutachten der Ärzte der A.\_\_\_\_ und nicht auf das aktuellere Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ abgestellt hat. Beim Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ handelt es sich um ein Obergutachten, welches das Gutachten der A.\_\_\_\_ in diversen Punkten kritisierte (Urk. 7/28 S. 31 ff.). Hervorzuheben ist der Umstand, dass die Gutachter der A.\_\_\_\_ im Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens keine Kenntnis des sexuellen Missbrauchs der Beschwerdeführerin in der Kindheit hatten und auch im nachfolgenden Schriftenwechsel nicht in genügender Weise auf diese neue Information zum Beschwerdebild der Beschwerdeführerin eingegangen sind (S. 31 unten). Dabei handelte es sich indes um eine wesentliche Information, stellte doch das plötzlich auftretende Gefühl von Hilf- und Machtlosigkeit wie anlässlich des Ereignisses vom 8. September 2012 einen Trigger-Reiz dar (vorstehend E. 3.4). Eine wesentliche Traumafolgestörung (Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen einer früheren Traumatisierung sowie dissoziative Phänomene) wurde durch die Gutachter der A.\_\_\_\_ damit nicht in der erforderlichen Tiefe exploriert (Urk. 7/28 S. 34 Mitte). Auch der RAD stellte auf das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ ab. Aus diesen Gründen und angesichts der dargelegten Beweiskraft des Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_ ist auf dieses abzustellen. 4. 4

Den Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach bei der Beschwerdeführerin kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, und von ihr trotz ihrer Beschwerden erwartet werden könne, in einem rentenausschliessenden Umfang erwerbstätig zu sein, kann nicht beigeplichtet werden.

So führte Dr. B.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise aus, dass es sich bei der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine seit der Kindheit schwergradig traumatisierte Person handle. So seien die Auffälligkeiten der Beziehungsentwicklung, die berichteten und durch den ambulanten Behandler beobachteten dissoziativen Phänomene sowie die eklatante Dissonanz zwischen berichteten Erlebnisinhalten (siehe Schilderung früherer belastender Rettungseinsätze) und beobachteter, praktisch vollständig fehlender, emotionaler Reaktion der Beschwerdeführerin während des Erzählens bezeichnend für eine komplexe Traumafolgestörung. Dem Ereignis vom 8. September 2012 müsse die Bedeutung einer

Retraumatisierung und nicht die Bedeutung einer Ersttraumatisierung zugeordnet werden (Urk. 7/28 S. 34). 4.5

Dr. B.\_\_\_\_ beurteilte die Prognose für eine Remission der komplexen post traumatischen Belastungsstörung bei konsequent psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, im vorliegenden Falle einer Trauma-spezifischen Intervention, als relativ gut. Er führte aus, dass bei konsequenter Behandlung eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50 auf 100 % innert zwei Monaten in einer angepassten Tätigkeit möglich sei (vorstehend E. 3.4). Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsablehnende Verfügung mitunter damit, dass die Therapiemöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien (Urk. 7/54/2). Dabei sagt lediglich der Umstand, dass das Leiden behandelbar ist, grundsätzlich noch nichts über den invalidisierenden Charakter aus. Für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente im Besonderen ist vorausgesetzt, dass während eines Jahres (ohne wesentlichen Unterbruch) eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit nach

Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG bestanden hat und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit weiterhin besteht (BGE 127 V 294 E. 4 c). Angesichts des doch sehr kurzen prognostizierten Zeitraums, innert welchem Dr. B.\_\_\_\_ eine Besserung erwartet hat, wäre es wohl ratsam gewesen, mit einer Entscheidung über den Leistungsanspruch bis zur Wahrnehmung einer Trauma-spezifischen Intervention durch die Beschwerdeführerin zuzuwarten. 4.6

Weiter überzeugt nicht, wenn die Beschwerdegegnerin ausführt, ein Leidensdruck der Beschwerdeführerin fehle (Urk. 7/54/2). So befand sie sich über zwei Monate in stationärer Behandlung (vorstehend E. 3.1) und begab sich zur Trauma-spezifischen Psychotherapie zu Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3). Später nahm sie eine therapeutische Behandlung bei Dr. I.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.7) und K.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.10) wahr. Zudem erklärte Dr. F.\_\_\_\_ plausibel, die Beschwerdeführerin habe aufgrund ihrer zwanghaft-schizoiden Struktur nicht schneller psychiatrische Hilfe gesucht (vorstehend E. 3.3). 4.7

Soweit die Beschwerdegegnerin weiter erwähnte, dass deutliche Hinweise auf Aggravation bestünden (vorstehend E. 2.1), vermag dies nicht zu überzeugen. Die Gutachter der A.\_\_\_\_ führten verschiedene Tests durch. Dabei wurde beim Amsler-Kurzzeitgedächtnistest (AKGT) eine zielgerichtete negative Antwortverzerrung beziehungsweise Vortäuschung der kognitiven Symptome als sehr wahrscheinlich angenommen, nicht aber beim Strukturierten Fragebogen simulierter Symptome (SFSS) und der Symptom-Checklist (SCL-90), wo keine Hinweise für eine Übertreibung von Symptomen beziehungsweise für negative Antwortverzerrungen festgestellt werden konnten (vorstehend E. 3.2). Da auch Dr. B.\_\_\_\_ im Obergutachten keine Hinweise auf Simulation oder Aggravation erkennen konnte (vorstehend E. 3.4), ist nicht von einer Aggravation der Beschwerdeführerin auszugehen. 4.8

Die Beschwerdegegnerin begründete die Ablehnung des Leistungsanspruchs des Weiteren mit vorhandenen Ressourcen und einem inkonsistenten, hohen Aktivitätsniveau (Urk. 7/54/2), was nicht nachvollziehbar erscheint. So lebt die Beschwerdeführerin mittlerweile vollständig zurückgezogen. Ihre Wohnung darf von niemanden betreten werden (vorstehend E. 3.3). Wichtige Bezugspersonen wie ihre Eltern und eine enge Freundin sind verstorben (Urk. 7/32 S. 15 Ziff. 4.2. 3). Aus den einzigen Aktivitäten, welche im Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ erwähnt sind, leitete die Beschwerdegegnerin ein hohes Aktivitätsniveau ab. So daraus, dass die Beschwerdeführerin stundenlange

Spaziergänge unternehme (vorstehend E. 3.9), was gemäss Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ zwar zutrifft, indes für die Beschwerdeführerin vor allem eine therapeutische Bedeutung hat. Zudem erwähnte die Beschwerdegegnerin die Inhaberschaft einer Gesundheitspraxis (vorstehend E. 3.9). Die Beschwerdeführerin hat bereits 2007 Ausbildungslehrgänge zur klassischen Massage und zur manuellen Lymphdrainage und komplexen physikalischen Entstauungstherapie gemacht (Urk. 7/1/2-3). Im Mai 2016

hat sie zudem eine Ausbildung in rhythmischer Massage begonnen (vorstehend E. 3.7). Es mag zutreffen, dass unklar ist, seit wann sie Massagen anbietet (vorstehend E. 3.9). Indes ist dies nicht weiter relevant, da eine Tätigkeit als Masseurin in niedrigem Pensum der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ nicht entgegensteht, ging er doch nicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus. Zudem gab die Beschwerdeführerin an, sich von den Massagen überfordert zu fühlen, da sie sich nicht merken könne, was sie bereits massiert habe und auch durch den persönlichen Kontakt gestresst sei (vorstehend E. 3.7). Von einem hohen, rentenausschliessenden Aktivitätsniveau kann demnach keine Rede sein. 4.9

Der RAD-Arzt bestätigte sodann im Oktober 2015, dass auf das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ abgestellt werden könne und gestützt auf dessen Beurteilung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin als Rettungssanitäterin seit Mai 2014 und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab August 2015 anzunehmen sei (vgl. vorstehend E. 3.5). Somit ist der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. B.\_\_\_\_ auch aus rechtlicher Sicht zu folgen. Nicht gefolgt werden kann hingegen der behandelnden Psychiaterin Dr. I.\_\_\_\_, deren Bericht hauptsächlich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gründet und deren Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ihre Begründung wohl zumindest teilweise in der Erfahrungstatsache findet, dass nicht nur allgemeinpraktizierende Hausärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen). Gleiches gilt für den - nach Verfügungserlass erstellten - Bericht von med. pract. K.\_\_\_\_ (nachstehend E. 3.10), welcher zudem keine objektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vornahm. 4.10

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdeführerin mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit insbesondere gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ auf Grund des derzeit invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens seit spätestens Mai 2014 in der angestammten Tätigkeit zu 100

% arbeitsunfähig

und seit spätestens August 2015 in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. 4.11

Was im Übrigen eine von der Beschwerdeführerin geltend gemachte allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs anbelangt (vorstehend E. 2.2), kann eine solche im vorliegenden Verfahren mit unbeschränkter Prüfungsbefugnis als geheilt gelten. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich auswirkt.

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Angesichts der Anmeldung vom

18. November 2014 ( Urk. 7/2 ), welche am 20. November 2014 bei der Beschwerdegegnerin eingegangen war (vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 7 S.

1), würde ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab dem 1. Mai 2015 bestehen.

In Bezug auf das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG (vorstehend E.

1.2) ist vorliegend eine medizinisch attestierte Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2014 ausgewiesen (vgl. vorstehend E. 3.3), wobei die Beschwerdeführer in

bis August 2015 ohne Unterbruch ( Art. 29 ter der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) als zu 100 % arbeitsunfähig gilt. Das Wartejahr ist demnach im Mai 2015 abgelaufen.

Von Mai bis August 2015 bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ein Einkommensvergleich erübrigt sich , da bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten der Invaliditätsgrad 100 % beträgt . Ab August 2015 ist von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auszugehen. Im Hinblick auf Art. 88a Abs. 1 IVV ist dieser Umstand erst nach Ablauf von drei weiteren Monaten zu berücksichtigen. Damit steht

der Beschwerdeführer in

ab 1. Mai 2015 bis 30. Oktober 2015 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu. 5.2

Zu prüfen bleibt, ob ab November 2015 weiterhin ein Rentenanspruch besteht. Die Beschwerdeführerin ist unbestrittenermassen als zu 100 % Erwerbstätige zu qualifizieren . Somit ist ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen.

Für

die Invaliditätsbemessung und insbesondere den Einkommensvergleich sind aufgrund des Zeitpunkts des Rentenbeginns (BGE 129 V 222)

die Verhältnisse im Jahre 2015 massgebend. 5.3

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. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen ). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.4

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da

es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis). 5.5

Die Beschwerdeführerin war von 1998 bis 2015 beim Z.\_\_\_\_ als Rettungssanitäterin angestellt (Urk. 7/14, Urk. 7/26). Es ist davon auszugehen, dass sie bei guter Gesundheit weiterhin dort gearbeitet hätte. Gemäss Arbeitgeberbericht hätte sie im Jahr 2015 einen Jahreslohn von Fr. 92'320.-- erzielt (Urk. 7/14 Ziff. 2.11). Fraglich ist, ob die durchschnittlichen Schichtzulagen der letzten drei Jahre in der Höhe von jährlich Fr. 5'340.-- zu berücksichtigen sind.

Bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens im Rahmen des Einkommensvergleichs ( Art. 16 ATSG) ist relevant, was grundsätzlich zum massgeblichen Lohn gemäss dem Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) zu zählen ist ( Art. 25 Abs. 1 IVV). Nach Art. 5 Abs. 2 AHVG gilt als massgebender Lohn jedes Entgelt für in unselbständiger Stellung auf bestimmte oder unbestimmte Zeit geleistete Arbeit. Der massgebende Lohn umfasst auch Teuerungs- und andere Lohnzulagen, Provisionen, Gratifikationen, Naturalleistungen, Ferien- und Feiertagsentschädigungen und ähnliche Bezüge, ferner Trinkgelder, soweit diese einen wesentlichen Bestandteil des Arbeitsentgeltes darstellen. Art. 7 lit. a der Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV) hält fest, dass zum massgebenden Lohn auch Entschädigungen für Überzeitarbeit, Nachtarbeit und Stellvertreterdienst gehören.

Die Schichtzulagen sind demnach zu berücksichtigen, womit ein Valideneinkommen von Fr. 97'660.-- (Fr. 92'320.-- + Fr. 5'340.--) resultiert. 5.6

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C\_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.7

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens sind die Tabellen der Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen. Es besteht kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist (vgl. Urteil 8C\_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.2). Die Beschwerdeführerin war 1982 bis 1989 als Verkäuferin, danach als Schwesternhilfe und ab 1996 als Rettungssanitäterin tätig (Urk. 7/15). Als Rettungssanitäterin im Innendienst oder in einer verwandten Verweistätigkeit ohne Patientenkontakt (beispielsweise im administrativen Bereich) besteht eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. vorstehend E. 3.4). Aufgrund dieser verbliebenen

Arbeitsfähigkeit ist das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE-Tabelle T17 für das Jahr 2012, Berufsgruppe 4 „Bürokräfte und verwandte Berufe“, zu bestimmen. Dem steht nicht entgegen, dass die Beschwerdeführerin in diesem Bereich über keine Ausbildung verfügt, umfasste doch die Tätigkeit als Rettungssanitäterin auch administrative Aufgaben (vgl. Urk. 7/14/13).

Das im Jahr 2012 von Frauen über 50 Jahren im Durchschnitt in der Berufsgruppe 4 „Bürokräfte und verwandte Berufe“ erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 6'118.-- (LSE 2012, Tabelle T17, Ziffer 4, Total, Rubrik „Frauen“), mithin Fr. 73'416.-- im Jahr (Fr. 6'118.-- x 12).

Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (2012: 2630 Punkte, 2015: 2686 Punkte; [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne) sowie der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden

([www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch); Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) resultiert für das Jahr 2015 ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 78'166.-- (Fr. 6'118.-- x 12 : 40 x 41.7 x 2686 : 2630). Auf das der Beschwerdeführerin angenommene zumutbare Pensum von 50 % umgerechnet, resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 39'083.--.

Wird das Valideneinkommen von Fr. 97'660.-- dem Invalideneinkommen von rund Fr. 39'083.-- gegenübergestellt, resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 58'577.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 60 % entspricht. 5.8

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit 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 Rechtsprechung 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). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleiche einbezogene mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die

Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C\_728/2009 E. 4.1.2).

Die Beschwerdeführerin ist aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkung in administrativen Tätigkeiten nicht eingeschränkt. In Würdigung sämtlicher Umstände erscheint vorliegend ein leidensbedingter Abzug im Lichte der Rechtsprechung nicht als angemessen. 5.9

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % Anspruch auf eine ganze Rente und ab 1. November 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelrente

der Invalidenversicherung hat. Angesichts der relativ guten Prognose bei konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung wird die Beschwerdeführerin den Leistungsanspruchs in naher Zukunft zu überprüfen haben.

Mit dieser Feststellung und in teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung somit aufzuheben. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer ).

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim ab Januar 2015 für Rechtsanwälte gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich MWSt ) ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungskasse des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 8. Februar 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Mai 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und ab 1. November 2015 Anspruch auf eine Dreiviertelrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft

zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Keiser -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen - Y.\_\_\_\_

sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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, zu zustellen.

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

## **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.