

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00779 vom 21. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00779

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00779 du 21 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00779 del 21 dicembre 2017

Erwägungen

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 der 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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.3

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

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

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

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. 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).

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 12. Juli 2017 Beschwerde und beantragte sinngemäss, die Rente sei gestützt auf ihre Frühinvalidität neu zu berechnen und es sei ihr eine höhere Invalidenrente auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 4. September 2017 (Urk. 4, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 5/1-109) um teilweise Gutheissung der Beschwerde im Sinne einer Rückweisung der Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung und anschliessender Beurteilung des Rentenanspruchs. Mit Verfügung vom 8. September 2017 wurde der Beschwerdeführerin Gelegenheit gegeben, sich zur beantragten Rückweisung der Sache zu ergänzenden Abklärungen zu äussern (Urk. 6), welche sie mit Eingabe vom 26. September 2017 ablehnte und eine direkte Gutachtensanordnung durch das Gericht beantragte (Urk. 8).

E. 2.1

Die Mitteilung vom 21. November 2008 (Urk. 5/13), mit welcher die Kostengut sprache für eine erstmalige berufliche Ausbildung gemäss Art. 16 IVG mangels invaliditätsbedingten Mehrkosten abgewiesen wurde, basierte auf folgenden medizinischen Beurteilungen:

E. 2.2

Dr. med. A.____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 5. August 2008 (Urk. 5/8) zuhanden der Beschwerdegegnerin eine langjährige, therapieresistente Bulimie bei gelegentlichem Medikamentenüberkonsum, welche seit circa 2001 bestehe und sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirke. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben ein Eisen- und Kaliummangel sowie leichtes anstrengungsinduziertes Asthma bronchiale. Die Prognose sei schlecht, so habe die Beschwerdeführerin die Schule mangels Leistungsfähigkeit abgebrochen, wobei sie zusätzlich mit der abzuschliessenden Matura zu hohe Ansprüche habe. Eine Integration in den freien Arbeitsmarkt ohne Ausbildung und bei zu häufigen krankheitsbedingten Absenzen sowie instabiler Persönlichkeit sei kaum möglich. Eine stationäre Therapie wäre dringend angezeigt, doch fehle es am Kooperationswillen. Ein Gesundheitsschaden liege insoweit vor, dass die Beschwerdeführerin einen labilen vegetativen Zustand habe und rezidivierende Schwindelepisoden wegen Mangel- und Fehlernährung aufweise.

E. 2.3

Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, welche die Beschwerdeführerin seit September 2006 behandelte, stellte in ihrem Bericht vom 18. August 2008 (Urk. 5/9) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Schwere Bulimia nervosa (ICD-10: F 50.2) mit Untergewicht (BMI um 17 kg/m², seit 1999)

-

Rezidivierende depressive Episoden, phasenweise schwer (ICD-10: F 33, seit 2002)

-

Angst- und Panikattacken (ICD-10: F 41.0, seit 2004)

-

Impulsives selbstverletzendes Verhalten (Ritzen, seit 2001)

-

wiederholte impulsive Suizidversuche (seit 2003)

-

Verdacht auf Entwicklung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (seit 2006)

Die Beschwerdeführerin sei im Mai 2005 erstmals psychiatrisch hospitalisiert worden. Sie habe damals die 3. Klasse des öffentlichen Gymnasiums besucht. Seither habe sie versucht, ihre Schulausbildung fortzusetzen und zu beenden, was ihr aufgrund der immer wieder häufigen Krankheitsabsenzen nicht gelungen sei. Ende 2006 sei sie deswegen vom öffentlichen Gymnasium ausgeschlossen worden. Von Sommer 2007 bis Frühjahr 2008 habe sie ein privates Gymnasium besucht, habe aber auch diese Schule aufgrund der gesundheitlich bedingten Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit und ihrer häufigen Krankheitsabsenzen aufgeben müssen. Diesen Sommer wolle sie einen neuen Versuch in der C.____ starten. Die Beschwerdeführerin zeige ein schwer wiegendes, komplexes psychiatrisches Krankheitsbild auf verschiedensten Ebenen auf. Prognostisch sei die weitere Entwicklung aufgrund der emotionalen Labilität und der schwerwiegenden, chronifizierten Bulimia nervosa stark gefährdet. Eine längerfristige, stationäre Therapie sei indiziert, wenn möglich mit Anschluss an eine therapeutisch begleitete Wohngruppe. Beides lehne die Beschwerdeführerin aber strikt ab. Damit ambulant weiterhin eine Verbesserung möglich werde, sei eine sinnvolle schulische oder berufliche Integration der Beschwerdeführerin dringend notwendig. Ohne C.____-Schule sei sie circa zu 50 % arbeitsfähig.

E. 2.4

Dr. med. D.____, Praktischer Arzt FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 25. August 2008 fest, dass die von Dr. B.____ gestellten Diagnosen (vgl. E. 2.3) und die beschriebenen Defizite das Vorliegen eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens begründeten. Dieser Gesundheitsschaden wirke sich erschwerend auf die berufliche Ausbildung aus und habe auch zum Abbruch der Schule geführt (Urk. 8/16). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) beruht auf der folgenden medizinischen Aktenlage:

E. 3.2

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 25. September 2013 (Urk. 5/24) zuhanden der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
(ICD-10: F 33.1)

-

Bulimia nervosa (ICD-10: F 50.2)

-

Prämenstruelle dysphorische Störung (ICD-10: F 38.8 und N 94.3)

Die Beschwerdeführerin sei mehrfach kinderpsychiatrisch und psychiatrisch hospitalisiert gewesen, letztmals im Kriseninterventionszentrum F.____ im August 2013. Es bestehe eine familiäre Vorbelastung, so seien beide Elternteile psychiatrisch erkrankt. Eine Ausbildung zur Fachperson Fachbetreuung FaBe (Kinderbetreuung) habe die Beschwerdeführerin wegen Exazerbation der depressiven Störung abbrechen müssen. Der Lehrvertrag mit der Stiftung G.____ sei per 30. Juni 2013 aufgelöst worden. Aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes sollte die Beschwerdeführerin in der Lage sein, ihre Berufslehre wieder aufzunehmen beziehungsweise an einer entsprechenden Stelle in einer Kinderkrippe zu arbeiten. Es habe sich in der Vergangenheit gezeigt, dass die Beschwerdeführerin weniger belastet sei, wenn sie mit gesunden Kindern anstatt mit sexuell oder körperlich traumatisierten Kindern arbeiten könne. Für die Ausbildung beziehungsweise Arbeitsintegration benötige sie Unterstützung durch die IV.

E. 3.3

Dr. Y.____, welche die Beschwerdeführerin seit Juni 2011 behandelt, stellte in ihrem Bericht vom 31. Januar 2014 (Urk. 5/31) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere bis schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F 33.2)

-

Bulimia nervosa seit dem 10. Lebensjahr (ICD-10: F 50.2)

-

Borderline Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.31)

Familiär bestehe eine Belastung von beiden Elternteilen, da beide psychiatrisch erkrankt seien. Die Beschwerdeführerin habe regelmässig körperliche und psychische Gewalt und für sie traumatisierende familiäre Krisen erlebt. Erste Symptome habe sie mit 7 Jahren gezeigt: gedrückte Stimmung, sich selber schlagen und Gedanken an den Tod, ab 10 Jahren ritzen, ab 12 Jahren schneiden (bis circa 2011 regelmässig, aktuell selten). Die Beschwerdeführerin sei mehrfach kinderpsychiatrisch und psychiatrisch hospitalisiert gewesen und habe mehrere Suizidversuche gehabt.

Ob das Wiedererlangen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit gelinge, sei aktuell noch unsicher und abhängig vom weiteren Krankheitsverlauf. Prognostisch günstig seien die hohe Motivation der Beschwerdeführerin, ihre Berufsausbildung weiterzuverfolgen und arbeitstätig bleiben zu wollen, sowie die gute Intelligenz. Aufgrund der bisherigen Krankengeschichte mit sehr frühem Erkrankungsbeginn und schwerem Verlauf müsse langfristig von einer ungünstigen Prognose bezüglich einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Es bestehe eine erhöhte Vulnerabilität bei Borderline-Persönlichkeitsstörung, eine verminderte Belastbarkeit und eine Chronifizierung der depressiven Symptomatik sowie der Essstörung. Vom 1. Dezember 2013 bis 31. März 2014, eventuell auch länger, sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit sei ihr noch zumutbar. Bei Ansprechen auf eine Behandlung und Besserung der depressiven Symptomatik sei frühestens ab April 2014 eine Tätigkeit initial zu 30 % mit einer Steigerung bis 50 % denkbar.

E. 3.4

In seinem Bericht vom 17. Februar 2014 (Urk. 5/32-33) hielt Dr. E.____ an den früher gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.1) fest und führte ergänzend aus, dass die Beschwerdeführerin zurzeit noch bei ihren Eltern wohne. Durch die höchst problematische Situation im Elternhaus, welche nicht förderlich für den Genesungsprozess sei, sei es aus ärztlicher Sicht zwingend notwendig, dass die Beschwerdeführerin ausziehen könne. Für die berufliche Integration beziehungsweise während der Ausbildung sei ein betreutes Wohnen, Lehrlingsheim etc. wünschenswert.

E. 3.5

RAD-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, nahm am 11. März 2014 Stellung zu Eingliederungsmassnahmen nach Art. 16 IVG (Urk. 5/39), woraufhin die Beschwerdegegnerin diese mit Verfügung vom 23. Juni 2014 (Urk. 5/44) mangels Eingliederungswirksamkeit abwies. Dr. H.____ hielt darin fest, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht ein komplexer psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Einfache handwerkliche und administrative Tätigkeiten, in gut strukturiertem und unterstützendem Umfeld, ohne höhere Verantwortungsübernahme und Überforderung, sollten zumutbar sein. Ungeeignet seien emotional und stressbehaftete Tätigkeiten (medizinisch, pflegerisch, pädagogisch, Zeit- und Termindruck, Schichtdienst), Arbeiten in Gefahrenbereichen, Tätigkeiten mit höherer Verantwortungsübernahme. Die Ausbildung zur Kleinkinderbetreuerin sei aus diesen Gründen prognostisch als ungünstig anzusehen und nicht zu empfehlen.

E. 3.6

Dem Bericht der F.____ vom 11. Februar 2015 (Urk. 5/56), wo die Beschwerdeführerin vom 13. Dezember 2013 bis 14. Februar 2014 teilstationär behandelt wurde, sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
(ICD-10: F 33.1)

-

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (ICD-10:
F 60.31)

-

Bulimia nervosa (ICD-10: F 50.2)

Für die Zeit der tagesklinischen Behandlung sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Die bisherige Tätigkeit als Auszubildende in der Kinderbetreuung sei ihr durchaus zumutbar, allerdings erst nach Besserung der depressiven Symptomatik. Ebenfalls sollte die emotional instabile Persönlichkeitsstörung stabilisiert sein. Der Zeitpunkt der Besserung sei aber derzeit nicht abzusehen.

E. 3.7

Dr. Y.____ führte in ihrem Bericht vom 24. Oktober 2015 (Urk. 5/63) zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, dass sich die Beschwerdeführerin bei gleichbleibenden

Diagnosen (vgl. E. 3.3) aktuell in einer schweren depressiven Episode befinde und die Leistungsfähigkeit weiterhin um 50 % vermindert sei. Die Prognose sei in Bezug auf eine 100%ige Arbeitstätigkeit ungünstig. Die Beschwerdeführerin habe die Lehrabschlussprüfung bestanden und arbeite nun bei einem 50%-Pensum in einer Kindertagesstätte.

Der Psychostatus vom 21. September 2015 zeige eine gepflegte, kleinwüchsige, untergewichtige Beschwerdeführerin mit sehr blassem Hautkolorit, depressivem Gesichtsausdruck und starrer Mimik. Sie spreche mit leiser Stimme, kaum spontan und beantworte die Fragen knapp. Die Konzentration in der Stunde sei gegeben. Es bestehe ein andauerndes Grübeln und Gedankenkreisen. Es gebe keine Anhaltspunkte für Zwänge, Wahnerleben oder Sinnestäuschungen. Das Zeiterleben sei verzerrt. Affektiv sei die Beschwerdeführerin verflacht, kaum spürbar. Die Grundstimmung sei gedrückt. Sie sei ratlos, affektarm, hoffnungslos, und fühle sich insuffizient. Der Selbstwert sei schlecht. Die Vitalgefühle seien deutlich gestört. Es bestehe eine dauernde ungerichtete Angst mit teilweise panischem Ausmass. Die Beschwerdeführerin sei suizidal, wobei die Suizidgedanken ständig präsent seien, ebenso Überlegungen zu konkreten Handlungen. Sie sei antriebsam und ausgeprägt antriebsgehemmt. Die Zeit von Freitag bis Montagmorgen habe sie im Bett verbracht. Die Energie reiche gerade für die Arbeit, der Rest bleibe liegen (beispielsweise Wohnungssuche). Innerlich beschreibe sie eine grosse Unruhe. Das Krankheitsgefühl sei stark. Die Beschäftigung sei deutlich erschwert. Die Beschwerdeführerin leide unter einer chronischen Schlafstörung. Ein Hungergefühl habe sie nicht, erbreche aber mehrfach täglich bulimisch.

E. 3.8

Im weiteren Verlaufsbericht von Dr. Y.____ vom 15. Juni 2016 (Urk. 5/65) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde noch eine latente Suizidgefahr der Beschwerdeführerin geschildert. Zwischenzeitlich habe die Beschwerdeführerin ihr Anstellungspensum im Januar 2016 auf Wunsch des Betriebes versuchsweise auf 70 % erhöht. Dies liege über ihrer langfristigen Leistungs- und Belastungsgrenze. Wegen Überlastung werde sie das Pensum ab 1. Juli 2016 auf 60 % reduzieren, da der Betrieb 50 % nicht akzeptiere. Ein 50%-Pensum sei realistischer, zumal die Beschwerdeführerin alle Energie auf ihre Arbeitstätigkeit lege und ihre Freizeit passiv im Bett verbringe. Langfristig werde sie kein 100%-Pensum leisten können wegen ihrer schweren chronischen psychiatrischen Erkrankung.

E. 3.9

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 2. November 2016 (Urk. 5/73) nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10: F 60.31). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen (S. 55 f.):

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F 33.4)

-

Bulimia nervosa (ICD-10: F 50.2)

-

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Benzodiazepine im Sinne einer iatrogenen Abhängigkeit (ICD-10: F 13.24), gegenwärtiger Substanzgebrauch.

-

Anamnestisch psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (Alkohol, MDA, Cannabis), episodisch schädlicher Gebrauch, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F 19.10)

Die Beschwerdeführerin

habe im Rahmen der Exploration über traumatische Ereignisse aus der Kindheit aufgrund der Erkrankung ihrer Mutter, deren Wut ausbrüche und der psychischen Erkrankung des Vaters mit erlebten familiären Krisen und über eine bereits seit dem 10. Lebensjahr bestehende Bulimia nervosa mit in der Vergangenheit bestehender kinderpsychiatrischer Therapie aufgrund von Depressionen und Ängsten berichtet. Darüber hinaus würden seit 2001 wiederholte Selbstverletzungen im Sinne von Ritzen mit einem Cutter, phasenweise täglich und mehrfach täglich, darüber hinaus impulsive (nicht vorher geplante) Suizidversuche und weiterhin ein unregelmässiger Konsum von Alkohol, Cannabis und MDA angegeben. Aufgrund der Bulimie-Erkrankung sei es zu wiederholten Synkopen mit weiteren somatischen (körperlichen) Folgeerscheinungen, unter anderem Hypokaliämie, mit häufigem Einsatz der Ambulanz gekommen. Die kardiologische Abklärung habe keinen pathologischen Befund ergeben. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit Jahren in wiederholten ambulanten und stationären Behandlungen. Aktuell befinde sie sich mit einer Frequenz von 7-14 Tagen bei Dr. Y.____

und Dr. E.____ in einer fachärztlichen Behandlung. Die Versicherte habe eindrücklich über rezidivierende depressive Episoden, die mindestens 14 Tage gedauert hätten und sich meistens über Wochen bis zu einem Jahr hinzogen haben, begleitet von gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, erhöhter Ermüdbarkeit, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühlen und Gefühlen der Wertlosigkeit, die sie eigentlich seit der Kindheit plagen, sowie negativen und pessimistischen Zukunftsperspektiven, darüber hinaus früheren Suizidgedanken, wiederholten Selbstverletzungen und Suizidhandlungen, weiterhin vermindertem Appetit mit massiver Gewichtsabnahme und deutlichem Libidoverlust berichtet. Im Weiteren werde über einen Putzzwang berichtet. Darüber hinaus beständen seit Jahren emotionale Instabilität mit Störung des eigenen Selbstbildes, Zielen und inneren Präferenzen. Auf Nachfrage werde auch ein chronisches Gefühl der inneren Leere vorgetragen und wiederholte emotionale Krisen mit parasuizidalen Handlungen, selbstschädigendem Verhalten, die auch ohne deutlichen Auslöser vorkämen (S. 57 f.).

Im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien anlässlich der Untersuchung beständen bis auf eine labile Stimmung keine psychopathologischen Auffälligkeiten. Insgesamt wirke die Versicherte nicht schmerzgequält. Es zeigten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und

der Bewusstseinshelligkeit. Im klinischen Eindruck ergäben sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen. Es seien keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörungen gefunden worden. Im Hinblick auf die Konzentration sei die Beschwerdeführerin während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einzustellen vermocht. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Die Versicherte habe während der Exploration eine breite Variation an emotionalen Qualitäten gezeigt. Im Hinblick auf den Affekt sei eine labile Stimmungslage festgestellt worden. Es hätten keine Affekteinbrüche während der Exploration bestanden. Die Beschwerdeführerin

sei auch bei kritischen Themen steuerbar gewesen. Gegenwärtig liege weder eine Insuffizienz der Affekte noch ein kreisendes Denken oder Grübeln vor. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien ungestört. Gestik und Mimik seien angemessen und würden die Stimmung affektsynthym unterstreichen. Spontanität und Eigeninitiative seien erhalten. Die soziale Teilnahme sei

im privaten Bereich nicht eingeschränkt. Anhand der heutigen Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf entsprechende psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein reduziertes Aktivitätsniveau hin. Bei den Haushaltsarbeiten fühle sich die Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt. Analog der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-APP beständen leichte bis mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation (S. 58).

Unter Würdigung der Versicherungsakte, dem Langzeitverlauf der Erkrankung (Längsschnitt) sowie der aktuellen Exploration und Untersuchung (Querschnitt) handle es sich bei der Beschwerdeführerin diagnostisch gemäss den ICD-10-Kriterien

um eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10: F

60.31). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beständen rezidivierende depressive Episoden im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F

33.4), gegenwärtig remittiert. Weiterhin lägen eine Bulimia nervosa (ICD-10: F

50.2) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Benzodiazepine im Sinne einer iatrogenen Abhängigkeit (ICD-10: F

13.24), gegenwärtiger Substanzgebrauch, vor. Darüber hinaus seien aufgrund der anamnestischen Angaben psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch (Alkohol, MDA, Cannabis), episodisch schädlicher Gebrauch, gegenwärtig abstinert (ICD-10: F

19.10), zu kodieren.

Bei der Beschwerdeführerin liege eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (BPS) vor. Im Zentrum der Symptomatik der BPS stehe eine gestörte Affektregulation. Sie äussere sich in einer niedrigen Reizschwelle für die Auslösung emotionaler Reaktionen, einem hohen Erregungsgrad und einer verlängerten Dauer bis zum Abklingen der Gefühlsreaktion. Die erlebten Stimmungen und Gefühle könnten aber auch abrupt wechseln oder nebeneinander als überwältigendes „Gefühlschaos“ auftreten. Menschen mit Borderline-Störung hätten überdies grosse Schwierigkeiten, verschiedene

Gefühlsqualitäten (z.B. Traurigkeit und Zufriedenheit, Wut, Ärger, Stolz) differenziert wahrzunehmen und erleben stattdessen (insbesondere anstelle negativer Emotion) quälende, lang anhaltende Spannungszustände. Diese gingen häufig mit dissoziativen Phänomenen, einer Analgesie oder anderen Körperwahrnehmungsstörungen einher. Viele Patientinnen mit BPS machten die Erfahrung, dass sie die Spannungszustände durch selbstverletzende Handlungen (z. B. Schneiden, Brennen, Schlagen mit dem Kopf gegen die Wand) unterbrechen könnten und setzten diese Verhaltensweisen regelmässig zur Spannungsregulation ein. Suizidgedanken und -handlungen seien im Zusammenhang mit emotionaler Spannung oder intensiven Gefühlen von Schuld und Scham häufig. Andererseits äusserten viele Patientinnen, auf emotionaler Ebene unerträgliche Zustände (innere Leere), „Taubheit“ und Depressivität zu erleben. Sie seien häufig von Schlafstörungen, Alpträumen und Flashbacks gequält, die sich auf frühere traumatische Erlebnisse bezögen. Die Flashbacks könnten bis zu mehreren Tagen anhalten und mit Psycho-Halluzinationen. Episoden von Derealisation- und Depersonalisationserleben seien ebenfalls häufig. Ein Grossteil der Patienten mit BPS schilderte zudem das anhaltende Gefühl, nicht zu wissen, wer sie wirklich seien. Diese Störung des Identitätserlebens beziehe sich auch auf das Erleben des eigenen Körpers, das zumeist als negativ beschrieben werde. Im kognitiven Bereich dominieren Grundannahmen wie „Ich bin ein schlechter Mensch, ich bin der letzte Dreck. Ich bin schuldig“. In Bezug auf die Umwelt könne dies auch sein: „Die Welt ist gefährlich. Andere Menschen werden mir Böses antun“. Gleichzeitig seien die Patienten von der eigenen Macht- und Hilflosigkeit überzeugt („Ich kann meine Gefühle nicht kontrollieren. Ich komme alleine nicht zurecht. Ich kann mich nicht schützen“). Nicht selten würden hoch riskante Verhaltensweisen wie das Balancieren auf Brücken geländern, das Sitzen auf Bahnschienen oder Rasen im Strassenverkehr zur Kompensation von Ohnmachtsanfällen eingesetzt. Andere dysfunktionale Muster, die der Emotionsregulation dient, seien Alkohol-, Medikamenten- und Drogenkonsum, Störungen des Essverhaltens (Essanfälle mit und ohne selbstinduziertes Erbrechen, anorektische Episoden) oder impulshaftes, inadäquates Einkaufen. Als weitere Probleme auf der Verhaltensebene seien ein promiskuitives, riskantes Sexualleben, Zwangshandlungen oder aggressive Durchbrüche zu nennen. Entsprechend turbulent und konflikthaft gestalteten sich die Beziehungen von Menschen mit BPS. Sie seien geprägt von raschem Wechsel zwischen Annäherung und abrupter Distanzierung (Störung der Nähe-Distanz-Regulation) und dem wiederholten Äussern von Hilflosigkeit und Leiden. Die Patientinnen seien bestrebt, tatsächliches oder imaginäres Alleinsein unter allen Umständen zu vermeiden. Dementsprechend erlebten die Patientinnen einen Mangel an tragfähigen, stabilen, verlässlichen Beziehungen und überforderten ihre Bezugspersonen durch den Wunsch nach absoluter Nähe und Zuwendung. Dies nähre das ohnehin bestehende Grundgefühl, anders zu sein als andere Menschen und nicht zu dieser Welt zu gehören. Diese Kriterien seien bei der Beschwerdeführerin ausgewiesen. Es handle sich bei der Beschwerdeführerin um einen Borderline-Typ. Als wesentliche Symptome beim Borderline-Typus würden eine Störung des inneren Selbstbildes, inkonsistente Beziehungsgestaltung, Angst vor dem Verlassenwerden, Selbstverletzungen und Suizidalität genannt. Darüber hinaus leide die Beschwerdeführerin an einer komorbiden Störung im Sinne von rezidivierenden depressiven Episoden (ICD-10: F

33. 4). Gemäss der Literatur handle es sich bei der Depression um eine von den häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen, die im Rahmen der Persönlichkeitsstörung mit einer Lebenszeitprävalenz von 96 % aufträten. Darüber hinaus Esstörungen mit einer

Lebenszeitprävalenz von 53 % , wie es bei der Beschwerdeführerin offen sichtlich auch der Fall sei , im Sinne einer Bulimia nervosa (ICD-10: F 50.2) und Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit mit 64 % Lebenszeitprävalenz (S. 61 f). Zusammenfassend handle es sich bei der Beschwerdeführerin um ein schwer wiegendes, komplexes psychiatrisches Krankheitsbild auf verschiedenen Ebenen. Prognostisch sei die weitere Entwicklung aufgrund der emotionalen Labilität der Beschwerdeführerin und der schwerwiegenden chronischen Bulimia nervosa, aktuell mit Gewichtszunahme, stark gefährdet. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung könnten Schwierigkeiten im interpersonellen Kontakt auftreten, was gegenwärtig bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall sei . Darüber hinaus Störungen der Emotionsregulation mit deutlichem Mangel an Anpassungs- und Teamfähigkeit, sehr niedrige Frustrationstoleranz und Impulskontrollstörung. Gegenwärtig scheine sich die Beschwerdeführerin unter der aktuellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und der abgeschlossenen Ausbildung mit Tagesstruktur, darüber hinaus der verständnisvollen und stabilen Partnerschaft stabilisiert zu haben. An dieser Stelle sei mit Verweis auf das Alltagsaktivitätsniveau, erhoben im Rahmen der aktuellen Exploration angemerkt, dass die Beschwerdeführerin offensichtlich eine gute Fassade behalte und sich besser darstelle , als es in der Tat sei (S. 62 f.).

Für die Zukunft würden Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck sowie Tätigkeiten ohne zu hohe Anforderungen an die Anpassungs- und Umstellfähigkeit bei einem konfliktarmen Arbeitgeber empfohlen. Klar strukturierte Tätigkeiten in einer ruhigen und emotional spannungsarmen Atmosphäre seien der Beschwerdeführerin in einem 60%igen Arbeitspensum zumutbar. Aus fachärztlicher Sicht sei auch in einer anderen Tätigkeit nicht von einem höheren Arbeitspensum auszugehen (S. 63) . In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Betreuerin in der Kinderkrippe sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu 60 % arbeitsfähig. Dabei handle es sich offensichtlich um einen angepassten Arbeitsplatz. Die Beschwerdeführerin habe trotz krankheitsbedingten Hürden die berufliche Ausbildung ohne weitere Unterstützung abgeschlossen. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer anderen Tätigkeit ein höheres Arbeitspensum erreichen könnte. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte überwiegend wahrscheinlich seit dem Abschluss der Lehre im Juli 2015 (S. 64).

Die gutachterliche Konsistenzprüfung ergäbe keine Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen. Zusammenfassend ergäben die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich schlüssiges, konsistentes Bild (Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefunde, Beschwerdevalidierungstests, Selbsteinschätzungsskalen, Medikamenten-Monitoring).

Es sei darauf hinzuweisen, dass in der Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit im IV-relevanten Sinne soziokulturelle und psychosoziale Faktoren (wie zum Beispiel Alter und Geschlecht, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten) ausgeschlossen worden seien . Unter Beachtung der obigen Vorgaben liege bei der Beschwerdeführerin eine psychiatrische Erkrankung vor, die geeignet sei , ihr positives Leistungsbild mittel- und längerfristig zu mindern. Diese Feststellung gelte ab dem Erkrankungsbeginn (S. 63) .

RAD-Arzt Dr. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, kam in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 18. November 2016 (Urk. 5/89 S. 5) zum Schluss, dass auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ abgestellt werden könne. Aufgrund der gutachterlich gestellten Diagnosen bestehe ein Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit längerfristig beeinträchtige. In bisheriger Tätigkeit als Betreuerin

Kinderkrippe und angepasster Tätigkeit bestehe eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2015. 4. 4.1

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin, welche die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung und anschliessenden Beurteilung des Rentenanspruchs beantragte (vgl. Beschwerdeantwort vom 4. September 2017, Urk. 4), lässt sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie die damit zusammenhängende Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Rentenverfügung am 14. Juni 2017 (Urk. 2) verlässlich beurteilen. 4.2

Das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 2. November 2016 (Urk. 5/73) basiert auf einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Der Gutachter hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem hat er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem psychiatrischen Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5). 4.3

Der psychiatrische Gutachter stellte nachvollziehbar - und in Übereinstimmung mit der behandelnden Psychiaterin Dr. Y.____ (vgl. E. 3.3, E. 3.7-8) - fest, dass die Beschwerdeführerin an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ leidet, welche komorbide mit einer rezidivierenden depressiven Störung auftritt. Dr. Z.____ legte dabei das schwerwiegende, komplexe psychiatrische Krankheitsbild auf verschiedenen Ebenen detailliert und schlüssig dar, weshalb seine Diagnose der Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ angesichts des sehr frühen Erkrankungsbeginns und dem schweren Verlauf - trotz konsequenter Therapie - überzeugt. Bereits 2008 äusserte Dr. B.____ vor dem Hintergrund der seit Kindheit bestehenden Bulimie, Depression und selbstverletzenden Verhaltens und wiederholten Suizidversuchen die Verdachtsdiagnose einer solchen Persönlichkeitsstörung (vgl. E. 2.3), welche hernach in Sinne einer Akzentuierung klarer zum Vorschein kam. Auch RAD-Arzt Dr. I.____ kommt zum Schluss, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ überzeugt und aufgrund der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und angepassten Tätigkeit als Kinderbetreuerin besteht (vgl. E. 3.10).

Der blosser Hinweis der Beschwerdegegnerin, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ den rechtsprechungsgemässen Anforderungen nicht genüge, weshalb die festgestellte 40%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei (Urk. 4), vermag das überzeugende Gutachten, welches mit der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. Y.____ übereinstimmt, nicht in Zweifel zu ziehen. 4.4

Aufgrund der psychiatrischen Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ ist ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden zu bejahen. Damit steht gestützt auf die überzeugenden Feststellungen im psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.____ vom 2. November 2016 fest, dass der Beschwerdeführerin die bisherige und sogleich angepasste Tätigkeit als Kinderbetreuerin zu einem 60 %-Pensum zumutbar ist. 5.

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen

einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich 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. 5.1

Die Beschwerdeführerin macht beschwerdeweise geltend, dass sie als Frühinvalidin im Sinne von Art. 26 Abs. 1 IVV einzustufen sei, was einen höheren Invaliditätsgrad zur Folge habe (Urk. 1 und Urk. 8).

E. 5.2.1

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).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

E. 5.2.2

Nach Art. 26 Abs. 1 IVV entspricht bei versicherten Personen, die wegen Invalidität keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten, das Erwerbseinkommen, das sie als Nichtinvaliden erzielen könnten, nach Vollendung von 25 Altersjahren und vor Vollendung von 30 Altersjahren 90 % des jährlich aktualisierten Medianwertes gemäss LSE (vgl. auch IV-Rundschreiben Nr. 329 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 18. Dezember 2014).

E. 5.3

Insoweit die Beschwerdeführerin eine falsche Berechnung der Rentenleistungen rügt und die Ausrichtung einer höheren Invalidenrente als der mit der angefochtenen Verfügung zugesprochenen Viertelsrente beantragte, ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht

erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage einer Kopie von Urk. 8 - 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst-Geiger

E. 5.4.1

Aufgrund dieser Umstände erfolgte die Invaliditätsbemessung zu Recht gestützt auf Art. 16 ATSG für erwerbstätige Versicherte (vgl. E. 1.4).

E. 5.4.2

Nach der Rechtsprechung darf ausnahmsweise von der ärztlich geschätzten Arbeitsfähigkeit ohne weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_994/2010 vom 12. April 2011 E. 3.2.3). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die beiden Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind, was vorliegend zu bejahen ist. Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses erfolgte durch die Beschwerdeführerin aus invaliditätsfremden Gründen, weshalb bei der Bestimmung des Valideneinkommens nicht vom Lohn bei besagter Kindertagesstätte ausgegangen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_5/2009 vom 16. Juli 2009 E. 2.3).

Folglich entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Der unter Anwendung des Prozentvergleiches ermittelte Invaliditätsgrad von 40 % ist nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat.

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.