

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00412 vom 21. November 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00412](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00412)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00412 du 21 novembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00412 del 21 novembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die 1978 geborene X.\_\_\_\_, ausgebildete Pflegeassistentin (Urk. 16/

17/11), arbeitet seit 2006 zu 80 % (zusätzlich 20 % auf Abruf) als Mitarbeiterin Pflege im Y.\_\_\_\_ (Urk. 16/17/1-2) und begann im Jahr 2009 daneben eine Ausbildung zur Fachfrau Gesundheit (Urk. 16/13

S. 4). Sie ist Mutter zweier in den Jahren 2001 und 2005 geborener Kinder und seit 3. März 2011 geschieden (Urk. 16/2, Urk. 16/13/1). Nach erfolgter Meldung zur Früherfassung vom 30. Mai 2012 (Urk. 16/3) meldete sie sich unter Hinweis auf eine depressive Episode am 27. Juli 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 16/13).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, gewährte der Versicherten Beratung und Unterstützung beim Erhalt ihres Arbeitsplatzes (Urk. 16/25 -28) und klärte die medizinische (Urk. 16/30, Urk. 16/40, Urk. 16/58) sowie

erwerbliche Situation (Urk. 16/34, Urk. 16/57) ab. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 16/62) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. März 2015 (Urk. 2) einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente.

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der

Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

### **E. 1.4**

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.5**

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). 2.

### **E. 2**

2. Mai 2015 (Urk. 11) auf Abweisung der Beschwerde, was der Beschwerdeführerin am

#### **E. 2.1**

Die IV-Stelle stellte sich in der angefochtene n Verfügung auf den Standpunkt , dass gut behandelbare Befunde vorlägen, welche keinen erheblichen und länger andauernden Gesundheitsschaden mit Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründeten . Soziale Belastungsfaktoren (familiäre Schwierigkeiten, finanzielle Probleme) seien invaliditätsfremd und könnten nicht berücksichtigt werden. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheits schaden sei nicht ausgewiesen (Urk. 2).

Im Verfahren hielt die IV-Stelle fest, das depressive Erleben habe sich nach ei ner Blinddarmerkrankung verstärkt . Dies habe zur Hospitalisation in der Z.\_\_\_\_ vom 10. Oktober bis 5. Dezember 2013 geführt. Vor und nach dem Aufenthalt in der Z.\_\_\_\_ sei das depressive Beschwerdebild als leichtgradig eingestuft worden (Urk. 11). In der Stellungnahme zum Bericht der behandelnden Psychologin legte die Beschwerdegegnerin

weiter dar, die neu diagnostizierte - gut zwei Jahre nach Therapiebeginn und ohne nach vollziehbare Veränderung der Befundlage - emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typus lasse sich anhand des Berichts vom 23. April 2015 nicht objektivieren. Die gesundheitlichen Probleme seien offenkundig erst dann aufgetreten, als es privat schwierig geworden sei. Angesichts dessen, dass bisher - primär aufgrund einer privaten Belastungssituation - ein stationärer Aufenthalt notwendig geworden sei und sich die Beschwerdeführerin in psychologischer Behandlung befinde, könne nicht von einem therapeutisch nicht mehr angehbaren beziehungsweise chronifizierten Leiden gesprochen werden (Urk. 15).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin macht es dagegen geltend, trotz verschiedener Massnahmen, welche den Einfluss von psychosozialen Faktoren auf ihren Gesundheitszustand praktisch eliminierten, sei ihr Gesundheitszustand nach wie vor noch immer so schlecht, dass es ihr nicht möglich sei, mehr als 40 % zu arbeiten. Da sie vorher voll erwerbstätig gewesen sei, habe sie eine finanzielle Einbusse von 60 % und damit Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Urk. 1 S. 6) .

Unter Hinweis auf den Bericht der behandelnden Psychologin brachte sie vor, ihr Gesundheitszustand sei chronifiziert . Sie leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung vor dem Hintergrund einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typus. Mittlerweile arbeite sie an einer für ihre Einschränkungen angepassten Arbeitsstelle, habe sich von ihrem Ehemann scheiden lassen und erhalte zu Hause Entlastung durch Spitex und Familienbegleitung. Trotz dem sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf ein höheres Pensum als 40 % nicht möglich gewesen. Dementsprechend liege ein langdauernder invalidisierender Gesundheitsschaden vor (Urk. 6 S. 3). 3.

### **E. 3**

Juni 2015 (Urk. 13) zur Kenntnis gebracht wurde. Mit Gerichtsverfügung vom 27. Juni 2016 (Urk. 14) wurde der Beschwerdegegnerin die Eingabe der Beschwerdeführerin vom 11. Mai 2015 (Urk. 6-7 ) zugestellt. Mit Stellungnahme vom 11. August 2016 (Urk. 15) hielt die Beschwerdegegnerin an der Abweisung der Beschwerde fest , was der Beschwerdeführerin am 27. September 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Die Psychotherapeutin A.\_\_\_\_ ,

welche die Beschwerdeführerin seit 21. März 2011 behandelt, hielt im Schreiben vom 5. Juli 2012 (Urk. 16/12) fest, die Beschwerdeführerin leide seit der Trennung von ihrem Ehemann an einer depressiven Symptomatik mit Energielosigkeit, Antriebshemmung und Insuffizienz geföhlen. Es sei in der Folge trotz ambulanter Therapie und antidepressiver Behandlung zu keiner zufriedenstellenden Besserung der Symptomatik gekommen. Sie habe sich durch die Verantwortung als alleinerziehende Mutter mit einem 80%igen Arbeitspensum zunehmend auch in beruflicher Hinsicht überfordert geföhlt. Ihre Vorgesetzte habe Unkonzentriertheit bei der Arbeit seit ein paar Monaten und eine Verschlechterung der sonst sehr guten Arbeitsleistung beschrieben. Sie hätten in einem ersten Schritt eine Reduktion des Arbeitspensums auf 50 % besprochen, was jedoch nur zu

einer beschränkten Veränderung geführt habe. In Rücksprache mit dem Arbeitgeber sei die Beschwerdeführerin dann zu 100 % krankgeschrieben worden und sei engmaschig zwei Mal pro Woche in die ambulante Behandlung gekommen. Seit 1. Juni 2012 steige die Beschwerdeführerin schrittweise wieder in den Arbeitsprozess ein (was die Beschwerdegegnerin in der Zeit vom Oktober 2013 bis Oktober 2013 mittels Frühinterventionsmassnahmen unterstützte [Urk. 16/20-28]).

Gemäss den ärztlichen Zeugnissen des delegierenden

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, war die Beschwerdeführerin ab 1. März 2012 zu 60 % arbeitsunfähig für bis zu vier Wochen und seit 26. April 2012 für fünfzehn Wochen ganz arbeitsunfähig (Urk. 16/6/1). Seit 4. Juni 2012 war sie für zwei Wochen teilweise arbeitsunfähig bei einem Pensum von 80 % (sie arbeitete an vier Tagen pro Woche zwei Stunden pro Tag) und vom 7. Juni 2012 bis und mit 10. Juni 2012 ganz arbeitsunfähig (Urk. 16/6/2). Ab 16. Juni 2012 war sie für zwei Wochen für vier Mal zwei Stunden pro Woche arbeitsfähig (Urk. 16/6/3).

### **E. 3.2**

Lic. phil. A.\_\_\_\_

stellte im Bericht vom 18. Juni 2013 (Urk. 16/30) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.01). Sie hielt fest, zu Beginn der Behandlung hätten bei der Beschwerdeführerin ein deprimierter Affekt, Affektlabilität, paranoide Ängste, Müdigkeit, Antriebs- und Lustlosigkeit, Tendenz zur Tag-Nacht-Umkehr, Interesselosigkeit, Konzentrationsbeeinträchtigungen und sozialer Rückzug vorgelegen. Aktuell zeige sich eine deutliche Besserung der Affektivität, sie sei schwingungsfähiger, verfüge über eine verbesserte Konzentration und vermehrten Antrieb. Sie habe jedoch weiterhin Mühe sich abzugrenzen und eine Tendenz bei Überforderung zum Rückzug in Schlaf. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 30 % (bei entsprechender Anpassung des Arbeitsvertrages; Urk. 16/33). Wie sich beim langsamen Wiedereinstieg zeigte, sei ein 100 % -Pensum aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen und den psychosozialen Anforderungen nicht möglich. 3. 3

Vom

### **E. 8**

ATSG) sind.

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

### **E. 10**

Oktober bis 5. Dezember 2013 war die Beschwerdeführerin in stationärer Behandlung in der E.\_\_\_\_

der C.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_

(Urk. 16/40). Im Austrittsbericht vom 16. Dezember 2013 stellten die Assistenzpsychologin Rust und Dr. med. D.\_\_\_\_, leitender Arzt, die Austrittsdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische

Symptome (F33.2). Sie hielten fest, die Beschwerdeführerin sei am 10. Oktober 2013 aufgrund einer depressiven Symptomatik im Rahmen einer Überforderung im Haushalt und bei der Kindererziehung in die E.\_\_\_\_ eingetreten. Die Zuweisung sei durch lic. phil. A.\_\_\_\_ (ambulante Psychotherapeutin) erfolgt. Zwei Wochen vor Eintritt habe die Beschwerdeführerin eine Blinddarmoperation gehabt, welche ihr depressives Erleben verstärkt habe. Sie habe von Freud- und Antriebslosigkeit, Erschöpfung und fehlender Tagesstruktur berichtet. Die Beschwerdeführerin habe geschildert, seit der Trennung von ihrem Mann im Jahr 2009 zunehmende Überlastungsanzeichen zu spüren (S. 1).

Die Beschwerdeführerin sei eine wache, bewusstseinsklare, gepflegte, 35-jährige Frau mit Kopftuch, die einen deutlichen Leidensdruck verspüre und im Gespräch immer wieder weine. Blickkontakt sei vorhanden, sie sei adäquat im Kontakt, zugewandt, freundlich und mitteilungsbereit. Sie berichte von Einschränkungen in der Konzentration, im formalen Gedankengang sei sie kohärent. Es bestehe kein Hinweis auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Es lägen keine Phobien und Zwänge vor. Im Affekt sei sie ratlos, niedergeschlagen, verzweifelt, freud- und hoffnungslos. Die Beschwerdeführerin äussere sich hinsichtlich der Kindererziehung und den alltäglichen Haushaltsaufgaben überfordert zu fühlen. Der Antrieb sei gemindert, es bestehe ein gestörter Tag - /Nacht-Rhythmus bei Durchschlafstörungen. Psychomotorisch sei sie unauffällig. Es bestehe ein sozialer Rückzug. Die Beschwerdeführerin habe sich glaubhaft von akuter Suizidalität distanziert. Es bestehe kein Hinweis auf Fremdgefährdung (S. 2).

Die Beschwerdeführerin sei am 5. Dezember 2013 in stabilerem und aufgehelltem Zustand in die vorbestehenden Verhältnisse ausgetreten. Eine Verbesserung habe insbesondere hinsichtlich der Reduktion ihrer depressiven Symptome wahrgenommen werden können. Weiterhin sei es der Beschwerdeführerin gelungen, körperliche Aktivität regelmässig in ihren Alltag zu integrieren. Sie habe angegeben, vom Aufenthalt profitiert zu haben. Sie habe sich während der ganzen Hospitalisation klar und glaubhaft von Suizidalität distanziert (S. 3 f.).

Die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden depressiven Episode, aktuell im Rahmen von Belastungs- und Überforderungssituationen. Zur Entstehung und Aufrechterhaltung der psychischen Störung beigetragen hätten so wohl die unzureichend gelungene beziehungsweise entwickelte Integration von eigenen Bedürfnissen und Wünschen in den Alltag, der Anspruch an sich selbst, keine Schwäche zu zeigen, Überforderungssituationen mit Kindern und Haushalt sowie bestehende familiäre und berufliche Belastungsfaktoren. Die Beschwerdeführerin könne eigene Affekte nicht in ihrer Vielfältigkeit erleben und zulassen - dies unter anderem aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes beziehungsweise ihrer Wert- und Moralvorstellungen. Positive wie auch negative Emotionen riefen ein schlechtes Gewissen hervor und stünden mit Scham- und Schuldgefühlen in Verbindung. Es überwiegen negative Affekte, insbesondere eine starke Neigung zur Selbstentwertung. Gegensätze zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Bedürfnissen der anderen könne die Beschwerdeführerin nur eingeschränkt wahrnehmen. Bei Bedürftigkeit falle es ihr ausserdem schwer, hilfreiche andere zu finden und in Anspruch zu nehmen. Die Beschwerdeführerin halte an bestimmten Grundüberzeugungen fest, wodurch neue Sichtweisen und kognitive Differenzierungsangebote nur langsam in das eigene Denken integriert werden könnten. Die Umstellung der vorbestehenden Medikation habe zu einem Nachlassen der Nebenwirkungen geführt. Die Etablierung einer alternativen Medikation sei während des stationären Aufenthalts nicht vollständig gelungen (S. 4). 3. 4

Im Bericht vom 16. Juni 2014 ( Urk. 16/58 ) stellte

die Psychotherapeutin

A.\_\_\_\_

wiederum

die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.01 ). Sie hielt fest, es bestehe eine schwankende Stimmung mit Tendenz zum negativen Pol, reduzierte Stresstoleranz und Affektlabilität . Trotz Entlastungen im Alltag durch Spitex und Unterstützung durch sozialpädagogische Familienbegleitung und Reduktion des Arbeitspensums

liege keine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik vor . Auf grund des bisherigen Verlaufs müsse von einer chronifizierten depressiven Störung ausgegangen werden. Verschiedene medikamentöse Behandlungsversuche seien aufgrund des ineffektiven Nebenwirkungs-Wirkungs-Profils abgesetzt worden. Die gegenwärtige Behandlung sei eine ambulante delegierte Psychotherapie (delegierender Psychiater sei Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie )

mit wöchentlichen Sitzungen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 60 % . Eine Erhöhung der Einsatzfähigkeit sei aufgrund des Verlaufs nicht möglich. 3. 5

Im Bericht vom 23. April 2015 (Urk. 7/2) stellte Lic. phil. A.\_\_\_\_ die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradig depressive Episode (F33.0/F33.1) , sowie einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typus (F60.31). Sie hielt fest, trotz geringer Belastung sei eine persistierende und fluktuierende depressive Verstimmung zu beobachten. Es seien verschiedene Versuche der Erhöhung der Arbeitsbelastung im Rahmen der Integrationsmassnahmen der Invalidenversicherung durchgeführt worden. Die Steigerung der Arbeitsbelastung habe in der Vergangenheit wiederholt zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik geführt. Die beteiligten Fachpersonen - die Casemanagerin der F.\_\_\_\_

und die IV-Stelle - seien zum Schluss gekommen, dass die maximale Belastbarkeit der Beschwerdeführerin bei 40 % liege. Erst im Verlauf der Behandlung sei deutlich geworden, dass die beschriebenen Persönlichkeitszüge als eigenständige Störung im Sinne einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 vor dem Hintergrund einer kindlichen Bindungsstörung und emotionaler Verwahrlosung durch die Eltern anzusehen sei (S. 2) .

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei seit Behandlungsbeginn gekennzeichnet von Stimmungsschwankungen, Antriebs- und Energielosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Affektlabilität, deprimerter Stimmung, Schlafstörungen, Störung der Vitalgefühle, Gedächtnis-, Konzentrationsstörungen und Auffassungsstörungen (könne ihr aufgetragene Arbeiten nicht memorieren, sei verlangsamt und unkonzentriert beim Schreiben von Patientendokumentationen nach 4,5 Stunden pflegerischer Tätigkeit). Die Beschwerdeführerin beschreibe sich als schnell ermüdbar ( sie müsse nach der Arbeit mehrere Stunden schlafen gehen). Sie pflege weniger soziale Kontakte, da sie weder Lust noch Energie dazu habe. Sie leide unter hohen Ansprüchen an sich selber, „Helfersyndrom“ und Tendenz zur Selbstaufgabe ( sie setze Bedürfnisse von Familie, Kollegen und Patienten über die eigenen, gebe Geld an Familienmitglieder und Partner, obwohl sie selbst kein Geld habe), Schwierigkeiten eigene Grenzen wahrzunehmen, „es ist nie gut genug“.

Selbstzerstörerisches Verhalten im Sinne von ungesundem Essverhalten bis zu gezügeltem Essverhalten, starker Nikotin- und Koffeinabusus, negatives Selbstbild. Im Haushalt erledige sie aufgrund von Überforderung und Energielosigkeit nur das Nötigste und habe Schuldgefühle, da ihr Anspruch an Haushaltsführung nicht erfüllt werde. Zu Beginn der Behandlung habe die Beschwerdeführerin auch über paranoide Inhalte berichtet: sie habe Angst von ihrem Ex-Ehemann über das Internet und Mail überwacht zu werden (S. 1).

Es habe sich gezeigt, dass verschiedentliche Versuche, die Arbeitsleistung zu steigern, zu einer psychischen Dekompensation geführt hätten (Insuffizienzgefühle, sozialer Rückzug, Antriebs- und Energielosigkeit, deprimierter Affekt, kognitive Einschränkungen). Dies habe sich bei der Arbeit als Verschlechterung der Arbeitsleistung, Verlangsamung des Arbeitstempos, Inflexibilität bei neuen Arbeiten und gereiztem Affekt gezeigt. Aktuell arbeite die Beschwerdeführerin auf der Pflegeabteilung 40%. Sie berichte in den Therapiestunden jeweils, dass sie sich nach der Arbeit für den Rest des Tages erschöpft und energielos fühle. Aufgrund ihrer rigiden Arbeitshaltung habe sie Mühe sich abzugrenzen und sich an die vereinbarten Arbeitszeiten zu halten, sodass sie häufig Überstunden mache. Auch sei beim Abschluss des Jobcoachings mit dem Arbeitgeber vereinbart worden, dass die Beschwerdeführerin nur halbe Tage arbeite. Es habe sich gezeigt, dass sie bei 4,5 Stunden täglich an ihre Grenzen geraten sei (S. 2).

#### 4.1

Aus den medizinischen Berichten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin im März 2012 an einer depressiven Störung erkrankte. Diese entstand maßgeblich durch ein Zusammentreffen von belastenden Lebensumständen. Die ersten Symptome zeigten sich nach der Scheidung

der Beschwerdeführerin im Jahr 2011, welche sich als alleinerziehende Mutter zweier Kinder zunehmend auch mit der beruflichen Belastung im Rahmen von 80-100% überfordert sah (Urk. 16/12).

Die Fachärzte der C.\_\_\_\_

hielten fest, dass die Beschwerdeführerin geschildert habe,

seit der Trennung von ihrem Mann im Jahr 2009 zunehmende Überlastungsanzeichen zu spüren (Urk. 16/40 S. 1). Die Beschwerdeführerin selbst nannte bei der Identifikation der Belastungsquellen persistierende familiäre Schwierigkeiten, finanzielle Probleme sowie die Kindererziehung, bei welcher sie immer wieder an ihre Grenzen komme (Urk. 16/40 S. 3).

Bei dieser Ausgangslage ist davon auszugehen, dass die psychische Problematik im Wesentlichen in den psychosozialen Belastungsfaktoren aufgeht. Die schwierigen Lebensumstände haben zur vorliegenden Beeinträchtigung geführt. Die Fachärzte der Z.\_\_\_\_ schrieben die rezidivierende depressive Episode denn auch ausdrücklich der Belastungs- und Überforderungssituation zu, welche die psychische Störung aufrecht erhalte (E. 3.3 hier vor); eine von den psychosozialen Umständen abgrenzbare andauernde Depression ist nicht ausgewiesen.

Vielmehr beschrieben die Fachärzte der Z.\_\_\_\_ eine Überforderung in verschiedener Hinsicht (Scheidung, finanzielle Probleme, Kinderbetreuung und -erziehung, Berufsbelastung), eine unzureichende Integration der eigenen Bedürfnisse in den Alltag und hohe Ansprüche an sich selbst, mithin augenfällige psychosoziale Schwierigkeiten, und nicht einen davon losgelösten invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden. Nicht

gänzlich ausgeschlossen werden kann so dann ein sekundärer Krankheitsgewinn durch die im Krankheitsverlauf etablierte externe Unterstützung seitens der Spitex und der sozialpädagogischen Familienbegleitung (Urk. 16/51/3).

In Anbetracht der im Vordergrund stehenden psychosozialen Belastungssituation muss rechtsprechungsgemäss eine verselbständigte und ausgeprägte psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ausgewiesen sein (E. 1.3 hievore). Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ nannten zwar als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychische Symptome, welcher jedoch durch die Hospitalisation wirksam begegnet werden konnte (E. 3.3 hievore). Die Beschwerdeführerin wies in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hin, dass selbst die behandelnde Therapeutin noch am 18. Juni 2013 (E. 3.2) und - nach der stationären Behandlung - erneut am 16. Juni 2014 von einer lediglich leichten Episode (E. 3.4) sprach, so dass nur eine vorübergehende schwere Episode ausgewiesen ist, die nicht als ausgeprägte Störung im Sinne der Rechtsprechung betrachtet werden kann. Zudem fällt ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin im Anschluss an den Klinikaufenthalt mit einer initialen Teilarbeitsfähigkeit von 30 %, verteilt an drei Vormittagen, wie der begann zu arbeiten (Urk. 16/40 S. 4). Sie arbeitete anschliessend - zumindest vorübergehend - auch zu 70 % (Urk. 16/58 S. 2). Es ist daher davon auszugehen, dass die schwere depressive Episode einige Wochen dauerte und keine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes bewirkte.

Die im Übrigen von der behandelnden Therapeutin bescheinigte leichte depressive Episode ist rechtsprechungsgemäss von vornherein nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2). Nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung - und somit für die Beurteilung des hier angefochtenen Entscheids nicht mehr massgebend - nannte die Therapeutin zwar eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (E. 3.5 hievore), ohne indes nachvollziehbar darzulegen, worin sie die Verschlechterung der Symptomatik erblickte.

Selbst wenn man gleichwohl von einem selbständigen Gesundheitsschaden ausgehen und die depressive Störung mit der behandelnden Therapeutin in Bezug auf das depressive Geschehen als leicht bis mittelgradig fassen würde, ergibt sich Folgendes: 4.2 4.2.1

Vorwegzuschicken ist, dass laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C\_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1; 9C\_667/2013 vom 29. April 2013 E. 4.3.2; 9C\_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts 9C\_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist allerdinge nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2 und 9C\_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Im Weiteren ist

vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1).

Dabei stellt das Bundesgericht sowohl an die Langjährigkeit (verneint im vorgenannten Urteil 9C\_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als anderthalb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorgenannte Urteil 9C\_454/2013 E. 4.1) hohe Anforderungen.

#### 4.2.2

Im April 2015 - mithin zwei Monate nach der rentenablehnenden Verfügung - schrieb die behandelnde Therapeutin, dass die Beschwerdeführerin seit ein paar Monaten regelmässig einmal pro Woche in Therapie komme. Zuvor habe sie teilweise die Therapiesitzungen verschlafen oder sie vergessen (Urk. 7/2 S. 4). Von einer langjährigen

regelmässigen

Depressionstherapie kann deshalb

nicht ausgegangen werden. 4.2.3

Nach der Aktenlage nahm die Beschwerdeführerin vor Eintritt in die Klinik im Oktober 2013 Efexor, welches wegen Nebenwirkungen ausgeschlichen wurde. Es wurde eine Therapie mit Wellbutrin aufgenommen, welche jedoch aufgrund von Schwindel, Übelkeit und Kopfschmerzen innerhalb von zwei Wochen wie der gestoppt wurde. Zur Verbesserung des Schlafes wurde Trittico eingesetzt, das jedoch ebenfalls nach knapp einer Woche aufgrund fehlender Wirkung wie der abgesetzt wurde. Zwei Wochen vor Austritt wurde aufgrund beklagter Müdigkeit auf Wunsch der Patientin erneut eine medikamentöse Therapie mit Aurorix gestartet und bei einer insgesamt guten Verträglichkeit schrittweise aufdosiert (Urk. 16/40 S. 3).

Trotz der insgesamt guten Verträglichkeit von Aurorix wurde dieses

in der ambulanten Behandlung gemäss Bericht vom 16. Juni 2014 abgesetzt (Urk. 16/58 S. 2). Obwohl die behandelnde Psychotherapeutin als Grund dafür ein ineffektives Nebenwirkungs-Wirkungs-Profil angibt, ist festzuhalten, dass bei der bestehenden Vielzahl verschiedener Antidepressiva eine (erneute) Umstellung der Medikation zumutbar ist. Allenfalls ist dafür ein weiterer stationärer Aufenthalt nötig, was der Beschwerdeführerin mit Blick auf die Schadenminderungspflicht ebenfalls zumutbar ist. So konnte namentlich im Rahmen der stationären Behandlung von Oktober bis Dezember 2013 ein Nachlassen der Nebenwirkungen erreicht werden (Urk. 16/40 S. 4). 4.2.4

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin die

Behandlungsmöglichkeiten - weder in Bezug auf die psychopharmakologische Behandlung noch bezüglich der regelmässigen langjährigen Therapiesitzungen -

noch nicht optimal und nachhaltig aus geschöpft. Von einer Therapieresistenz kann auch in Anbetracht der in der stationären Behandlung eingetretenen gesundheitlichen Verbesserung nicht gesprochen werden. Demnach ist nicht ausgewiesen, dass das geklagte Leiden behandlungsresistent ist, weshalb es an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG beziehungsweise an einer invaliden versicherungsrechtlich

relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fehlt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.3).

4.3

Lic . phil. A. \_\_\_ diagnostizierte im April 2015 - mithin über einen Monat nach der angefochtenen Verfügung vom 2. März 2015 - erstmals neben der depressiven Erkrankung eine emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline -Typus (F60.31 , Urk. 7/2) .

Sie stellte diese Diagnose erst vier Jahre nach Behandlungsbeginn (und über einen Monat nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. März 2015 ), so dass sie hier grundsätzlich ausser Acht zu bleiben hat ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_540/2015 vom 15. Oktober 2015 E.3 ) , obwohl

Persönlichkeitsstörungen häufig erstmals in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung treten und sich endgültig im Erwachsenenalter manifestieren

(vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage 2014, S. 276). Anhaltspunkte für eine typischerweise früh in Erscheinung tretende Persönlichkeitsstörung im Kindes- oder Jugendalter gibt es vorliegend keine. Die Beschwerdeführerin war bereits 37 Jahre alt im Zeitpunkt der Erstdiagnose. Auch während des stationären Klinikaufenthaltes im Jahr 2013 erwähnten die behandelnden Fachärzte keine Persönlichkeitsstörung. Die Diagnose erscheint mit Blick auf den unauffälligen Lebenslauf sowie die späte Diagnose nicht nachvollziehbar . 4 . 4

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass kein invaliderender Gesundheitsschaden vorliegt. 5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen ist. 6 . 6 .1

Die Beschwerdeführerin hat in ihrer Beschwerdeschrift ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen

Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Noëlle Cerletti gestellt

( Urk. 1 S. 2 ) . Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss § 16 Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) sind erfüllt . 6 .2

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.3

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin

ist für ihre Bemühungen mit ermessensweise festzusetzenden Fr. 2'600.-- (vgl. §§ 7 und 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 6.4

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 15. April 2015 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihr in der Person von Rechtsanwältin Noëlle Cerletti eine unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin

der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Noëlle Cerletti, Bülach, wird mit Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 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, 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 GräubE. Stocker

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