

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00367 vom 21. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00367

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00367 du 21 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00367 del 21 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1959, war von Dezember 2015 bis Ende April 2017 beim Y.____ als Assistentin Administration tätig, wobei der letzte Arbeitstag im Juni 2016 war (Urk. 6/2/2, Urk. 6/14 S. 3 oben, Urk. 6/17/1) .

Unter Hinweis auf psychische Beschwerden meldete sich die Versicherte am 3. Oktober 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3 Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab (Urk. 6/6, Urk. 6/8-10, Urk. 6/12-13, Urk. 6/20, Urk. 6/23).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/15; Urk. 6/21) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 23. Februar 2017 einen Rentenanspruch (Urk. 6/25 = Urk. 2).

E. 1.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetzes (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. 1.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des

Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E.

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

Invalide oder von einer Invalidität (Art.

E. 1.5

Bei den beruflichen Eingliederungsmassnahmen für Versicherte mit vollendetem 20. Altersjahr gilt der Versicherungsfall dann als eingetreten, wenn der Gesundheitsschaden sich dermassen schwerwiegend auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt, dass der betroffenen Person die Ausübung ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit nicht mehr zugemutet werden kann, die in Frage stehende Eingliederungsmassnahme als notwendig erscheint und die erforderlichen Krankenpflege und Rehabilitationsmassnahmen abgeschlossen sind (BGE 113 V 261 E. 1b mit Hinweisen).

E. 1.6

Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind, haben Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Integrationsmassnahmen), sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können (Art. 14a Abs. 1 IVG). Als Integrationsmassnahmen gelten gemäss Abs. 2 gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation (lit.

a) und Beschäftigungsmassnahmen (lit. b). Es geht darum, bei denjenigen Versicherten, die aktuell nicht eingliederungsfähig sind oder deren Eingliederungsfähigkeit verloren zu gehen droht, die Eingliederungsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten (BBl

2005 4521

ff., 4564; Erwin Murer, Invalidenversicherung: Prävention, Früherfassung und Integration, Bern 2009, N.

4 und 31 zu Art.

14a IVG; Silvia Bucher, Die Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung nach Art.

14a IVG, in: Soziale Sicherheit – Soziale Unsicherheit, Festschrift für Erwin Murer zum 65. Geburtstag, 2010, S.

111). Ist aber jemand in einer anderen zumutbaren Tätigkeit arbeitsfähig, so ist er (in dieser anderen Tätigkeit) bereits eingliederungsfähig; er braucht keine Integrationsmassnahmen mehr, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen. Es gibt keinen Grund, Massnahmen zur Ermöglichung einer beruflichen Eingliederung durchzuführen, wenn auch ohne solche

Massnahmen eine berufliche Eingliederung bereits umgesetzt werden kann (BGE 137 V 1 E.

7.2.3).

E. 1.7

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 2

Die Versicherte erhob am 27. März 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. Februar 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Integrationsmassnahmen, zuzusprechen, eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2017 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 23. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege und dass nichtversicherte Belastungsfaktoren im privaten Umfeld erkennbar seien, welche sich negativ auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auswirkten. Daher sei kein Leistungsanspruch entstanden (Urk. 2, Urk. 6/25).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte dagegen ein, dass gemäss den fachpsychiatrischen Berichten von einer massgeblichen, langandauernden und therapieresistenten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung auszugehen sei. Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung seien gemäss diesen Berichten dringend angezeigt und die Anspruchsvoraussetzungen dafür erfüllt, da sie seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig und bezüglich einer erneuten Arbeitstätigkeit hochmotiviert sei. Eventualiter sei davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin den

Sachverhalt mit multiplen psychischen und somatischen Beschwerdekomp lexen und einer relativ instabilen Situation ungenügend gewürdigt und abgeklärt habe. Insbesondere seien die mit dem Einwand eingereichten Facharztberichte weder gewürdigt noch dem RAD vorgelegt worden, und die Feststellung, wonach der Bericht der Z. ___ von rein psychosozialer Belastung spreche, sei aktenwidrig. Weitergehende fachpsychiatrische und rheumatologische Abklärungen seien notwendig, und es seien die Akten der Tagesklinik im A. ___ bei zuziehen und der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gutachterlich abklären zu lassen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 16 - 20).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin, wobei insbesondere der Anspruch auf Integrationsmassnahmen zu beurteilen ist. 3.

3.1

Dr. med. B. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Beschwerdeführerin seit 11. Juli 2014 ambulant psychotherapeutisch behandelt, hielt mit Verlaufsbericht vom 29. April 2016 (Urk. 6/8/6-7) folgende Diagnosen fest: - rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) - Status nach erweiterter Hysterektomie nach Wertheim wegen Portiokarzinom (Erstdiagnose März 1994) - postoperative Blasenfunktionsstörung und Obstipation - Hypokaliämie unter Laxantien - diskreter Mitralklappenprolaps mit minimaler Mitralsuffizienz - chronisches Zervikalsyndrom und panvertebrales Syndrom bei Skoliose - Tagesmüdigkeit mit Monotonie-Intoleranz bei normalen Schlafzeiten ohne Hinweis auf Minderung der Schlafqualität (Erstdiagnose April 2015)

Zum Behandlungsverlauf hielt Dr. B. ___ fest, dass unter der psychotherapeutischen Behandlung mit verhaltenstherapeutischem Ansatz und mit 1000 mg Johanniskraut eine deutliche Stabilisierung der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin stattgefunden habe. Durch die weiter erworbenen Kompetenzen in der Gruppentherapie für Achtsamkeit sowie in der ambulanten De pressionsgruppe habe sie eine deutliche Besserung der sozialen Kompetenzen sowie eine Stabilisierung des Selbstbildes gezeigt. Trotz der erhöhten Ansprüche im Arbeitsfeld sei es der Beschwerdeführerin gelungen, die aktuelle 100%-Tätigkeit zu behalten. Nebst der Psychopharmakotherapie mit Johanniskraut, welche mittelfristig abzubauen sei, fänden momentan Booster-Sitzungen alle vier Wochen statt (Urk. 6/8/7). 3.2

Mit Bericht vom 14. November

2016 (Urk. 6/10) führte Dr. B. ___ aus, dass die Beschwerdeführerin ab Juni

2016 zunehmende interpersonelle Schwierigkeiten mit einem der Vorgesetzten wahrgenommen habe. Die letzte Konsultation bei ihr habe am 15. Juli

2016 stattgefunden. Am 2. August

2016 sei die Beschwerdeführerin auf eigene Initiative in eine stationäre Behandlung eingetreten; seit her habe sie keine Informationen über den Zustand der Beschwerdeführerin. 3.3

Mit Austrittsbericht vom 15. November 2016 (Urk. 6/12/8-18, Urk. 6/20/1-5) berichtete Dr. med. C. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Z. ___, über die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 2. August bis 16. September 2016 sowie nach

einem Belastungsurlaub vom 3. Oktober bis 10. November 2016. Darin stellte Dr. C. ___ folgende Diagnosen: - psychiatrische Diagnosen und Belastungsfaktoren - ICD-10 F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - somatische Diagnosen - Harnwegsinfektion - Belastungsinkontinenz (Stressinkontinenz) bei Status nach erweiterter Hysterektomie nach Wertheim aufgrund von Portiokarzinom, ED März 1994, postoperative Blasenfunktionstörung und Obstipation - Niereninsuffizienz Grad 2 - Hypokaliämie neigung unter Laxantiengebrauch - diskreter Mitralklappenprolaps mit Mitralklappeninsuffizienz

Zu den Zuweisungsumständen hielt Dr. C. ___ fest, dass die Beschwerdeführerin freiwillig und geplant zu ihrer ersten psychiatrischen Hospitalisation eingetreten sei. Auslöser für die gegenwärtige mittelgradige depressive Episode sei die Androhung einer Kündigung gewesen, wobei es sich nun bereits um die zehnte handle. Die Androhung habe grosse Existenzängste und Verunsicherung ausgelöst. Zudem berichtete die Beschwerdeführerin von Insuffizienz- und Schamgefühlen aufgrund der zahlreichen Stellenwechsel (insgesamt 16). Des Weiteren leide die Beschwerdeführerin unter starkem Gedankenkreisen, insbesondere auch nachts. Ziel des Aufenthaltes sei es, ihre eigenen Anteile an den Kündigungen kritisch zu hinterfragen (S. 1).

Als mitbedingende Faktoren seien neben negativen Kindheitserfahrungen mit emotionaler Vernachlässigung die starken Einschränkungen durch diverse somatische Beschwerden zu betrachten, Spannungen in der Paarbeziehung sowie die vielen Kündigungen der Arbeitsstelle im Zusammenspiel mit hohen inneren Leistungsansprüchen und teilweise rigiden Anteilen. Protektive Faktoren seien die hohe Therapiemotivation, ihre Willensstärke sowie ihr breitgefächertes Interessenprofil. In somatischer Hinsicht vermerkte sie, dass bezüglich der multiplen Gelenksbeschwerden eine rheumatologische Ursache bei unauffälligem CCP-Antikörper unwahrscheinlich und eher von einer Polyarthrose auszugehen sei (S. 3).

Die Beschwerdeführerin sei in Teilremission, jedoch in signifikant gebessertem Zustand und ohne Anhalt für akute Eigen- oder Fremdgefährdung in die angestammten Wohn- und Sozialverhältnisse sowie die tagesklinische Nachbehandlung ausgetreten. Zu empfehlen sei die psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung im teilstationären Setting mit zusätzlichen psychotherapeutischen Sitzungen sowie die Fortsetzung der psychopharmakologischen Therapie für mindestens 6-12 Monate unter regelmässigen elektrokardiographischen und laborchemischen Kontrollen. Aufgrund der Inkontinenzproblematik seien zudem die Konsultation in der Blasensprechstunde sowie aufgrund der multiplen Gelenksbeschwerden eine rheumatologische beziehungsweise auch eine nephrologische Abklärung zu empfehlen (S. 4). 3.4

Mit Bericht vom 21. November 2016 (Urk. 6/12/1-7) nannte Dr. C. ___ die bekannten Diagnosen und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Verbandssekretärin von 100 % seit 2. August 2016 bis auf weiteres (Ziff. 1.6). Zur Prognose vermerkte Dr. C. ___, dass der Gesamtzustand der Beschwerdeführerin besserungsfähig sei, und dass sie eine allmähliche Stabilisierung der depressiven Symptomatik erwarte (Ziff. 1.4). Sie führte aus, dass bei Austritt im Rahmen der Grunderkrankung eine verminderte Belastbarkeit, Ausdauer und kognitive Spannkraft sowie starke Insuffizienzgefühle bestanden hätten, die eine schnelle Verunsicherung mitbedingten und zu rascher Überforderung führten. Diese Einschränkungen wirkten sich bei der Arbeit stark hinderlich aus und führten insgesamt zu einer eingeschränkten

Leistungsfähigkeit. Weiter hielt Dr. C.____ fest, dass aktuell noch keine genaue Einschätzung eines beruflichen Wiedereinstiegs möglich sei (Ziff. 1.7). Sie empfehle dringend Unterstützungsmassnahmen bei der beruflichen Wiedereingliederung, ein Belastbarkeitstraining sowie die Begleitung durch einen Jobcoach (Ziff. 1.11). 3.5

Mit Kurzbericht vom 11. Dezember 2016 (Urk. 6/20/6) stellte Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, nach Durchführung eines Röntgenbildes der Halswirbelsäule und Schultern sowie eines MRI der Halswirbelsäule folgende Diagnosen: - Nacken-, Schulter-, Armschmerz rechts mit/bei - zervikoradikuläres Syndrom rechts C7: Schmerzsyndrom - latentes subakromiales Impingement rechts - Polyarthrose mit bei - Coxarthrose links - Gonarthrose linksbetont - Hallux rigidus beidseits - muskuläre Dysbalance

Als Therapie verordnete Dr. D.____ eine ambulante Physiotherapie. 3.6

Mit Schreiben vom 26. Januar 2017 (Urk. 6/20/7-8) führte Dr. med. E.____, Z.____, aus, dass eine wiederkehrende psychische Erkrankung bestehe, welche die Arbeitsfähigkeit seit Jahrzehnten immer wieder einschränke. Zusätzlich bestünden Persönlichkeitsmerkmale, welche die depressiven Episoden begünstigten und zu interpersonellen Schwierigkeiten führten. Die Beschwerdeführerin zeige eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur. Sie beschäftige sich intensiv mit Details und Regeln und falle durch eine übermässige Gewissenhaftigkeit und Perfektionismus auf, der die Fertigstellung von Aufgaben behindere. Diese Persönlichkeitsstruktur wirke sich an diversen Arbeitsstellen, eventuell auch an der beruflichen Wiedereingliederung hinderlich aus (S. 2). Die depressive Symptomatik bestehe weiterhin, sodass die Beschwerdeführerin seit dem Beginn der aktuellen depressiven Episode im Sommer 2016 und bis auf weiteres zu 100% arbeitsunfähig sei. Zum aktuellen Zeitpunkt sei allenfalls mit dem Erreichen einer Teilarbeitsfähigkeit zu rechnen. Zu erwähnen sei auch, dass die Beschwerdeführerin unabhängig von der depressiven Erkrankung an einer erhöhten Tagesmüdigkeit mit Monotonie-Intoleranz leide. Zudem bestehe nach überstandener Portiokarzinom-Erkrankung eine chronische Blasenfunktionsstörung und Obstipation, welche aufgrund der benötigten Laxantien zu Elektrolytentgleisungen führen könne. Zusätzlich bestehe ein chronisches Zervikalsyndrom bei Skoliose (S. 2). 4.

4.1

Was zunächst den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin angeht, so ist aufgrund der Arztberichte der Z.____ (vorstehend E. 3.3-3.4) zusammenfassend von einer depressiven Episode mittleren Grades auszugehen, welche durch die drohende Kündigung der Arbeitsstelle im Sommer 2016 ausgelöst worden war. Sodann geht aus diesen Berichten hervor, dass es sich bei der freiwilligen Selbstzuweisung in die Z.____ um die erste stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin handelte, welche primär das Ziel verfolgte, die eigenen Anteile an der Kündigung zu hinterfragen. Hinzu kommen verschiedene äussere, die Beschwerdeführerin belastende Faktoren, wie ihre Schwierigkeiten bei der Arbeitsstelle und die Spannungen in der Partnerschaft (Urk. 6/20/3). Gleichzeitig erscheinen die im Austrittszeitpunkt noch erhobenen psychopathologischen Befunde (Urk. 6/12/3 Ziff. 1.7) als nicht sehr ausgeprägt, und der Gesundheitszustand hatte sich laut ärztlicher Beurteilung bei Austritt deutlich gebessert (Urk. 6/20/4; vorstehend E. 3.3-3.4). Weiter gehen die behandelnden Ärztinnen prognostisch von einem besserungsfähigen Zustand aus und empfehlen die psychotherapeutische und -pharmakologische

Weiterbehandlung.

Aufgrund dieser Umstände, insbesondere der aus fachärztlicher Sicht noch nicht ausgeschöpften Behandlungsmöglichkeiten, aber auch der deutlichen Anteile an psychosozialen Faktoren, ist das Vorliegen einer verselbständigten und invalidiisierenden psychischen Krankheit rechtsprechungsgemäss (vorstehend E. 1.1-1.3) zu verneinen. Anzufügen bleibt, dass weder die beschriebene zwanghafte Persönlichkeitsstruktur noch die erhöhte Tagesmüdigkeit mit Monotonieintoleranz (vgl. vorstehend E. 3.6) zu einer Diagnose gemäss ICD-Klassifikation führten, und rechtsprechungsgemäss (vorstehend E. 1.1-2) keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden zu begründen vermögen.

Was die Vorbringen der Beschwerdeführerin (vorstehend E. 2.2) angeht, so fehlt es damit entgegen ihrer Auffassung klar am Merkmal einer Therapieresistenz der psychischen Erkrankung. Nicht zu beanstanden ist sodann, dass die Beschwerdeführerin bei dieser Aktenlage keine weiteren fachpsychiatrischen Abklärungen veranlasste und die medizinischen Akten nicht ihrem Regionalärztlichen Dienst vorlegte, zumal einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu kommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

4.2

Betreffend den somatischen Gesundheitszustand ist dem Bericht des Rheumatologen Dr. D.____ (vorstehend E. 3.5) unter anderem ein zervikokraniales Syndrom, eine Polyarthrose an Knie und Hüfte sowie eine muskuläre Dysbalance zu entnehmen. Weder aus diesen Beschwerden noch aus den weiteren bekannten somatischen Beschwerden, wie insbesondere auch der Belastungsinkontinenz, resultieren jedoch ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeiten. Insbesondere besteht die von Dr. D.____ verordnete fachärztliche Therapie einzig in einer Physiotherapie bei einer nach fünf Wochen vorgesehenen Verlaufskontrolle. Insgesamt standen zudem im bisherigen Verlauf die psychischen Beschwerden im Vordergrund, und die Beschwerdeführerin selber bezeichnete keine aus den somatischen Beschwerden resultierenden Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit. Bei dieser Sachlage hatte die Beschwerdegegnerin keinen Anlass, diesbezüglich weitere Abklärungen zu tätigen. Damit ist auch in somatischer Hinsicht von einem genügend abgeklärten Sachverhalt und dem Fehlen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens auszugehen. 4.3

Da somit weder aus psychischer noch aus somatischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, ist ein Rentenanspruch zu verneinen. 4.4

Was die beantragten Integrationsmassnahmen angeht, so kennt das IVG keinen einheitlichen Invaliditätsbegriff, sondern folgt dem System der leistungsspezifischen Invalidität (BGE 126 V 241 E. 4). Der niederschwellig ausgestaltete Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung im Sinne von Art. 14a Abs. 1 IVG setzt keine Invalidität, sondern eine seit mindestens sechs Monaten bestehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % voraus, jedoch nicht nur im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich gemäss Art. 6 Satz 1 ATSG, sondern auch in

einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich gemäss Art. 6 Satz 2 ATSG (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Art. 14a zu N 1). Ist eine Versicherte in einer anderen zumutbaren Tätigkeit arbeitsfähig, so ist sie (in dieser anderen Tätigkeit) bereits eingliederungsfähig und braucht keine Integrationsmassnahmen mehr, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen (vorstehend E. 1.6).

Die vorliegende, der Beschwerdeführerin attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 2. August 2016 bezieht sich ausdrücklich auf ihre angestammte Tätigkeit als Verbandssekretärin (Urk. 6/12/3 Ziff. 1.6). Eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde nicht attestiert. Die weiteren Umstände sprechen sodann dafür, dass es sich um eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit handelt. So steht deren Beginn in einem zeitlich engen Zusammenhang mit den ab Juni 2016 zunehmenden interpersonellen Schwierigkeiten an der Arbeitsstelle und der drohenden, im Januar 2017 dann tatsächlich ausgesprochenen, Kündigung. Ziel des stationären Aufenthalts war denn auch, den eigenen Anteilen der Beschwerdeführerin an der Kündigung nachzugehen (vorstehend E. 3.3). Angesichts dieser Umstände sowie der grundsätzlich positiven Ressourcen der motivierten Beschwerdeführerin, die bislang immer aus eigener Kraft wieder eine Arbeitsstelle gefunden hat, ist eine Arbeitsunfähigkeit an einer anderen Arbeitsstelle beziehungsweise in einer angepassten Tätigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich.

Mangels einer Arbeitsunfähigkeit auch in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich gemäss Art. 6 Satz 2 ATSG ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin eingliederungsfähig ist, weshalb ein Anspruch auf Integrationsmassnahmen im Sinne von Art. 14a IVG zu verneinen ist. 5.

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Wenger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannGrieder-Martens

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 Invali di tät. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Er werbs fähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätio lo gie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versi cher ten 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 Bundes gerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember

20 15 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April

2016 E. 4.1).

E. 5.2

mit Hinweis; vgl. Urteile des Bun desgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) vermögen keinen rechts erhebli chen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dazu bedürfte es zumindest einer Persönlichkeits störung (Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen) .

E. 8

IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1) : a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelne n Massnahmen erfüllt sind .

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in me dizinischen Mass nahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsverm ittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit.

d).

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