

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00132 vom 24. Juni 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00132](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00132)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00132 du 24 juin 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00132 del 24 giugno 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren am 25. Juli 1959, absolvierte eine drei jährige KV-Lehre, welche er mit dem Erwerb des eidgenössischen Fähigkeitszeugnisses als Kaufmann beendete.

Er arbeitete längere Zeit als Leiter des Steueramtes für die Gemeinde Y.\_\_\_\_. Nachdem er diese Stelle im Jahr 1999 verloren hatte, wurde er ab Anfang des Jahres 2000

mit der Einzelfirma Z.\_\_\_\_ als selbständiger Steuerberater und Treuhänder tätig. In den Jahren 2003 bis 2007 bildete er sich daneben bei der A.\_\_\_\_ GmbH

weiter und erlangte ein Zertifikat als

Coach IC® (Urk. 7/5/4).

Am 30. Juli 2012 begab er sich zu Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Urk. 7/6/11).

Mit ärztlichem Zeugnis vom selben Datum bestätigte Dr. B.\_\_\_\_, dass X.\_\_\_\_

seit dem 9. Juli 2012 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/6/10). Er erhielt darauf Auszahlungen von seiner Krankentaggeldversicherung

(Urk. 7/5/3).

Der Versicherte meldete sich am 11. Dezember 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und erklärte, seit Juni oder Juli 2012 an einer Depression, namentlich an einer Erschöpfungsdepression zu leiden (Urk. 7/5, insbesondere 7/5/4 ff.). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog darauf die IK-Auszüge des Versicherten und seiner Ehefrau bei (vgl. Urk. 7/1 bis

7/3 und 7/10). Überdies holte sie bei der Swica Krankenversicherung AG, der Krankentaggeldversichernden,

diverse Unterlagen ein

(Urk. 7/6). Danach ersuchte sie Dr. B.\_\_\_\_

um einen ärztlichen Bericht (Urk. 7/9/1), welcher

mit Schreiben vom 7. Januar 2013 erstattet wurde (Urk. 7/9/5 ff.). Schliesslich nahm die IV-Stelle das von der

Swica bei Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Pharmazeutische Medizin, in Auftrag gegebene Gutachten vom 26. August 2013 (Urk. 7/21/3 ff.)

zu den Akten.

Am 4. November 2013 erliess sie

ein negativen Vorbescheid (Urk. 7/24). Nachdem X.\_\_\_\_ keinen Einwand erhoben hatte, wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 16. Dezember 2013 ab (Urk.

**E. 2**

= Urk.

**E. 7**

. März 2014

schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Davon hat die Gegenpartei mit Schreiben vom 13. März 2014 Kenntnis erhalten (Urk. 8).

Mit Zuschrift vom 27. Mai 2014 teilte Rechtsanwalt lic. iur. Reto Zanotelli mit, dass er der neue Rechtsvertreter von X.\_\_\_\_ sei (Urk. 9), und reichte eine Vollmacht ein (Urk. 10).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und die damit neu eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). 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).

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 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 soweit 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).

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig

festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vor handen sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2011).

## **E. 12**

E. 3.2 mit Hinweisen ). 2.

Zur Begründung der Abweisung des Leistungsbegehrens führte die Beschwerdegegnerin an, aus den medizinischen Unterlagen gehe zwar hervor, dass beim Beschwerdeführer gesundheitliche Einschränkungen vorliegen würden, welche die Arbeitsfähigkeit in subjektiver Weise einschränkten. Die Abklärungen hätten jedoch ergeben, dass die vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen überwindbar seien. Mit einer zumutbaren Willensanstrengung könne die ange stammte Tätigkeit zu 100 % ausgeübt werden, so dass kein invalidenversicherungsrelevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei ( Urk. 2 S. 1). Demgegenüber machte die damalige Vertreterin des Beschwerdeführers geltend, die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, vor ihrem Entscheid einen Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, einzuholen, bei welchem sich der Beschwerdeführer seit dem 12. August 2013 in Behandlung befinde ( Urk. 1 S. 4 und S. 5). Sie reichte

ein Schreiben vom 23.

Dezember 2014 ( Urk. 3/3) und ein E-Mail

vom 28. Januar 2014 ( Urk. 3/4) von Dr. D.\_\_\_\_ ein,

woraus sich ihrer Auffassung nach ergebe, dass sich die Beschwerdegegnerin nicht mit dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ hätte begnügen dürfen. Vielmehr sei es erforderlich, den medizinischen Sachverhalt weiter abzuklären, namentlich sei vom Gericht oder von der

Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Gutachten einzuholen ( Urk. 1 S. 5 und 6 ). 3. 3.1

Aus dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_

vom

#### **E. 14**

Juni 2012 (richtig wohl: 14. Oktober 2012 ; vergleiche das vermerkte Eingangsdatum vom 24. Oktober 2012 ) zu Händen der Swica ( Urk. 7/6/11 f.) geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer am 30. Juli 2012 zu ihr in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begeben hat. Sie habe bei ihm eine Anpassungsstörung mit schwerem depressivem Zustandsbild in Folge einer Reihe von schweren psychosozialen Belastungsfaktoren

(ICD-10: F. 43.21) , eine chronische Erschöpfung (ICD-10: F 48.0) und eine Persönlichkeitsveränderung nach einer Reihe von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenalter

(ICD-10: F 62.0) festgestellt ( Urk. 7/6/11) .

Im psychopathologischen Bild würden eine innerliche Leere, Ängstlichkeit, Antriebsmangel, eine depressive Stimmungslage mit Interessenlosigkeit, ausgeprägte Schlafstörungen, Zukunftsängste , eine verdrängte Aggressivität wie auch massive Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen dominieren . Diese Symptome begründeten die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 100 %

objektiv ( Urk. 7/6/11 f.).

Zu Beginn der Behandlung sei dieser mit Cymbalta in steigender Dosierung behandelt worden. Trotz der medikamentösen und intensiven psychotherapeutischen Behandlung habe sich sein Zustandsbild nicht verbessert , weshalb eine Umstellung der Medikation auf Cipralex

erfolgt sei ( Urk. 7/6/12). Im psychotherapeutischen Setting stünden die Bearbeitung der konflikthaften frühkindlichen Entwicklung, der depressiven Stimmungslage, die Bearbeitung und Klärung der aktuellen Situation mit der Ehefrau, die Entwicklung neuer Abwehr - strategien und die Stabilisierung seines mangelnden Selbstvertrauens im Vordergrund. Ziel der integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei die Stabilisierung des depressiven Zustandsbildes und die Stärkung der Persönlichkeit in schwierigen konflikthaften Situationen

( Urk. 7/6/12). 3.2

In einem weiteren Bericht vom 7. Januar 2013 ( Urk. 7/9/5 ff.) diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_

beim Beschwerdeführer erneut eine Anpassungsstörung mit schwerem depressivem Zustandsbild in Folge einer Reihe von schweren psychosozialen Belastungsfaktoren (ICD-10: F 43.21) , eine

chronische Erschöpfung (ICD-10: F 48.0) und eine Persönlichkeitsveränderung nach einer Reihe von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und im Erwachsenenalter (ICD-10: F. 62.0).

Sie beschrieb das selbe psychopathologische Bild wie in ihrem ersten Bericht und hielt fest, dass die nach wie vor bestehenden Symptome die Gründe der weiterhin andauernden

Arbeitsunfähigkeit von 100 %

seien ( Urk. 7/9/6). Zur medikamentösen Behandlung führte sie an, dass der Beschwerdeführer aktuell mit 40 mg Cipralex

behandelt werde. Ferner seien

im Rahmen der Psychotherapie die bereits im ersten Bericht genannten Themen behandelt worden ( Urk. 7/9/6). 3.3

Dr. C.\_\_\_\_

untersuchte den Beschwerdeführer am 19. August 2013 konsiliarisch und erstattete am 26. August 2013 ein Gutachten ( Urk. 7/21/3 ff.). Darin stellte er die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F 43.21). Er befand, die Erkrankung sei in erster Linie als psychische Reaktion auf eine für den Beschwerdeführer nachvollziehbar schwierige persönliche Lage sowohl in beruflicher als auch in familiärer Hinsicht aufzufassen. Die aktuelle Konstellation entspreche einer narzisstischen Krise. Objektiv sei das Krankheitsbild mehrheitlich abgeklungen

( Urk. 7/21/6).

Differentialdiagnostisch zog

Dr. C.\_\_\_\_ die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ in Betracht.

Diese habe zusätzlich zur Anpassungsstörung eine chronische Erschöpfung (ICD-10: F 48.0) festgestellt;

eine solche

habe sich angesichts eines rückläufigen Befundes jedoch aktuell nicht mehr rekonstruieren lassen und sei für das Festlegen des weiteren Vorgehens auch von untergeordneter Bedeutung

(Urk. 7/21/6).

Aufgrund der Schilderungen des Beschwerdeführers sei

ganz offensichtlich, dass das Krankheitsgeschehen deutliche erlebnisreaktive Züge mit Blick auf eine Kränkung im familiären wie auch im beruflichen Bereich aufweise. Hinweise auf eine affektive Erkrankung mit episodentartigem Verlauf einer Depression beziehungsweise eine bipolare Störung seien in der Vorgeschichte nicht vorhanden ( Urk. 7/21/6).

Zum psychopathologischen Befund hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass sich der Beschwerdeführer weitgehend wieder in einer ausgeglichenen Stimmungslage präsentiert habe. Die affektive Auslenkbarkeit sei ebenfalls überwiegend intakt gewesen. Im Affekt habe der Beschwerdeführer allerdings mit Blick auf für ihn belastende Umstände im Privat- und Berufsleben nach wie vor gedemütigt, an sich zweifelnd, pessimistisch und gekränkt gewirkt. Er sei situationsangemessen aufgetreten, habe mit fester Stimme gesprochen und sei in der Lage gewesen, Blickkontakt zu halten. Die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit, Erinnerung und Umstellungsfähigkeit im Gespräch seien im Rahmen der klinischen Prüfung während der Evaluation intakt gewesen, obschon der Beschwerdeführer angegeben habe, unkonzentriert zu sein. Ein flüssiger Gesprächsverlauf sei durchgehend möglich gewesen. Im Erscheinen habe der

Beschwerdeführer gepflegt gewirkt. Im formalen Denken sei er strukturiert und geordnet gewesen. Das inhaltliche Denken sei im Rahmen der Evaluation situationsentsprechend auf die Schilderung von Biographie und Krankheitsentwicklung gerichtet gewesen. Gedanklich habe eine Beschäftigung mit der belastenden persönlichen Situation im Rahmen ehelicher und beruflicher Krisen während der letzten rund anderthalb Jahre überwogen. Dieser Befund sei mit einer reaktiven Depression vereinbar, die inzwischen bereits weitgehend abgeklungen sei. Der Beschwerdeführer sei in seinem Denken und Handeln mehrheitlich wieder nach vorne orientiert und wirke emotional zwar gefestigter, wenngleich immer noch beträchtlich gekränkt, gedemütigt und an sich zweifelnd ( Urk. 7 /21/6).

Dr. C.\_\_\_\_ empfahl , unter anderem auch mit Blick auf die vollständige Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeit, vorläufig ein Fortführen der ärztlichen Behandlung durch Dr. D.\_\_\_\_ . Er beurteilte die ambulante Behandlung als endständig und befand, weitere, darüber hinausgehende Behandlungsmassnahmen kämen aus psychiatrischer Sicht nicht mehr in Betracht. Lohnend würde ihm vor allem eine psychotherapeutische Bearbeitung prominenter struktureller Züge des Beschwerdeführers erscheinen, dies vor allem mit Blick auf die offensichtlich bestehende Kränkungsneigung, wie sie anlässlich der narzisstischen Krise in Erscheinung getreten sei ( Urk. 7/21/7).

Bis Ende August 2013 sei aus psychiatrischer Sicht eine Teilarbeitsunfähigkeit von 80 % angemessen. Für die Monate September und Oktober 2013 erwarte er wieder eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % , für die beiden nachfolgenden Monate November und Dezember 2013 eine solche im Umfang von 75 % . Ab Anfang Januar 2014 gehe er wieder von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als selbständiger Treuhänder aus. Bei dem genannten Zeitraum der (Teil-) Arbeitsunfähigkeit bis Ende Dezember 2013 handle es sich keinesfalls um eine Fristansetzung auf Prognose des weiteren Krankheitsverlaufes, sondern lediglich noch um eine medizinisch äusserstenfalls begründbare Übergangsfrist, die das Attestieren von Arbeitsunfähigkeit überhaupt noch rechtfertigen lasse ( Urk. 7/21/7). 3.4

Im Beschwerdeverfahren reichte die damalige Vertreterin des Beschwerdeführers einen ärztlichen Bericht von Dr. D.\_\_\_\_

vom 23. Dezember 2013 ein. In demselben beantwortete Dr. D.\_\_\_\_ Fragen der Swica ( Urk. 3/3). Bei dieser Gelegenheit gab er an , dass sich der Beschwerdeführer seit dem 12. August 2013 in seiner integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung befinde , und stellte die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F 43.21) sowie die Differentialdiagnose einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode ( ICD-10: F 32.1). Ferner äusserte er den Verdacht auf das Bestehen einer Persönlichkeitsproblematik mit einer Störung der Selbstwertregulation ( Urk. 3/3 S. 1).

Zum psychopathologischen Befund hielt Dr. D.\_\_\_\_

im Wesentlichen fest , dass der Beschwerdeführer wach, bewusstseinsklar und orientiert sei. Er befinde sich in einer deprimierten Stimmungslage und in einem Zustand der Anhedonie . Sein Antrieb sei reduziert und seine Zukunftsperspektive sei negativ. Psychomotorisch wirke der Beschwerdeführer ängstlich-angespannt. Sein Denken sei etwas eingeengt auf die schwierige Arbeitssituation und die Belastung durch die vermehrte Präsenz im Büro, ebenso auf Unstimmigkeiten im Kontakt mit Behörden. Er

gebe an , unter einer massiven sozialen Isolation, Schlafstörungen und Tagesmüdigkeit zu leiden .

Seit er den Beschwerdeführer behandle , habe eine sukzessive Besserung der Beschwerden und eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit von anfangs 20 %

auf 50 % ab dem 1. Dezember 2013 erreicht werden können (Urk.

3/3 S. 1). 3.5

Gemäss dem ebenfalls neu eingereichten E-Mail von Dr. D.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2014 befand sich der Beschwerdeführer weiterhin in einem depressiven Zustand. Es seien psychopathologische Symptome vorhanden , welche eindeutig auf eine leistungsreduzierende Gesundheitsstörung hin wiesen ,

nämlich Antriebsmangel mit Tagesmüdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, eine deprimierte Stimmungslage, eine negative Zukunftsperspektive, Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Insuffizienzerleben, Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Schlafstörungen und eine Störung der Ap petenz. Vom Schweregrad her handle es sich um eine mittelgradige depressive Störung und eine Arbeitstätigkeit von mehr als 50 % sei nicht zumutbar. Psychosoziale Faktoren würden zwar eine Rolle spielen bei der Verstärkung der Symptomatik, es liege jedoch eine psychische Störung mit Krankheitswert vor, nämlich eine depressive Störung, aktuell mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F 32.1 ; Urk. 3/4 ). 4. 4.1

In sämtlichen ärztlichen Berichten , welche dem angefochtenen Entscheid zu Grunde lagen ,

wurden psychosoziale Belastungsfaktoren erwähnt , welche zum jeweils festgestellten Beschwerdebild geführt haben . Dr. B.\_\_\_\_ nannte in ihrem Bericht vom 14. Juni 2012 in erster Linie die Entfernung des Beschwerdeführers vom Familienleben und dessen konflikthafte Beziehung zu seiner Ehe frau (Urk. 7/6/11). Des Weiteren verwies sie auf seine Suche nach eigener Identität, den Verlust der Arbeitsstelle vor zehn Jahren, die schwere und traumatische Kindheit mit Gewalt seitens des Vaters und sexuelle Übergriffe ( Urk. 7/6/11).

Auch Dr. C.\_\_\_\_ beschrieb in seinem Gutachten vom 26. August 2013, wie ihm der Beschwerdeführer berufliche und eheliche Probleme geschildert habe ( Urk. 7/21/4). Er gelangte in der Folge zum Schluss, dass das Krankheitsgeschehen des Beschwerdeführers deutliche erlebnisreaktive Züge mit Blick auf eine Kränkung im familiären wie auch im beruflichen Bereich aufweise

( Urk. 7/21/6).

Auch in den weiteren Akten lassen sich zumindest Hinweise auf das Vorhandensein psychosozialer Belastungsfaktoren finden, die das Zustandsbild des Beschwerdeführers beeinflusst haben könnten . So berichtete

dieser selbst dem zuständigen Care Manager der Swica anlässlich einer Besprechung vom 19.

Oktober 2012, dass er bis Ende 2011 eine Angestellte gehabt habe, die ihre Arbeit aus gesundheitlichen Gründen habe aufgeben müssen. Seit diesem Zeitpunkt sei ihm die Arbeit über den Kopf gewachsen. Dies habe solche Ausmass angenommen, dass er nicht mehr

alleine ins Büro gehen könne und total blockiert sei. Er habe bereits viele Aufträge und Kunden verloren, da er seinen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen könne ( Urk. 7/6/3).

Liegen demnach zahlreiche Hinweise für psychosoziale Belastungsfaktoren vor, sind u mso höhere Anforderungen an die Diagnose einer psychischen Störung von Krankheitswert zu stellen. 4.2

Sowohl die beiden fachärztlichen Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ als auch das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_

enthalten die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F 43.21 ; vgl. Urk. 7/6/11, 7/9/5, 7/21/6 ) .

Dieselbe wird auch von Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 23. Dezember 2013 gestellt ( Urk. 3/3).

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion kein invalidisierendes psychisches Leiden ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2014 vom 30. April 2014 E. 3.2 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 9C\_408/2010 vom 22. November 2010 E. 5.2 mit zahlreichen weiteren Hinweisen).

4.3

Erstmals hat Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 23. Dezember 2013 die Differentialdiagnose einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode (ICD-10: F 32.1) gestellt ( Urk. 3/3 S. 1) . In seinem E-Mail vom 28. Januar 2014

diagnostizierte er beim Beschwerdeführer schliesslich eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1; vgl. Urk. 3/4).

Eine solche ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung regelmässig nicht als eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens zu betrachten. Es könnte auch keine psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer darin erblickt werden ( Urteil des Bundesgerichtes 8C\_759/2013 E. 3.6.1 und 3.6.2 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_581/2013 vom 10. Dezember 2013 E. 4.2 , je mit weiteren Hinweisen). Darüber hinaus gilt es zu bemerken, dass beim Beschwerdeführer die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. Dezember 2013 gestellt wurde. Vor diesem Hintergrund moniert die Vertreterin des Beschwerdeführers zu Unrecht, dass die Beschwerdegegnerin beim behandelnden Arzt, Dr. D.\_\_\_\_ , nie einen Bericht

( mit aktueller Diagnose ) eingefordert hat ( Urk. 1 S. 5). 4.4

Bei der geschilderten Sach- und Rechtslage gelangte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zum richtigen Schluss, dass beim Beschwerdeführer kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen war . Dem entsprechend war es – entgegen der in der Beschwerdeschrift vertretenen Auffassung (vgl. Urk. 1 S. 5 f.) – auch korrekt, dass sie das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat, ohne weiter abzuklären , ob und in welchem Umfang er seit dem 1. September 2013 arbeitsunfähig war. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 8 00 . -- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten de m unterliegenden Beschwerde führer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt

lic . iur . Reto Zanotelli - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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