

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00510 vom 29. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00510

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00510 du 29 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00510 del 29 maggio 2012

Erwägungen

E. 2

2.1???? Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 28. März 2011 (Urk. 2) davon aus, dass aufgrund ihrer Abklärungen aus versicherungsmedizinischer Sicht keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei. Beim Beschwerdeführer seien die gesundheitlichen Beschwerden auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen, welche nicht durch die Invalidenversicherung abgedeckt seien. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien auch keine Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund des Gesundheitszustandes oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen würden (S. 1 unten). Ferner könne aus somatischer Sicht bei fehlendem Leidensdruck und subjektiv nicht als notwendig erachteter Abklärungs- und allenfalls Therapiebedürftigkeit eines Gefühlsleidens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem nicht invalidenrelevanten Leiden ausgegangen werden (S. 2 oben).

2.2???? Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass er an einem invaliditätsrelevanten Gesundheitsschaden leide und aufgrund der bestehenden Beeinträchtigung in der bisher ausgeübten Tätigkeit im Gartenbau nicht mehr arbeitsfähig sei (Urk. 1 S. 3 lit. B Ziff. 1). Dabei stützte er sich auch auf den mit Schreiben vom 10. Juni 2011 (Urk. 9) eingereichten Bericht der behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik (Z.____) vom 23. Mai 2011 (Urk. 10).

2.3???? Strittig und zu prüfen ist damit das Bestehen von versicherungsrechtlich relevanten Beeinträchtigungen, mithin das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens.

E. 3

3.1???? Vom 11. Mai bis 20. Juli 2004 weilte der Beschwerdeführer stationär im Psychiatrie-Zentrum (A.____), worüber am 14. Oktober 2004 berichtet wurde (Urk. 13/14/19-22). Dabei wurden folgende Schlussdiagnosen gestellt (S. 3 oben):

- mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom F32.11
- Probleme in Verbindung mit Arbeitslosigkeit Z56
- Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen Z59
- atypische familiäre Situation Z60.1
- Probleme in der Beziehung zum Ehepartner Z63.0

???????? Es wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe auf eigenen Wunsch bei nur mässig gebessertem psychischem Zustandsbild die stationäre Behandlung beendet. Aufgrund des Status als Asylbewerber, der Arbeitslosigkeit, der weiteren damit

zusammenhängenden Probleme sowie bei fehlender Behandlungsmotivation sei eher von einer ungünstigen Prognose auszugehen. Abzuwarten bleibe, ob die Rückkehr zur Ehefrau eine positive Wirkung auf das psychische Zustandsbild zeige (S. 3 Mitte).

3.2???? Vom 14. Mai bis 24. Juni 2005 weilte der Beschwerdeführer erneut stationär im A.____, worüber am 28. Juni 2005 berichtet wurde (Urk. 13/14/23-26). Dabei wurden folgende Schlussdiagnosen gestellt (S. 2 unten):

- mittelgradige depressive Episode ICD-10 F32.1
- Anpassungsstörung ICD-10 F43.2

??????? Es wurde ausgeführt, es bestehe ein chronifiziertes Zustandsbild bei deutlich langjähriger sozialer und familiärer Belastungssituation (S. 3 oben). Der Antrieb des Beschwerdeführers sei leicht vermindert, seine Stimmung sei zum depressiven Pol getönt, vom Affekt her sei er eingeschränkt modulationsfähig, der formale Gedankengang sei insgesamt geordnet, inhaltlich sei kein Wahn zu eruieren und es beständen keine Wahn- und Ich-Störungen. Ferner sei er behandlungsbereit und aktuell weder fremd- noch eigengeföhrt. Ferner lebe er getrennt von Ehefrau und Kindern und sei in einer geschätzten Arbeitsstelle tätig (S. 3 Mitte).

3.3???? Am 30. März 2009 berichtete Dr. med. B.____, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, zuhause der Z.____ (Urk. 13/5/6). Dabei führte er aus, den Beschwerdeführer regelmäßig seit zehn Jahren zu behandeln und verwies betreffend psychiatrische Anamnese auf die Austrittsberichte der ersten und zweiten Hospitalisation 2004/2005 im A.____ (vorstehend E. 3.1-3.2) wegen mittelgradiger Depression und Anpassungsstörung (S. 1 oben). Der Beschwerdeführer beklage sich vor allem über Kopfschmerzen, befundmäßig ständen depressive Symptome im Vordergrund, und insgesamt habe sich die Depression wieder verschlechtert (S. 1 unten).

3.4???? Am 15. Juli 2009 berichtete Dr. med. C.____, Assistenzärztin, Z.____, Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation (Urk. 13/1/1), und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, bei psychosozialer Belastungssituation. Ausserdem beständen ausgeprägte somatische Beschwerden. Weiter führte sie aus, die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit mehreren Jahren (S. 1).

3.5???? Am 31. August 2009 (Urk. 13/5/5) verwies Dr. B.____ auf sein Überweisungsschreiben an die Z.____ vom 30. März 2009 (vorstehend E. 3.3) und führte aus, den Beschwerdeführer vorwiegend wegen Depression zu behandeln. Ausserdem könne und möchte er sich zur Arbeitsfähigkeit in angestammter und leidensangepasster Tätigkeit nicht äussern. Er gehe jedoch davon aus, dass sich der invaliditätsrelevante Gesundheitsschaden im psychiatrischen Bereich befinde und wohl mit einer Begutachtung versicherungsmedizinisch abgeklärt werden müsse (S. 1).

3.6???? Am 29. September 2009 berichteten die Ärzte der Z.____ (Urk. 13/6) und nannten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, mit somatischem Syndrom (anhaltende Kopf- und Rückenschmerzen), bei psychosozialer Belastungssituation, ICD-10 F33.1 (Ziff. 2.1). Es wurde ausgeführt, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers besserungsfähig sei (Ziff. 5.1). Der Beschwerdeführer sei seit Beginn der Behandlung in der Z.____ (12. Mai 2009) in seiner angestammten Tätigkeit im Gartenbau zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 3 und Ziff. 6.2). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit in ruhiger,

körperlich wenig fordernder Umgebung sei er vorerst zu drei bis vier Stunden pro Tag arbeitsfähig (Ziff. 6.2). Weiter wurde ausgeführt, dass soziale Faktoren (Suizid des Bruders, schwierige soziale Stellung als Asylbewerber, Trennung von der Familie, langjährige Arbeitslosigkeit) zur depressiven Entwicklung beigetragen hätten (Ziff. 6.3) und aufgrund der anhaltenden Schmerzproblematik ein Schmerzmittelabusus bestehe (Ziff. 6.4).

3.7.1. Am 3. Juni 2010 erstattete Dr. Y. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 13/14/1-17). Er stützte sich auf die ihm überlassenen und zusätzlich eingeholten Akten, die Angaben des Beschwerdeführers und auf die Ergebnisse seiner am 16. Februar 2010 erfolgten Untersuchung (S. 2 ff.). Dabei diagnostizierte er eine Dysthymia, F34.1, (S. 8 Ziff. 4) und führte aus, der Beschwerdeführer beklage sich über ununterbrochene Kopfschmerzen, über Schmerzen in beiden Hüftgelenken und im Rücken. Ausserdem würde er an einer Depression leiden, er fühle sich nervös, von seinen Mitmenschen genervt, spüre ein inneres Druck- und Unruhegefühl, und seine Stimmungslage sei unabhängig von der Tageszeit niedergeschlagen (S. 9 Mitte).

Der Gutachter hielt fest, die Angaben in den vorhandenen Arztberichten seien nur wenig differenziert, über die Jahre sich wiederholend und kaum nachvollziehbar. Es könne qualitativ ein unspezifisches depressives Syndrom objektiv erkannt werden, dessen Schweregrad und nosologische Zuordnung (Anpassungsstörung, Dysthymia, depressive Einzelepisode, rezidivierende depressive Störung) offen bleibe. Ferner werde zwar eine deutliche Abhängigkeit der Symptome und ihrer Ausprägung von psychosozialen Faktoren (Herkunft, Migration, geringe Schul- und Berufsbildung, Status als Asylbewerber, Sprachschwierigkeiten, eheliche Konflikte, Trennung von Ehefrau und Kindern, Wohnsituation, Arbeitslosigkeit) festgestellt, jedoch nicht diskutiert (S. 9 unten). Das in der aktuellen Untersuchung genannte Schmerzsyndrom stehe, so der Gutachter, in der klinischen Beurteilung nicht im Vordergrund und es sei in den Akten auch nicht differenziert dokumentiert worden. Ein quälender dauerhafter Schmerz werde weder subjektiv angegeben, noch könne er objektiviert werden. Die Kriterien der ICD-10 für eine somatoforme Störung (F45), insbesondere für eine anhaltende Schmerzstörung (F45.4), seien nicht gegeben (S. 10 oben). Ebenso wenig seien die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt, der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass, und es beständen auch keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere beziehungsweise in ausreichender Länge, um eine lang andauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die dysthyme Verstimmung erkläre sich vollständig als Folge der psychosozialen Faktoren (finanzielle Sorgen, eheliche Konflikte, unklarer Aufenthaltsstatus) und begründe alleine nicht ausreichend eine depressive Störung gemäss ICD-10, wobei diese objektive Einordnung im Widerspruch zur rein subjektiven Bewertung des Beschwerdeführers stehe (S. 10 f.).

Zusammenfassend führte der Gutachter aus, die Dysthymia begründe auch unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsanwendung aus versicherungsmedizinischer Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit und aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien keine Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (S. 11 f.). Ferner müsse angenommen werden, dass es sich bei der Dysthymia um kein eigenständiges Störungsbild handle: Bei Wegfall der psychosozialen Belastungsfaktoren sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch mit

einer Remission der Dysthymia zu rechnen (S. 12 oben).

3.8???? Mit Schreiben vom 13. August 2010 (Urk. 13/22) diagnostizierten die ?rzte der Z.____ eine chronifizierte mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive St?rung. Es wurde ausgef?hrt, ?ber die Kausalit?t der Erkrankung k?nne keine Aussage gemacht werden, insbesondere seien die schwierigen psychosozialen Umst?nde nicht als alleinige kausale Ausl?ser f?r die affektive Erkrankung festzulegen. Zudem seien die ICD-10 Kriterien erf?llt. Der klinische Verlauf sei inzwischen deutlich chronifiziert und mit einer schlechten Prognose einhergehend (S. 1).

3.9???? Mit Verlaufsbericht vom 27. Dezember 2010 (Urk. 13/28) nannten die ?rzte der Z.____ erneut die Diagnose einer chronifizierten mittel- bis schwergradigen rezidivierenden depressiven St?rung, zeitweise mit psychotischen Symptomen (Ziff. 2), und f?hrten aus, der Beschwerdef?hrer werde regelm??sig ambulant psychiatrisch im Zentrum f?r Psychiatrische Rehabilitation behandelt (Ziff. 3). Weiter wurde ausgef?hrt, der Verlauf der affektiven Erkrankung sei inzwischen deutlich chronifiziert und gehe mit einer schlechten Prognose einher (Ziff. 4). Da der Beschwerdef?hrer starker Raucher sei und sich ?ber belastungsabh?ngige Beinschmerzen beidseits beklagt habe, bestehe die Verdachtsdiagnose auf eine Claudicatio intermittens (Ziff. 7).

3.10?? Am 4. Februar 2011 nahm der Gutachter Dr. Y.____ zu den nach seinem Gutachten eingegangenen medizinischen Berichten Stellung (Urk. 13/29). Dabei f?hrte er aus, inhaltlich am Gutachten festzuhalten. In den sp?ter erfolgten medizinischen Berichten seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine neuen objektiven relevanten Informationen genannt worden, und die betreffenden Autoren w?rden im Zusammenhang eines engagierten Arzt-Patienten-Verh?ltnisses die Befunde weit ?berwiegend aus subjektiver Sicht des Beschwerdef?hrers interpretieren (S. 3 oben).

3.11?? Am 23. Mai 2011 nahmen die ?rzte der Z.____ zum Gutachten und der Stellungnahme von Dr. Y.____ ihrerseits Stellung (Urk. 10) und wiederholten die von ihnen bereits in fr?heren Berichten genannten Diagnosen und Befunde (S. 1 oben). Dabei wurde ausgef?hrt, die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom sei bereits 2005 und 2009 und 2010 von den ?rzten im A.____ erneut gestellt worden sei. Der Schweregrad f?r ihre gestellte Diagnose sei erf?llt, da der Beschwerdef?hrer die im ICD-10 geforderte Anzahl an Symptomen angegeben habe (S. 1 f.). Beziehe man zur aktuell bestehenden Symptomatik den bisherigen Verlauf der affektiven St?rung mit ein, ebenso die diagnostischen Kriterien nach ICD-10, werde deutlich, dass die Diagnose des Gutachters einer Dysthymia nicht erf?llt sei (S. 2).

E. 4

4.1???? Die vorliegenden ?rztlichen Berichte enthalten grunds?tzlich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit, denen physische Gesundheitssch?den zugrunde liegen. Vielmehr betreffen die darin attestierten Arbeitsunf?higkeiten ausschliesslich Leidenszust?nde, die auf psychischen Ursachen beruhen. Dies gilt sowohl f?r die von den ?rzten des A.____ diagnostizierte mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) und Anpassungsst?rung (F43.2), die vom Hausarzt gestellte Diagnose einer Depression, die von den ?rzten der Z.____ aktuell genannte Diagnose einer chronifizierten mittel- bis schwergradigen rezidivierenden depressiven St?rung, zeitweise mit psychotischen Symptomen, als auch die vom Gutachter diagnostizierte Dysthymia (F34.1). Ausgenommen hiervon sind die von den ?rzten der Z.____ genannten somatischen

Beschwerden (Kopf- und Rückenschmerzen) und die von ihnen im Bericht vom 27. Dezember 2010 genannte Verdachtsdiagnose auf eine Claudicatio intermittens (vorstehend E. 3.6 und E. 3.9). Hierzu ist anzumerken, dass aus diesen Berichten jedoch nicht nachvollziehbar ersichtlich ist, dass die genannten physischen Einschränkungen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen würden. Somit ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nach Massgabe seines psychischen Gesundheitszustandes zu beurteilen. Davon geht im Übrigen auch der Beschwerdeführer selber aus, welcher gemäß Gutachten vom 3. Juni 2010 erklärt habe, er sei psychisch krank (Urk. 13/14 S. 6 oben).

4.2.?? Die Beschwerdegegnerin hatte die Verneinung eines Leistungsanspruchs im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____ vom 3. Juni 2010 gestützt, worin dieser das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint und - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - die Diagnose einer Dysthymia (F34.1) gestellt hatte. Ferner hielt sie in der Beschwerdeantwort vom 16. Juni 2011 (Urk. 12) fest, entsprechend der Beurteilung des (D.____) vom 11. Juni 2010 (Urk. 13/15/4) könne auf das Gutachten von Dr. Y.____ vollumfänglich abgestellt werden.

??????? Der Beschwerdeführer wandte dagegen sinngemäss ein, es sei für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die Angaben des Gutachters, sondern auf die Beurteilung durch die behandelnden Ärzte der Z.____ abzustellen (vgl. Urk. 1 S. 3 f.).

E. 4.3

4.3.1?? Die von den behandelnden Ärzten des A.____ und des Hausarztes Dr. B.____ (vorstehend E. 3.1-3.3) gestellten Diagnosen lauteten mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) und Anpassungsstörung (F43.2)?. Diese Diagnosen wurden jedoch weder differenziert diskutiert noch ausführlich begründet. Im Weiteren konnte sich Dr. B.____ explizit nicht zur Arbeits(un)fähigkeit äussern. Angaben hierzu fehlen im Übrigen auch in den A.____-Berichten. Definitionsgemäss handelt es sich sodann bei einer depressiven Episode mittleren Grades mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11) um ein vorübergehendes Leiden, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern und länger dauernde Störungen unter F33 (rezidivierende depressive Störung) oder F34 (anhaltende effektive Störung) zu subsumieren sind (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] herausgegebene Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Übersetzung der 10. Revision [1992] der International Classification of Diseases, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., Bern 2004, S. 142 ff.). Auch Anpassungsstörungen nach ICD-10 F43.2 sind zeitlich eng limitiert und beginnen im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach einem belastenden Ereignis oder einer entscheidenden Lebensveränderung, und die Symptome halten meist nicht länger als sechs Monate an. Die von den genannten Ärzten beschriebenen Leiden sind somit vorübergehender Natur und daher in der Regel nicht invalidisierend.

4.3.2?? Die Ärzte der Z.____ diagnostizierten sodann 2009 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, mit somatischem Syndrom, ohne jedoch das somatische Syndrom näher zu beschreiben. So erwählte Dr. Y.____ zu Recht, dass die Kopf- und Rückenschmerzen, welche ausserdem lediglich subjektiv angegeben wurden, die Definition eines somatischen Syndroms nicht erfüllen (Urk. 13/14 S. 15 f.). Weiter erwählten die Ärzte der Z.____, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

besserungsfähig sei. Sie attestierten ihm sodann eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit und gingen von der Zumutbarkeit einer drei- bis vierstündigen Arbeitsfähigkeit pro Tag in adaptierter Tätigkeit aus (vgl. vorstehend E. 3.6). Diese Schlussfolgerung und insbesondere die vielfältigen psychosozialen Faktoren wurden nicht differenziert diskutiert. Ferner ist der postulierte Schweregrad aufgrund ihrer Ausführungen nicht nachvollziehbar, was auch Dr. Y. ___ erwähnte (Urk. 13/14 S. 16 oben).

Die Z. ___-rztin hielt in den Berichten von 2010 und 2011 an ihren Diagnosen fest (vgl. vorstehend E. 3.8 f.) und beschrieb einen stationären Zustand. Die schwierigen psychosozialen Umstände seien nicht als alleinige kausale Auslöser für die effektive Erkrankung anzusehen (vgl. Urk. 10). Eine eingehende, nachvollziehbare Darlegung dieser Feststellung fehlt indes. Im Übrigen wies Dr. Y. ___ - berechtigterweise - darauf hin, dass das Postulat der Z. ___-rztin, die ICD-10 Kriterien für F33.2 seien erfüllt, weder eingehend beschrieben, noch kritisch begründet wurde. Ferner bleibt unklar, inwieweit sie sich auf objektive und/oder rein subjektive Einschätzungen der Symptome und ihrer Schwere abstützte, zumal diesbezüglich aus den Berichten keine klare Trennung ersichtlich ist. Überdies fehlen in den neueren Berichten auch differenzierte Angaben betreffend eine allfällige Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Weshalb bei stationärem Gesundheitszustand nunmehr berufliche Massnahmen im Gegensatz zu ihrer Einschätzung vom September 2009 nicht angezeigt seien (vgl. Urk. 13/16/7 Ziff. 6.2 und Urk. 13/28 Ziff. 5) wurde nicht nachvollziehbar dargelegt. Auch ist in Bezug auf Berichte behandelnder Ärzte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E 3b/cc).

Demgegenüber vermag die von Dr. Y. ___ vorgenommene Beurteilung, wonach eine Dysthymia (F34.1), die als Reaktion auf die unstrittig vorhandenen zahlreichen psychosozialen Faktoren (Herkunft, Migration, geringe Schul- und Berufsbildung, Status als Asylbewerber, Sprachschwierigkeiten, eheliche Konflikte, Trennung von Ehefrau und Kindern, Wohnsituation, Arbeitslosigkeit) einzustufen ist, vorliegt, die keine Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht, vollständig einzuleuchten. So hielt Dr. Y. ___ fest, dass sich keine selbständige psychische Störung herausgebildet habe, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte. Bei Wegfall der psychosozialen Belastungsfaktoren sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch mit einer Remission der Dysthymia zu rechnen. Gründe für eine Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung liegen keine vor (Urk. 13/14 S. 12).

Anzumerken bleibt, dass die Schlussfolgerung des Gutachters auch mit der Rechtsprechung übereinstimmt, wonach Dysthymie, welche nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer - hier vom Gutachter nicht diagnostizierten - ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt, nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleichkommt; sie ist allein somit regelmässig nicht invalidisierend (SVR 2011 IV Nr. 17 S. 24, mit Hinweisen, Urteil 9C_98/2010 vom 28. April 2010, E.2.2.2 mit Hinweisen).

Aus den gesamten Umständen ist zu schliessen, dass beim Beschwerdeführer psychosoziale Faktoren klar im Vordergrund stehen und das Beschwerdebild prägen, ohne dass eine wesentliche selbständige psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden wäre.

4.5???? Insgesamt ist somit aufgrund der diagnostizierten Dysthymie, welche nicht zusammen mit anderen Befunden auftritt, davon auszugehen, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG vorliegt.

???????? Vor diesem Hintergrund sind von einer Neubegutachtung keine relevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann. Die angefochtene Verf?gung erweist sich demnach als rechters.

Dies f?hrt zur Abweisung der Beschwerde.

5.?????? 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 unabh?ngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdef?hrer aufzuerlegen, zufolge Gew?hrung der unentgeltlichen Prozessf?hrung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdef?hrer auferlegt, zufolge Gew?hrung der unentgeltlichen Prozessf?hrung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdef?hrer wird auf ? 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Stadt Z?rich, Soziale Dienste, Rechtsdienst SOD, Elisabeth R?egg, Verwaltungszentrum Werd

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle

- Bundesamt f?r 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 ?ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w?hrend 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 Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdef?hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in H?nden hat (Art. 42 BGG).

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