

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01070 vom 31. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01070

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01070 du 31 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01070 del 31 maggio 2012

Erwägungen

E. 1

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). Die Invalidität 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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 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).

1.3. Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von

erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352). Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall 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 arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.5 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende

Person sie präferierend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichlichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Dem Gestützt auf das Gutachten von Dr. Y. (Urk. 8/19) stellte die Beschwerdegegnerin fest, der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 2 S. 2).

Dem hält der Beschwerdeführer entgegen, es könne auf das Gutachten von Dr. Y. nicht abgestellt werden, da die Exploration nur 20 Minuten gedauert, der Gutachter keine Fragen gestellt habe und er bei der Testreihe sich selbst überlassen gewesen sei (Urk. 1 S. 4). Es sei vielmehr aufgrund des Berichts von Dr. Z. vom 17. Februar 2010 (Urk. 8/36) von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 7) oder ein weiteres psychiatrisches Gutachten beizuziehen (Urk. 1 S. 8).

E. 3

3.1 Im von der IV-Stelle eingeholten Arztbericht vom 26. Oktober 2008 (Urk. 8/5) stellte Dr. Z., bei dem sich der Versicherte seit dem 7. Dezember 2007 in Behandlung befindet, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), aufgrund welcher seit dem Beginn der Behandlung eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Berufstätigkeit bestehe. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit attestierte Dr. Z. dem Versicherten bei einem optimalen Therapieverlauf und einer Umschulung eine Arbeitsfähigkeit von 20 bis 42 Stunden pro Woche (Urk. 8/5 S. 6 Ziff. 5.2 und S. 7).

Der Beschwerdeführer sei in einer vielköpfigen adligen Kurdenfamilie im A. aufgewachsen. Die Familie sei verfolgt worden und deshalb ständig auf der Flucht gewesen, weshalb der Versicherte verschiedene Massaker erlebt habe und schliesslich in die Schweiz geflüchtet sei, wo er als Flüchtling anerkannt worden und heute eingebürgert sei. Der Versicherte habe ein Medizinstudium angefangen, in der Folge jedoch nicht abgeschlossen, da er im dritten Jahr die Prüfungen zweimal nicht bestanden habe. Nebenbei arbeite er als Operationsassistent und Sitznachtwache, wobei er vor allem bei letzterer Tätigkeit massive Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme habe, weshalb davon auszugehen sei, dass er schon länger deutlich vermindert arbeitsfähig sei. Gemäss eigenen Angaben habe der Versicherte massive Ein- und Durchschlafstörungen und Alpträume, schwitze, müsse nachts immer wieder aufstehen und leide an innerer Unruhe bei der Sitznachtwache, an Nikotinabusus und Kraftlosigkeit. Als objektive Befunde gab Dr. Z. massive Nackenverspannungen, ein fixiertes Denken an das Unrecht, das dem Versicherten im A. und in der Schweiz geschehen sei - wobei alles von Scham und Schuld überdeckt sei -, einen schlechten Antrieb und eine fehlende Tagesstruktur, ausser etwas Sport oder allfällige Einsätze im Spital. Im Rahmen der Einzelpsychotherapie nehme der Versicherte Psychopharmaka (Trittico und Wellbutrin) ein. Der einzige in der Zwischenzeit erzielte Erfolg sei, dass der Versicherte anfangs, über seine belastenden Erlebnisse zu berichten. Die Prognose sei deshalb unsicher (Urk. 8/5 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Verlaufsbericht vom 29. Oktober 2009 (Urk. 8/19 S. 20) hielt Dr. Z. ___ fest, dass der Patient pÄ¼nktlich zu den abgemachten Terminen erscheine. Dabei erzÄ¼hle er hÄ¼ufiger von seinen Erlebnissen im A. ___ und zeige immer mehr auch eine paranoide Symptomatik. Weiter berichte er immer wieder von DissoziationszustÄ¼nden bei der Arbeit als Operationsassistent und Sitznachtwache, aufgrund derer er die Arbeit verlassen mÄ¼sse. Aus diesem Grund habe ihm Dr. Z. ___ phasenweise sicherheitshalber das Arbeiten verbieten mÄ¼ssen. Eine psychopharmakologische Einstellung sei kaum mÄ¼glich, da der Versicherte meist nach kurzer Zeit mit massiveren Nebenwirkungen vor allem von Seiten der Haut und des Magens reagiere und mehr leide als ohne Medikamente; einzig wenig Trittico zur Nacht nehme er einigermaßen regelmÄ¼ssig. Nachdem er, der Arzt, ein Jahr zuvor noch guter Hoffnung betreffend einer Rehabilitation gewesen sei, erachte er nun eine 100%ige Berentung als unumgÄ¼nglich.

3.2Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der von der IV-Stelle am 19. Februar 2009 angeordneten Begutachtung (Urk. 8/14) wurde der Versicherte am 22. September 2009 durch Dr. Y. ___ in psychiatrischer Hinsicht untersucht. In seinem Gutachten vom 5. Januar 2010 stellte Dr. Y. ___ die Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0), welche seit dem Beginn der Behandlung durch Dr. Z. ___ im Dezember 2007 dokumentiert sei, bei einem Verdacht auf eine posttraumatische BelastungsstÄ¼rung (ICD-10 F43.1) (Urk. 8/19 S. 10). Aufgrund der Anamnese und der subjektiven Beschwerdeschilderung (wie beispielsweise SchlafstÄ¼rungen, AlptrÄ¼ume, Ä¼ngstlich-depressive Verstimmung, usw.) sei der Verdacht auf eine posttraumatische BelastungsstÄ¼rung zwar knapp nachvollziehbar, die Diagnose kÄ¼nne jedoch aus versicherungsmedizinischer Sicht aufgrund der unzureichenden objektiven Befunde nicht mit Ä¼berwiegender Wahrscheinlichkeit attestiert werden. Die in diesem Zusammenhang beschriebenen Symptome und Defizite liessen sich somit ausreichend durch eine Neurasthenie erklÄ¼ren, welche mÄ¼glicherweise Folge einer frÄ¼heren posttraumatischen BelastungsstÄ¼rung sei (Urk. 8/19 S. 13). Auch die Kriterien der ICD-10 fÄ¼r eine depressive Episode seien nicht erfÄ¼llt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass und es bestÄ¼nden keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere oder LÄ¼nge, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu kÄ¼nnen. Die leichte depressive Verstimmung erklÄ¼re sich vollstÄ¼ndig als Teil einer Neurasthenie und begrÄ¼nde alleine nicht ausreichend eine depressive Episode gemÄ¼ss ICD-10 (Urk. 8/19 S. 14-15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die beim Versicherten vorhandene Neurasthenie begrÄ¼nde keine relevante lÄ¼ngerfristige ArbeitsunfÄ¼higkeit. Aufgrund der Akten, der subjektiven Angaben des BeschwerdefÄ¼hrers und der objektiven Untersuchungsergebnisse seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Ä¼berwindung begrÄ¼nden kÄ¼nnten (beispielsweise durch fehlende krankheitsbedingte Ressourcen und/oder durch eine fehlende BelastungsstÄ¼rung werde weder beschrieben noch diskutiert und sei deshalb nicht nachvollziehbar. GemÄ¼ss Auffassung von Dr. Z. ___ kÄ¼nne der Versicherte in der bisherigen TÄ¼tigkeit 8 Stunden pro Woche arbeiten, was einer ArbeitsunfÄ¼higkeit von 81 % entspreche, und in einer leidensangepassten TÄ¼tigkeit bestehe eine ArbeitsunfÄ¼higkeit von 0 % bis 52 % (jeweils bei 42 Ä¼SollstundenÄ¼ pro Woche). Dabei seien die objektiven psychopathologischen Befunde spÄ¼rlich, weshalb unklar bleibe, worin die Defizite objektiv bestÄ¼nden und wie

die als notwendig erachtete Anpassung gestaltet sein sollte. Was den Verlaufsbericht von Dr. Z.____ vom 29. Oktober 2009 (Urk. 8/19 S. 20) angehe, sei zu berücksichtigen, dass darin keine objektiven psychopathologischen Befunde erwähnt seien. Der Bericht stütze sich vollständig auf die subjektiven Angaben des Versicherten und die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar.

3.3.3 In der im Rahmen des Einwandes gegen den Vorbescheid (Urk. 8/38) eingereichten Stellungnahme zum Gutachten von Dr. Y.____ attestierte Dr. med. Z.____ dem Versicherten weiterhin höchstens eine 20%ige Arbeitsfähigkeit als Operationsgehilfe und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für andere Tätigkeiten. Der Versicherte sei zwanghaft fixiert, dass es einmal besser gehen werde und er dann im Ausland sein Medizinstudium abschliessen könne. Es handle sich dabei um eine Abwehr, um die offensichtlich scheusslichen Erinnerungen an Folter und Flucht zu verdrängen, in deren Zusammenhang der Beschwerdeführer immer wieder auch Gedanken äussere, er werde vom B.____ Geheimdienst verfolgt. Als er dem Versicherten wieder erklärt habe, dass er versuchen müsse, intensiver in eine tagesklinische oder stationäre Therapie einzusteigen, um beobachtbare Befunde zu sammeln, die zu einer Berentung führen könnten, sei letzterer sehr erregt gewesen, habe begonnen zu zittern, sichtbar zu schwitzen und erneut von seinen Foltererlebnissen zu berichten. Sodann habe er mit Bestimmtheit erklärt, dass er sich umbringen werde, wenn er zu einer institutionalisierten Therapie gezwungen würde. Dabei habe es sich mit Bestimmtheit um einen klassischen Flash im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung gehandelt, indem der Versicherte unbewusst Angst gehabt habe, in einer Institution gefoltert zu werden (Urk. 8/36).

E. 4

4.1 In genereller Hinsicht erachtet der Beschwerdeführer das Gutachten von Dr. Y.____ als nicht verwertbar, da die Exploration höchstens 20 Minuten gedauert und der Gutachter ihn gedrängt habe, möglichst rasch seine Lebensgeschichte zu erzählen. Ausserdem habe Dr. Y.____ keine Fragen gestellt und sei bei der Testreihe nicht anwesend gewesen (Urk. 1 S. 4 am Anfang). In seiner Stellungnahme vom 14. April 2010 (Urk. 8/43) hielt Dr. Y.____ dagegen fest, die Exploration habe etwa 95 Minuten gedauert. Der Versicherte könne von ihm nicht gedrängt worden sein, da er jeweils 3 Stunden Untersuchungszeit plane, um neben der Verhaltensbeobachtung und den testpsychologischen Untersuchungen (ca. 75 Minuten) ausreichend Zeit für die Exploration zu haben. Die im Gutachten genannten Angaben seien somit durch das spontane Berichten des Versicherten und behutsames Nachfragen zur Kenntnis gebracht worden.

Unabhängig davon, ob sie zutrifft, vermag die Kritik des Beschwerdeführers an der Dauer der psychiatrischen Untersuchung das Gutachten sowie dessen Schlussfolgerungen nicht in Zweifel zu ziehen. Denn es kommt gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Für eine psychiatrische Untersuchung muss der zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Urteile des Bundesgerichts 9C_676/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3 und 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3). Vorliegend berücksichtigte Dr. Y.____ anlässlich seiner psychiatrischen Beurteilung die Aktenlage (Urk. 8/19 S. 2) und führte eine ausführende Untersuchung

durch, in welcher er die Angaben des Versicherten, die objektiven Befunde sowie die Testergebnisse berücksichtigt (Urk. 8/19). Damit darf ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und für die streitigen Belange - auch angesichts des Umfangs von 30 Seiten - umfassend ist. Die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation werden eingehend erörtert und die Schlussfolgerungen sind begründet.

4.2. Zum weiteren Einwand des Beschwerdeführers, das Gutachten sei mangelhaft, weil Dr. Y. ___ das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung infolge der vor der Einreise in die Schweiz erlebten Verfolgungen und Massaker ohne einleuchtende Begründung verneint habe (Urk. 1 S. 7-8), ist zu beachten, dass sich der Gutachter im Vergleich zu Dr. Z. ___ viel eingehender mit den subjektiven Angaben und den objektiven Beschwerden des Beschwerdeführers auseinandersetzt und eingehend begründete, warum keine posttraumatische Belastungsstörung, sondern eine Neurasthenie vorliege.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die massiven Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme, welche beim Versicherten nach Ansicht von Dr. Z. ___ im Bereich der Tätigkeit als Operationsassistent und Sitznachtwache bestanden, weder von Dr. C. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, noch vom Spital D. ___ (Urk. 8/11 S. 6) bestätigt werden konnten. Dr. C. ___ stellte in seinem Schreiben an die IV-Stelle, datiert vom 11. November 2008 (Urk. 8/10), fest, dass der Versicherte in seiner Tätigkeit als Assistent im Operationsaal im Spital unter keinen Einschränkungen leide. In seinem späteren Schreiben an die Stadt Zürich, datiert vom 4. März 2010, hielt Dr. C. ___ fest, dass er den Versicherten seit mehr als 10 Jahren kenne. Der Beschwerdeführer habe als cand. med. begonnen, als dritte Hand bei Protheseneingriffen zu assistieren. Diese Tätigkeit beinhalte Assistenz bei operativen Eingriffen, die jeweils eine bis zwei Stunden dauerten. Die Zahl der Eingriffe, bei welchen der Versicherte assistiert habe, variere je nach Arbeitstag zwischen einem bis vier solcher Operationen, entsprechend seinem jeweiligen Operationsprogramm. Diese Tätigkeit der Operationsassistenten als zweite Hand neben einem weiteren ausgebildeten Orthopäden bedinge eine gewisse Aufmerksamkeit. Obwohl der Versicherte in den letzten drei Jahren etwa zweimal einen Operationstermin verpasst habe, sei während den Operationen kein Mangel an Konzentration aufgefallen (Urk. 8/39). In seinem Bericht an die IV-Stelle, datiert vom 18. Dezember 2008, hielt das Spital D. ___ fest, dass bezüglich des Versicherten weder eine Arbeitsunfähigkeit noch ein Gesundheitsschaden gemeldet worden sei (Urk. 8/11 S. 6 Ziff. 3).

Was den Einwand von Dr. Z. ___ angeht, wonach die Differenzialdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bei der Diagnose einer Neurasthenie nicht nachvollziehbar sei, ist zu beachten, dass Dr. Y. ___ die posttraumatische Belastungsstörung nicht im Rahmen einer Differenzialdiagnose erwähnte, sondern die Neurasthenie als Folge einer möglicherweise zu einem früheren Zeitpunkt vorhandenen posttraumatischen Belastungsstörung erachtete (Urk. 8/19 S. 13 am Ende).

Zudem tritt eine posttraumatische Belastungsstörung in der Regel innert etwa sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere, wie zum Beispiel einer Vergewaltigung oder einer

mehrmonatigen Lagerhaft, auf (Urteil des Bundesgerichts I 203/06 vom 28. Dezember 2006 E. 4.3-4). Zwar kann auch bei einem grösseren zeitlichen Abstand zwischen dem traumatisierenden Ereignis und dem Auftreten der Beschwerden eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden, wenn die klinischen Merkmale typisch sind und keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts I 715/05 vom 27. Januar 2006 E. 6.2). Solche Fälle kommen allerdings selten vor (Urteil des Bundesgerichts I 750/06 vom 22. August 2007 E. 3.2.1).

Die vom Versicherten erwähnten Ereignisse, welche sich vor der 1990 erfolgten Einreise in die Schweiz und somit spätestens Ende der 80er Jahre abspielten, lagen im Dezember 2007, dem ersten Zeitpunkt, in welchem Dr. Z. die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung stellte, bereits mindestens 17 Jahre zurück. Zwar berichtet der Versicherte darüber, dass bereits früher Symptome aufgetreten seien, wobei diese erst in einem späten Zeitpunkt - ab dem Jahr 2002 - eine gewisse Intensität erreichten (Urk. 8/19 S. 11). Die bei einer posttraumatischen Belastungsstörung typische Latenzzeit von 6 Monaten war indes auch in diesem Zeitpunkt um ein Mehrfaches überschritten. Gestützt auf die eingehend und einleuchtend begründete Feststellung von Dr. Y., dass die objektiven Befunde für die Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht ausreichen, ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung keine posttraumatische Belastungsstörung vorlag.

4.3 Im Ergebnis sprechen somit keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Ansicht von Dr. Y. in Zweifel gezogen werden müsste. Der Gutachter setzte sich eingehend mit den Gesundheitsbeschwerden des Beschwerdeführers auseinander und gelangte - in auch für einen Laien gut nachvollziehbarer Weise - zum Schluss, dass er in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Die vom Beschwerdeführer am Gutachten von Dr. Y. geübte Kritik und die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte von Dr. Z. vermögen die Ergebnisse der Begutachtung nicht zu entkräften. Ausserdem muss mit dem Bundesgericht bezüglich Hausarztberichten und Berichten von behandelnden Spezialärzten stets der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3 b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_234/2007 vom 14. November 2007 E. 3.2).

4.4 Das Gutachten von Dr. Y. erweist sich somit als überzeugend und genügt in jeder Hinsicht den für ein derartiges Beweismittel geltenden Anforderungen. Nicht nur auf das Gutachtenergebnis als solches, sondern insbesondere auch auf die Zumutbarkeitsbeurteilung (Urk. 8/19 S. 15-16) kann daher abgestellt werden. Die Verfügung vom 6. Oktober 2010 erweist sich somit als richtig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

5. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder die Verweigerung von Invaliditätsleistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Kosten für das vorliegende Verfahren sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzulegen und dem Beschwerdeführer als unterliegender Partei aufzuerlegen. Zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 12) werden diese einstweilen auf die

Gerichtskasse genommen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Stadt Zürich, Soziale Dienste, Rechtsdienst SOD
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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).

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