

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00421 vom 23. Oktober 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00421

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00421 du 23 octobre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00421 del 23 ottobre 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1980 in der Y.____ geborene X.____, ohne schulische und berufliche Ausbildung, reiste im Oktober 1999 (Urk. 8/6) als Asylsuchender in die Schweiz ein, wo er nach der Eheschliessung mit einer Schweizerin im September 2000 (Urk. 8/3) – unterbrochen durch eine längere Phase der Arbeitslosigkeit – vorwiegend im Gastgewerbe arbeitete (Urk. 8/1-2, Urk. 8/12, Urk. 8/23-24), zuletzt ab 10. Juli 2006 bei der Z.____ AG (Urk. 8/15). Am 19. Juni 2009 zog er sich am Arbeitsplatz beim Hantieren mit einer Gasflasche Kontusionen an der linken unteren Extremität zu (Urk. 8/1 6/9).

Am 23. Dezember 2009 meldete sich X.____

–

zwischenzeitlich zum zweiten Mal verheiratet mit einer Landsfrau, welche 2010 eine gemeinsame Tochter gebar (Urk. 8/27 S. 9 Mitte) – unter Angabe von Schmerzen, Kraftlosigkeit, Depressionen und Ängsten, bestehend seit dem Unfall vom 19. Juni 2009, bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/5).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog im Rahmen ihrer Abklärungen unter anderem die Akten des Erwerbsausfallversicherers, beinhaltend ein von diesem eingeholtes medizinisches Gutachten, datiert

vom 26. Februar 2010 (Urk. 8/17/2-46), bei und gab bei Lic. phil. A.____, Fachpsychologie für Psychotherapie FSP, und Dr.

med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein

Expertise in Auftrag, welche am 18. November 2010 (Urk. 8/26) erstattet und am 1. Februar 2011 (Urk. 8/31) ergänzt wurde. Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 29. März 2011 (Urk. 8/36) die Zusprache einer ganzen Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 80 beziehungsweise 70 % ab 1. Juni 2010 in Aussicht.

Nach Zugang zweier Verdachtsmeldungen betreffend ungerechtfertigten Leistungsbezug (Urk. 8/56 S. 1, Urk. 8/58/1) liess die IV-Stelle den Versicherten im Juli und August 2011 (Urk. 8/53-57) observieren. Überdies holte sie das interdisziplinäre Gutachten der Klinik C.____ vom 18. Juli 2012 (Urk. 8/99/2-40) ein. Am 23. Mai 2013 (Urk. 8/106) erliess die IV-Stelle einen neuen Vorbescheid und stellte die Abweisung des Rentengesuchs mangels Invalidität in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte am 12. Juni 2013 (Urk.

8/108) vor sorglich Einwand, welchen er am 4. Oktober 2013 (Urk. 8/114) sowie 14. und 15. Januar 2014 (Urk. 8/119-120) unter Auflage der

Berichte des D.____ vom 3. September 2013 (Urk. 8/113) und 14. Januar 2014 (Urk. 8/118) begründete . Am 10. März 2014 (Urk. 2) verfügte die IV -Stelle im angekündigten Sinne.

Mit Verfügung vom 3. April 2014 (Urk. 8/124) wies sie das Gesuch des Versicherten um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung vom 29. Januar 2014 (Urk. 8/121) zufolge Aussichtslosigkeit ab, was unangefochten blieb.

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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliederten 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). 1.

E. 1.1.3

Es liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor , soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Herrscht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (BGE 141 V 281 E. 2.2, 131 V 49).

E. 1.2

hiervor), die Verhältnisse ab 1. Juni 2010 zu betrachten. Anhaltspunkte für eine zwischen Juni 2010 und Mitte Juli 2011 eingetretene Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens sind nicht greifbar. So ging der behandelnde Psychiater med. pract . K.____

in seinem Verlaufsbericht vom 20. Dezember 2011 (vgl. E. 3.9 hiervor) von einem unveränderten Zustandsbild seit Juni 2010 aus , wobei die von ihm genannte drei- bis vierwöchentliche Therapiefrequenz nicht für einen erheblichen Leidensdruck und gegen ein gravierendes psychisches Leiden spricht. Schliesslich liess auch der Beschwerdeführer anlässlich des Gesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 8. September 2011 (vgl. E. 3.8 hiervor) selber verlauten, die Beschwerden seien im Nachgang zum Unfallereignis vom 19. Juni 2009 immer gleich gewesen. Soweit er nun die Verhältnisse im zeitlichen Verlauf anders dargestellt haben will, fehlt es an einer tragfähigen medizinischen Grundlage, welche diesen Schluss mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) zu liesse. 4.6

Von weiteren medizinischen Abklärungen – insbesondere der vom Beschwerdeführer beantragten Anordnung eines psychiatrischen Obergutachtens (Urk. 1 S. 2) – sind keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung davon abzusehen ist (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d) . 4.7

Nach dem Ausgeführten erweist sich die einen Rentenanspruch verneinende Verfügung vom 10. März 2014 (Urk. 2) als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 4.8

Eine allfällige Strafanzeige ist von der Beschwerdegegnerin einzureichen. 5.

Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig, wobei die Kosten nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt werden.

Entsprechend dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens sind die ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen den Gerichtskosten dem Beschwerdeführer 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Caflisch - 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, zuzustellen.

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

E. 2

Gegen die Verfügung vom 10. März 2014 erhob X. ____

am 11. April 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben und ihm sei mit Wirkung ab 1. Juni 2010 eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei ein psychiatrisches Obergutachten einzuholen und gestützt darauf über sein Leistungsbegehren neu zu entscheiden (S. 2).

Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 20.

Mai 2014 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 22. Mai 2014 (Urk. 10) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Rentenentscheid (Urk. 2) aus, ein allfälliger Rentenanspruch habe frühestens am 1. Juni 2010 entstehen können. Zu diesem

Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in körperlicher wie auch in psychischer Hinsicht in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen, weshalb sein Rentengesuch abzuweisen sei.

Die Beschwerdegegnerin stütze sich dabei im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten der Klinik C.____ vom 18. Juli 2012 und hielt im vorliegenden Verfahren unter Hinweis auf ihre Akten an diesem Standpunkt fest (Urk. 7).

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer zusammengefasst entgegen (Urk. 1 S. 2 ff. mit Hinweis auf Urk. 3/3 S. 2 ff.), das Gutachten der Klinik C.____ vom 18. Juli 2012 stelle hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes keine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage dar. Massgebend sei

viel mehr die Einschätzung von lic. phil. A.____ und Dr. B.____ , welche

anlässlich ihrer im erhin dreimaligen Untersuchung keine Hinweise auf eine Simulation vorgefunden und in ihrem Gutachten vom 18. November 2010 plausibel dargelegt hätten , weshalb vom Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen sei. 3. 3.1

Die Ärzte der chirurgischen Notfallstation des Spitals E.____ hielten in ihrem Bericht vom Unfalltag (Urk. 8/16/9) fest, eigenen Angaben zufolge sei dem Beschwerdeführer am 19. Juni 2009 bei der Arbeit eine schwere Gasflasche zuerst auf das linke Knie, anschliessend auf das linke obere Sprunggelenk und zuletzt auf den linken Vorfuss gefallen.

Gestützt auf klinische und bildgebende Untersuchungen diagnostizierten sie Kontusionen des linken Knies, der linken Tibia vorderkante sowie des linken Vorfusses und attestierten eine Arbeitsunfähigkeit bis 22. Juni 2009. 3.2

Im Bericht vom 17. Juli 2009 betreffend die klinische Untersuchung vom Vortag (Urk. 8/14/5-6 S. 2) führte Dr. med. F.____ , Spezialarzt FMH für Rheumakrankungen , zuhanden des zuweisenden Hausarztes aus, anamnestisch seien ungefähr zwei Tage nach dem – als Bagatelltrauma einzustufenden (Urk. 8/14/2 Ziff. 1.1) – Unfall vom 19. Juni 2009 Rückenschmerzen aufgetreten, welche aktuell eine erhebliche Generalisierungstendenz zeigten und zu starken Ängsten führten, da der Beschwerdeführer zum einen den Zusammenhang mit der am 19. Juni 2009 erlittenen, zwischenzeitlich weit im Hintergrund stehenden linksseitigen Knie-

und Fussverletzung nicht verstehe und zum anderen einen Stellenverlust befürchte. Bei unauffällig ausgefallenen strukturellen Abklärungen (Röntgenaufnahmen Knie links, OSG links und Vorfuss links vom Unfalltag [Spital E.____] sowie CT LWS L1-S1 vom 29. Juni 2009 [G.____]) lasse ihn dies an eine Form einer posttraumatischen Belastungsstörung denken. Rein somatisch sei der Beschwerdeführer für seine vorherige Arbeit voll einsatzfähig. 3.3

Die während der Hospitalisation vom 11. November 2009 bis 11. Februar 2010 mit dem Beschwerdeführer befassten Ärzte der H.____ , I.____ , diagnostizierten im Bericht vom 12. März 2010 (Urk. 8/18) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) seit Juni 2009 und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) seit zirka September 2009 (S. 2 Ziff. 1.1). Sie attestierten für die Dauer der stationären Behandlung eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (S. 4 Ziff. 1.6) und empfahlen als Prozedere eine ambulante

Weiterführung der medikamentösen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie (S. 3 Ziff. 1.5). 3.4

Dr. med. J.____, gemäss eidgenössischem Medizinalberuferegister Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe mit privatrechtlicher Weiterbildung im Bereich Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (<http://www.medregom.admin.ch>, besucht am 20. Oktober 2015)

verwarf in seinem im Auftrag des Erwerbsausfallversicherers erstellten Gutachten vom 26. Februar 2010 (Urk. 8/17/2-46) die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (S. 30 ff.) und nannte stattdessen insbesondere einen Verdacht auf artifizielle Störung (absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen, ICD-10 F68.1) respektive einen Verdacht auf Simulation (ICD-10 Z76.5; S. 16 und S. 39). Er ging davon aus, dass die beim Bagatellereignis vom 19. Juni 2009 erlittenen unmittelbaren Unfallfolgen, eine Prellung des linken Knies und des (linken) Fusses, bereits am vierten Tag nach dem Unfall ausgeheilt gewesen seien und spätestens vier Wochen nach diesem wieder eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe (S. 40 f.). 3.5

Der den Beschwerdeführer ab Mitte 2009 im Rahmen von dreiwöchentlichen (anderen Angaben zufolge zwei- respektive wöchentlichen, vgl. S. 3 Mitte und S. 4 unten) Therapiesitzungen

behandelnde med. pract. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bestätigte am 21. Juni 2010 (Urk. 8/20) die von den Ärzten der H.____ gestellten Diagnosen und attestierte eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80%. 3.6

Lic.

phil. A.____ und Dr. B.____

schlossen im von der Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten vom 18. November 2010 (Urk. 8/26)

ausgehend von einer

posttraumatischen Belastungsstörung, depressiver und somatoformer Typus (ICD-10 F43.1), einer gegenwärtig mittelschweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und einer Angststörung (ICD-10 F41) auf eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit (S. 14). Sie konstatierten, im Rahmen ihrer Abklärungen hätten sich absolut keine Hinweise auf eine Simulation ergeben (S. 17 Mitte).

An dieser Einschätzung hielten die beiden Gutachter in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 1. Februar 2011 (Urk. 8/31) auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin vom 14. Januar 2011 (Urk. 8/30) hin, veranlasst durch den regionalen ärztlichen Dienst (RAD; vgl. Stellungnahme von Dr. med. L.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 13. Januar 2011 [Urk. 8/33 S. 6-8]), fest. 3.7

Anlässlich der im Juli und August 2011 an insgesamt acht Tagen im Auftrag der Beschwerdegegnerin durchgeführten Observation – über welche Videoaufnahmen (Urk. 9/3) und zwei Berichte mit Bilddokumentation (Urk.

9/1-2) Auskunft geben – wurde dokumentiert, wie der Beschwerdeführer am Samstag, 16. Juli 2011, nachmittags in Arbeitskleidung an seinen Wohnort zurückkehrte (Urk. 9/2 S. 8). Am 20., 21. und 22. Juli 2011 verließ er jeweils um 5.45 Uhr in Arbeitskleidung der M.____ AG seinen Wohnort und fuhr als Lenker eines Personewagens – nach einem Zwischenhalt im Industriequartier in N.____, wo offenbar Arbeitskollegen zustiegen – nach O.____. Dort verrichtete er im Geschäftshaus, in dem sich der dazumal wegen Betriebsrevision geschlossene

P.____ befindet, ganztags Reinigungsarbeiten. Dabei konnte er bei verschiedenen Bewegungen (rennen, bücken, sitzen, stehen, gehen) sowie beim Tragen von Lasten (mehrere Liter Flüssigkeit umfassende Plastikkanister, Aluminiumleiter, einseitig umgehängter Rucksack), beobachtet werden (S. 2 und S. 8-12).

Am 24. und 27. August 2011 wurde der Beschwerdeführer (auch) in Arbeitskleidung der Q.____ GmbH gesichtet, wobei er jedenfalls am zweitgenannten Datum in einer sich im Umbau befindenden

R.____-Halle in S.____

auf einer Leiter stehend zirka drei Meter über Boden mit Reinigungsarbeiten beschäftigt war (Urk. 9/1 S. 8 f. und S. 10 f.).

Am 25. August 2011 wurde er zuhause auf dem Balkon beim Kaffee trinken und im Freien mit einem Kleinkind beobachtet, wobei er dieses herumtrug und mit ihm spielte (S. 1 und S. 9). So dann wurde er am Freitag, 26. August 2011, vormittags mit einer Begleitperson beim Einrichten eines Kebab-Standes für das Fest T.____ in U.____

beobachtet.

Dabei lud er verschiedene Waren aus seinem Personewagen aus, darunter eine Gasflasche von offensichtlich erheblichem Gewicht, und trug diese an ihren Bestimmungsort (S. 2 und S. 9 f.). 3.8

Beim Gespräch mit der Beschwerdegegnerin vom 8. September 2011 (Urk. 8/57) klagte der Beschwerdeführer über multiple Beschwerden in Form von Schmerzen am Rücken und in den Beinen, Kopfweg, Nervosität, „schlechte Gedanken“, Kraft- und Freudlosigkeit. Er gab an, er wolle immer liegen und könne lediglich noch Gewichte bis zu fünf Kilogramm tragen (S. 2). Auch im Haushalt könne er nicht mehr mithelfen. Er habe gar keine Freude am Kontakt mit Leuten und wolle nur alleine sein. Ab und zu spiele er etwas mit seiner zirka 8.5 Kilogramm schweren Tochter, welche er jedoch insbesondere schmerzbedingt nicht herumtragen könne. Er ertrage es nicht, wenn sie etwas mache, das ihm nicht passe; er habe keine Nerven und keine Geduld. Das Auto benutze er ab und zu zum Einkaufen. Er wolle nicht jeden Tag fahren, das könne er nicht (S. 3). Sein Gesundheitszustand sei immer gleich schlecht seit dem Eintritt der gesundheitlichen Beschwerden. Er könne sich nicht vorstellen, wieder erwerbstätig zu sein, würde aber gerne ferienhalber in seine Heimat nach V.____ reisen, was jedoch aus finanziellen Gründen nicht möglich sei. Manchmal gehe er während 10-15 Minuten, maximal einer halben Stunde, im Garten spazieren oder besuche die Cafeteria beim Schwimmbad. Danach müsse er sich aber sofort wieder hinlegen (S. 4). Bis auf einen unmittelbar nach dem Unfall bei der früheren Arbeitgeberin unternommenen Arbeitsversuch habe er nicht mehr gearbeitet. Er habe auch keine Nachbarschaftshilfe oder Freundschaftsdienste geleistet (S. 2 unten). 3.9

Auf Anfrage der Be schwerdegegnerin berichtete med. pract .

K.____ am 3 0. De – zember 2011 (Urk. 8/80/5), seit dem letzten Bericht vom Juni 2010 habe sich das Zustandsbild des Beschwerdeführers nicht verändert. Nebst der unverändert fort gesetzten Medikation umfasse die Behandlung stützende Gesp räche alle drei bis vier Wochen . Die Beurteilung der langfristigen Arbeitsfähigkeit wolle er den versicherungsrechtlichen Experten überlassen. 3.10

Im Rahmen der Begutach tung in der Klinik C.____ wu rde der Beschwer deführer am 28. und 30. März 2012 im Beisei n einer Dolmetscherin durch Dr. med. W.____ , Facharzt Allgemein- und Unfallchirurgie, Oberarzt Orthopädische und Handchirurgische Rehabi litation (S tellungnahme vom 18. Juli 2012 [Urk. 8/99/7-23]) , und med. pract . AA.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarärztin

BB.____ (Stellungnahme vo m 4. Juli 2012 [Urk. 8/99/24-34]) , unt ersucht. E rgänzend wurden am 8. Mai 2012 – ebenfalls i n Gegenwart eines Dolmetschers – ein e neuropsycholog ische Un tersuchung samt Symptomva lidierungstest (Bericht vom 26. Juni 2012 [Urk. 8/99/35-40]) sowie

am 21. Juni 2012 ein Schädel-MRI zum Ausschluss ei ner strukturellen Hirnverletzung durchgeführt .

In ihrer interdisziplinären Stellungnahme vom 18. Juli 2012 (Urk. 8/99/2-6 S. 4 Mitte) gelangten die Gutachter zusammengefasst z um Schluss , auf unfallchirur gischem Fachgebiet habe es sich um eine Bagatellverletzung (Kniekontusion links [ICD-10 S80.0] , Tibiavorderkantenkontus ion links [ICD-10 S80.1] und Fus skontusion links [ICD-10 S90.3] , S. 2 unten) g ehandelt, welche mit Sicher heit spätestens vier Wochen nach dem Unfall folgenlos ausgeheilt gewesen sei. Die aktuell noch aus diesem Unfall geklagten körperlichen Beschwerden seien im Rahmen einer bewusstseinsnahen Aggravation oder möglicherweise sogar Simulation zu sehen, was auch die neuropsychologische Testung bestätigt habe. Entsprechend habe vier Wochen nach dem Unfall auf somatischem Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestanden. Auf psychiatrischem Fachgebiet habe der bereits v on Dr. J.____ im Gutachten vom 26. Februar 2010

geäusserte Verdacht auf eine Simulation bestätigt werden können. Bis zu wel chem Zeitpunkt mögliche Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer allfälligen Depression noch zu einer Einschränkung der Arbeitsfähig keit geführt hätten und ab wann die Simulation in den Vordergrund getreten sei, lasse sich retrospektiv schwer beantworten. Im Mindesten aber sei seit dem Zeitpu nkt der ersten Observation , also ab 16. Juli 2011 , von einer in allen Fachgebieten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. 3.11

Zuhanden des Rechtsvertreters d es Beschwerdeführers nahmen Dr. med. CC.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. klin . psych. DD.____ , Klinischer Psychologie und Supervisor, im Bericht des D.____ vo m 3. September 2013 (Urk. 8/113) Stellung zum Gutachten der Klinik C.____ und kritisierten dies es in verschiedenen Punkten (S. 2-4). Sie erklärten, im Rahmen der achtwöchigen tagesklinischen Langzeitbehandlung im EE.____ seien im Verlauf keine Inkonsistenzen festgestellt worden. Die richtige Diagnose laute somit in psychiatrischer Hinsicht auf eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine posttraumatische Belas tungsstörung (ICD-10 F43.1) und einen Bruxismus (ICD-10 F45.8; S.

4). Hinsichtlich des Leistungsvermögens führten sie aus, aufgrund der Diagnosen, der Traumatisierung sowie des positiven (zwei Stunden Autofahren noch möglich; Mithilfe im Haushalt: Teller waschen und staubsaugen) und negativen (kein schweres Tragen, kein Stress, keine längeren einseitigen Tätigkeiten, keine schwereren Arbeiten) Leistungsbildes bestehe selbst für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 5).

Diese Einschätzung wurde im Bericht des D.____ vom 14. Januar 2014 (Urk. 8/118) durch med. pract. FF.____, Facharzt für Psychiatrie FMH, bekräftigt. Zusätzlich wurde nun auch aus anästhesiologischer und wirbelsäulenchirurgischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beschrieben (S. 7). 4. 4.1

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung und dabei die Frage, ob er an einem (invalidisierenden) psychischen Gesundheitsschaden, insbesondere an einer posttraumatischen Belastungsstörung, leidet.

Hingegen ist unstrittig, dass von somatischer Seite eine unverminderte

Einsatzfähigkeit besteht. Ernsthaftige Anhaltspunkte, welche zu einem gegenteiligen Schluss Anlass gäben, sind – auch unter Berücksichtigung des Berichts des D.____ vom 14. Januar 2014 (Urk. 8/118) – nicht ersichtlich, was beschwerdeweise auch nicht geltend gemacht wurde. Entsprechend erübrigen sich diesbezügliche Weiterungen. 4.2 4.2.1

Die Expertise der Klinik C.____ vom 18. Juli 2012 entspricht den praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.3.2 hiervor). Sie ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen und erging unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden wie auch der relevanten Vorakten einschliesslich der Ergebnisse der Observation, welche vorliegend unbestritten massen rechtmässig erfolgte (zur Beweissicherung und Observation vor Ort vgl. Art. 59 Abs. 5 IVG und Art. 43 in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 ATSG; BGE 137 I 327 E. 5.2 ff.). Zudem leuchtet sie in der Beurteilung der medizinischen Verhältnisse ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen sind begründet, nachvollziehbar und in sich schlüssig. Anhand der Aktenlage ergeben sich keine Hinweise darauf, dass die

Sachverständigen, namentlich die psychiatrische Gutachterin Dr. AA.____, objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt hätte oder nicht lege artis vorgegangen wäre. Im Zusammenhang mit seiner Rüge, ein einziges psychiatrisches Explorationsgespräch müsse als „äusserst mager“ bezeichnet werden (Urk. 3/3 S. 2), legt der Beschwerdeführer nicht konkret dar, welcher wesentliche Aspekt unerkannt geblieben sein sollte. Die Fachärztin konnte denn auch aufgrund der ihr zur Verfügung gestellten Unterlagen den psychischen Gesundheitszustand zumindest indirekt über einen längeren Zeitraum beobachten und hat den Beschwerdeführer immerhin während einer Dauer von rund zwei Stunden exploriert (vgl. fachärztliche Stellungnahme S. 8). 4.2.2

Dr. AA.____ hat ihre Schlussfolgerung, wonach das Verhalten des Beschwerdeführers als Simulation zu interpretieren sei, in ihrer psychiatrischen Stellungnahme vom 4. Juli 2012 (Urk. 8/99/24-34 S. 9 f.) schlüssig und überzeugend begründet. Dabei zeigte die Fachärztin Inkonsistenzen in der beschwerdeführerischen Schilderung der Lebensgeschichte und des Unfallhergangs auf und stellte fest, dass die subjektiv geklagten Beschwerden mit Blick auf das im Wesentlichen unauffällige psychopathologische

Zustandsbild nicht nachvollziehbar seien. Insbesondere fänden sich keine Hinweise auf eine psychopathologische Symptomatik, wie sie bei Traumafolgestörungen zu beobachten wäre. So sei der Beschwerdeführer bei der Schilderung des Unfallerebnisses wie auch der lebensgeschichtlichen Hintergründe emotional unbeteiligt und ruhig gewesen, es hätten keine erhöhte Vigilanz oder Flashbacks beobachtet werden können. Auch seien im Rahmen der zirka zweistündigen Untersuchung weder Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen noch eine Müdigkeit nachweisbar gewesen. Die Glaubwürdigkeit werde durch verschiedene Umstände in Frage gestellt, insbesondere bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und dem Observationsmaterial, welches diesen in deutlich gelockelter Stimmung bei körperlicher Aktivität und Arbeit sowie beim Autofahren zeige. Schliesslich seien die angegebenen Medikamente im Blutspiegel überhaupt nicht oder nur weit unter dem therapeutischen Bereich nachweisbar gewesen. 4.2.3

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der Begutachtung in der C.____

auch der somatische Gutachter Dr. W.____ (Stellungnahme vom 18. Juli 2012 [Urk. 8/99/7-23 S. 16 f.]) und die mit der neuropsychologischen Untersuchung betrauten Sachverständigen (Bericht vom 26. Juni 2012 [Urk. 8/99/35-40 S. 5

f.) – bei fehlenden pathologischen Befunden respektive bei überwiegend weit unterdurchschnittlichen, zuweilen unterhalb der Zufalls wahrscheinlichkeit

liegenden Testergebnissen – ebenfalls von einer bewusstseinsnahen Aggravation – wenn nicht sogar Simulation – ausgingen.

Gewisse Zweifel an der Zuverlässigkeit der Angaben des Beschwerdeführers hegte

offenbar auch Dr. F.____, welcher sich in der Untersuchung vom 16. Juli 2009 (Bericht vom 17. Juli 2009 [Urk. 8/14/5-6 S. 1 unten]) mit erheblichen Schmerzklagen und angstbetontem Gegenpressen gegen die palpierende Hand konfrontiert sah, hin gegen bei der spontanen Bewegung (Gehen, An- und Ausziehen) keine wesentliche Bewegungsbehinderung feststellen konnte. So erachtete es der Rheumatologe im Bericht vom 31. Juli 2009 (Urk. 8/14/7-8 S. 2) als angezeigt, die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich früherer Absenzen am Arbeitsplatz mit der Arbeitgeberin zu verifizieren, um so die Konsistenz seiner Aussagen besser beurteilen zu können.

Schliesslich verfügte Dr. J.____

(vgl. E. 3.4 hiervor) als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

zwar nicht über die fachärztliche Ausbildung zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes, indes ist ihm gleichwohl zu vertrauen, dass er im Rahmen des Untersuchungsgesprächs Auffälligkeiten und Widersprüche in den Angaben des Beschwerdeführers erkannte – etwa dass die Darstellung des Beschwerdeführers wie gelernt wirkte (S. 21)

– und dies in seiner Expertise entsprechend wiedergab. 4.3

Soweit

der Beschwerdeführer auf die Einschätzung von lic. phil. A.____ und Dr. B.____ vom 18. November 20

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 3 1.3.1

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 Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1.3.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 10

und 1.

Februar 2011 (vgl. E. 3.6 hiervor) abgestellt haben will , übersieht er, dass diese – ebenso wie diejenige der Ärzte der H.____ (vgl. E. 3.3 hiervor) – massgeblich auf der Basis von subjektiven, grösstenteils unkritisch übernommenen Angaben des Beschwerdeführers erging (zur Bedeutung wahrheitsgetreuer Aussagen für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_953/2012 vom 5. April 2013 E. 3.2.2). So liessen die Gutachter etwa unkommentiert, dass der Beschwerdeführer, angesprochen auf die geltend gemachten Ereignisse in V.____ , ein zwiespältiges Gebaren zeigte (aktiviertes Verhalten seitens der Füsse und Hände bei jedoch gleichzeitig auffällig ruhigem und unbewegtem Gesichtsausdruck) und zunächst angab, er könne nicht ausführlich über seine Erlebnisse sprechen, in der Folge jedoch – nachdem die Gutachter auf eine vertiefte Befragung verzichten wollten und ihn gebeten hatten, nur Überschriften der Ereignisse zu nennen – einige Begebenheiten ausführlich schildern wollte (Gutachten S. 13). Gleiches gilt für den Umstand, dass an immerhin vier Untersuchungsstagen (Gutachten S. 2 oben) trotz geklagter Schmerzen von Seiten der Mimik, der Gestik oder des Verhaltens keine Anzeichen auf eine Schmerzempfindung auszumachen waren und der Beschwerdeführer diesbezüglich angab, er wolle sich die Schmerzen vor anderen Menschen nicht anmerken lassen (Gutachten S. 14 oben). Dies lässt die Einschätzung der Gutachter nicht nur als nicht nachvollziehbar erscheinen, sondern erschwert auch eine fundierte

Auseinandersetzung mit den darin getroffenen Feststellungen erheblich. Insofern überrascht es nicht, dass Dr. AA. ___ in ihrer fachärztlichen Stellungnahme (vgl. dort S. 11) die Annahme einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit unter Hinweis auf die von ihr geführte Diskussion als schwer nachvollziehbar bezeichnete und erklärte, der Einschätzung der Vorgutachter könne nicht vorbehaltlos zugestimmt werden.

Der Beweiswert

der Expertise von lic . phil. A. ___ und Dr. B. ___

wird

sodann durch die im weiteren Verlauf an den Tag gebrachten Erkenntnisse empfindlich geschmälert . Insbesondere die Ergebnisse der – aus Anlass zweier am 20. April und 14. Juni 2011 ergangener Verdachtsmeldungen, wonach der Beschwerdeführer jeweils frühmorgens seine Wohnung verlässt und einer Arbeit nachgeht (Urk. 8/56/1) – nur rund ein halbes Jahr

nach der Begutachtung durchgeführten Observation vom Juli und August 2011 stehen in erheblichem Widerspruch zu dem im angerufenen Gutachten beschriebenen Bild einer angst- und schmerz geplagten , depressiven Person, welche kaum mehr einsatzfähig sein soll. So war der Beschwerdeführer im Sommer 2011 nachweislich in der Lage, ohne ersichtliche Beeinträchtigung physischer oder psychischer Natur ganztags einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, längere Strecken einen Personenwagen zu lenken und mit einer Gasflasche – mithin dem gleichen Objekt, welches den fraglichen Unfall vom 19. Juni 2009 ausgelöst hatte – zu hantieren. Dies spricht in einem Masse gegen das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens , dass auf die gutachterliche Einschätzung von lic . phil. A. ___ und Dr. B. ___ nicht abgestellt werden kann.

Hinzu kommt, dass eine posttraumatische Belastungsstörung

– welche definitionsgemäss nur anerkannt wird , wenn sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass auftritt – praxisgemäss nur nach Massgabe der mit BGE 141 V 281 geänderten und präzisierten Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352

invalidisierende Wirkung zu zeitigen vermag (Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.3). 4.4

Auch aus den nach Erlass des negativen Vorbescheids vom 23. Mai 2013 (Urk. 8/106) ergangenen Berichte des D. ___ vom 3. September 2013 und 14. Januar 2014 (vgl. E. 3.11 hiervor) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten . Sie beschränken sich im Wesentlichen auf – grösstenteils – unerhebliche respektive unbegründete formelle Einwände und sind nicht derart substantiiert und überzeugend, als dass sie geeignet wären, die fachärztliche Einschätzung der C. ___ -Gutachter ernsthaft in Frage zu stellen. Soweit darin abweichende Schlüsse gezogen werden, beruht dies weitgehend auf den subjektiven Schilderungen und Selbsteinschätzungen des Beschwerdeführers, ohne dass seine Angaben einer Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung unterzogen worden wären. Sodann fehlt eine Begründung, weshalb der Beschwerdeführer trotz erwiesener Arbeitsfähigkeit arbeitsunfähig sein soll. Insgesamt kann auf ihre Einschätzung mangels Nachvollziehbarkeit nicht abgestellt werden, zumal sie aus einem therapeutischen Kontext erstattet wurde und darin die Nähe zum Beschwerdeführer deutlich zum Ausdruck kommt. 4.5

Was die Zeit vor der am Mitte Juli 2011 erfolgten Observation

be trifft, sind mit Blick auf Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG, wonach (bei rechtzeitiger Anmeldung im Sinne von A rt. 29 Abs. 1 IVG) ein etwaiger Rentenanspruch grundsätzlich nach Ablauf der einjährigen Wa rtezeit entstehen kann (vgl. E.

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