

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00269 vom 14. März 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00269

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00269 du 14 mars 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00269 del 14 marzo 2024

Erwägungen

E. 1

7. März 2021 bezog d er

Versicherte

Taggelder

des Krankentaggeldversicherers (vgl.

Urk. 8/ 28 /1

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [K S ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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). 1. 3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1). 1. 4

Einem vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_634/2019 vom 12. November 2019 E. 4.3) . Folglich sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind ergänzende Abklärungen in Form eines Gerichtsgutachtens oder einer versicherungsexternen medizinischen Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 , Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2022 vom 27. Juni 2022 E. 3.2.2 mit weiteren Hinweisen). 1. 5

Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 35 2. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, die Prüfung der eingeholten Akten durch den RAD habe ergeben, dass beim Beschwerdeführer keine gesundheitliche Einschränkung vorliege. Dieser könnte seit Mai 2021 einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachgehen und sei damit in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (S. 1 unten). Sowohl der behandelnde Psychiater als auch der Gutachter Dr. Z.____

seien vom Vorliegen einer Aggravation ausgegangen (S. 2 oben) . Bei diametral gegenüberliegender Schlussfolgerung der beiden Psychiater (hinsichtlich des funktionellen Leistungsvermögens) sei eine Objektivierung der Befunde wesentlich. Dazu sei einerseits die Observierung und andererseits die testdiagnostischen neuropsychologischen Abklärungen

hilfreich, wobei bekannt sei, dass bei psychischen Erkrankungen eine Observation nur beschränkt Informationen über das Innenleben der observierten Person geben könne (S. 2 Mitte). Insbesondere aufgrund der objektivierten Resultate der neurokognitiven Untersuchung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer deutlichen Aggravation auszugehen. Eine allfällig zusätzlich vorhandene psychische Beeinträchtigung lasse sich in dieser Situation nicht erfassen, entsprechend lasse sich kein invalidisierender Gesundheitsschaden fassbar machen (S. 2 unten).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) bekräftigte die Beschwerdegegnerin ihren Standpunkt, wonach aus versicherungsmedizinischer Sicht von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend (Urk. 1), an dem vom Krankentaggeldversicherer eingeholten Gutachten von

Dr. Z.____ und Dr. A.____

bestünden – aus näher dargelegten Gründen, wie sie insbesondere aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters vom 24. November 2022 hervorgingen (S.

7 ff. Ziff. 26-35) - massive Zweifel, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Basierend auf der Einschätzung des behandelnden Psychiaters sei von einer fortbestehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 10 Ziff. 36). Daran änderten weder die Observation noch die Stellungnahme von Dr. Z.____ zum Observationsergebnis etwas (S. 10 Ziff. 37). Das Innenleben einer Person widerspiegeln sich nicht in einer Momentaufnahme. Daher könne nicht aufgrund einer Observation auf das Nichtvorhandensein psychischer Beschwerden geschlossen werden (S. 11 Ziff. 39). Auffallend sei zudem die zeitliche Überlappung der Observation mit den Untersuchungsterminen bei den Gutachtern. Es sei höchst missbräuchlich, ihn (den Beschwerdeführer) zur Mitwirkung bei zwei Begutachtungen aufzufordern und ihm dann vorzuhalten, die Tatsache, dass er sich zu den Untersuchungsterminen begeben habe, spreche gegen das Vorliegen einer Angsterkrankung (S. 11 f. Ziff. 40-41). Der Observationsbericht enthalte zudem falsche Feststellungen und die Videoaufnahmen seien unvollständig und zeigten lediglich einzelne Ausschnitte (S. 12 ff. Ziff. 42-52). Die Stellungnahme von Dr. Z.____ zum Observationsergebnis zeuge sodann von einem falschen Umkehrschluss und drücke ein Fehlverständnis von Angsterkrankungen und des damit einhergehenden Vermeidungsverhaltens aus (S. 15 Ziff. 58).

Die RAD-Beurteilungen schliesslich seien widersprüchlich und vermöchten – aus näher dargelegten Gründen - nicht zu überzeugen (S. 15 ff. Ziff. 59-70). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die

medizinische Aktenlage, insbesondere das vom Krankentaggeldversicherer eingeholte psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. A.____ vom 13. und 18. Mai 2022, eine abschliessende Beurteilung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere eines Rentenanspruchs, zulässt. 3. 3.1

In seinem am 21. Juni 2021 im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstatteten Gutachten (Urk. 8/28/93-97) diagnostizierte Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), die aktuell floride verlaufe. Den Verlaufstyp bezeichnete er als ängstlich beziehungsweise agitiert und er erachtete eine

100%ige Arbeits unfähigkeit sowohl in angestammter wie auch in angepasster Tätigkeit vorläufig weiterhin

als ausgewiesen (S. 4 Mitte). 3. 2

Dr. med. univ. E.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

verneinte in seinem am 28. Juni 2021 im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstatteten orthopädischen Gutachten

(Urk.

8/28/112-123) das Bestehen von Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Stauts nach Prellung der linken Fussregion ohne bildgebend objektivierbare strukturelle Läsionen im Bereich des linken Sprunggelenks und Fusses und einen Status nach Sinus tarsi -Syndrom links (S. 9 unten). Dr. E.____ ging vom Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsstörung aus

(S. 10 Ziff. 5) und hielt fest, die seit mehr als neun Monaten durchgeführten physiotherapeutischen Behandlungen könnten sistiert werden, da im unbeobachteten Setting (vgl. dazu S. 4 Mitte) ein ungestörtes Gangbild als Hinweis auf eine intakte Sensomotorik habe festgestellt werden können (S. 10 Ziff. 6). 3. 3

Am 1. Oktober 2021 (Urk. 8/28/161-165) berichtete Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zu Händen des Krankentaggeldversicherers, der Beschwerdeführer stehe seit dem 23. Juli 2021 in seiner psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und sei davor vom 9. Juni bis 22. Juli 2021 im Ambulatorium G.____ des Zentrums H.____ der psychiatrischen Klinik I.____ behandelt worden

(S. 1 unten). Im Vordergrund stehe eine im Ausmass recht massive und multilaterale Angstsymptomatik, die das Denken, Erleben und Verhalten des Beschwerdeführers durch und durch bestimme. Er leide unter einer kontinuierlichen ängstlichen Grundspannung und erlebe eine Zunahme von Ängsten im Zusammenhang mit verschiedenen Körperwahrnehmungen, die er jeweils mit eskalierend katastrophisierenden Gedanken der Gesundheits Sorge verbinde. Eine Zunahme von Ängsten erlebe er auch beim Alleinsein sowie in geschlossenen Räumen, des Weiteren auch beim Verlassen der eigenen Wohnung oder der Präsenz von unvertrauten Menschen, im Zusammenhang mit Briefen und Administration sowie bei der Nutzung von Verkehrsmitteln, wobei in diesem Kontext regelmässig Panikattacken aufträten. Der Beschwerdeführer sei generell schreckhaft, lärmempfindlich und hochreagibel und schildere schwere Angstkrisen, zum Beispiel im Zusammenhang mit Sommergewittern, verbunden mit ängstlichem Monitoring der Wettervorhersage. Auch wenn es sich dabei im Wesentlichen um subjektive Schilderungen handle, sei das Vorliegen und auch das Ausmass der Symptomatik im Behandlungskontakt gut beobachtbar, nachvollziehbar und stütze sich auch auf Schilderungen der Partnerin (S. 2 oben). Die selb nicht konklusive Liste situativer Angstverstärker führe zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten – Angst vor der Angst -, welches dann wiederum zentraler Grund für die funktionellen Beeinträchtigungen sei. Es bestehe ein Rückzug auf basale Alltagsfunktionen wie Essen, Schlafen, Fernsehen. Die Angstsymptomatik steigere sich wiederholt zu ein bis drei Mal pro Woche auftretenden Panikattacken mit akuter Zunahme körperlicher Angststigmata inklusive Dissoziationen, Derealisationsphänomenen und

Depersonalisation . Es bestehe zudem eine Verhaltensabhängigkeit von der Partnerin, deren ebenfalls bestehende psychische Beeinträchtigung wechselseitig verstärkt werde (S. 2 Mitte). Die Depressivität stehe nicht im Zentrum der Erkrankung (S. 2 unten).

Als Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit weiterhin beeinflussten , seien

eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), eine Panikstörung (ICD-10 F40.1) sowie eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1 ; S. 3 Mitte) zu nennen . Vor dem Unfallereignis vom 9. August 2020 hätten keine funktio nalen Beeinträchtigungen und auch kaum eine Angstsymptomatik bestanden. Es gäbe aber sehr deutliche Hinweise auf prägende traumatische Faktoren und deut lich beeinträchtigende Persönlichkeitsmuster (S.

3 unten, S. 4 oben), so e ine n

vom Beschwerdeführer berichteten systematischen sexuellen Missbrauch durch den Vater in der Kindheit und eine langjährige , missbräuchliche und durch Abhängigkeitsmuster geprägte Partnerschaft mit einem deutlich älteren Mann . Die Situation nach dem Unfall vom 9. August 2020 stelle – als Behandlungs hypothese – eine Dekompensation der zugrundeliegenden Faktoren dar (S. 2 unten, S. 3 oben). Im bisherige n Behandlungsverlauf mit wöchentlich en psychi atrisch-psychotherapeutische n

Sitzungen

habe noch keine wesentliche sympto matische Veränderung erziel t werden können, Vermeidungsmuster dominierten , auch hinsichtlich einer Intensivierung der therapeutischen Bemühungen (S. 4 oben , S. 4 Mitte).

Die subjektiven Schilderungen stellten die zentrale Grundlage der psychopatho logischen Beurteilung dar. Die Schilderungen des Beschwerdeführers seien konstant und auch im Verhalten beobachtbar. Eine gewisse Aggravationstendenz müsse als Teil der Erkrankung mitberücksichtigt werden. Der Beschwerdeführer erlebe seine Ängste dramatisch stark und stelle diese entsprechend sprachlich und interaktionell dar (S. 4 Ziff. 7). Grundsätzlich sei die Prognose offen, viele Faktoren sprächen aber für eine eher zögerlich und möglicherweise unvollstän dige berufliche Rehabilitation (S. 4 Ziff.

9). Es bestehe eine 100%ige Arbeits unfähigkeit bis auf Weiteres (S. 5 Ziff.

10). Im Gutachten von Dr. D.____ (vorstehend E. 3.1) sei die Exploration der Angstsymptomatik nicht ausreichen d erfolgt. Diese gehe über eine ängstlich-agitierte Färbung einer Depression deutlich hinaus (S. 5 Ziff. 11). 3.4

Am 15. Januar 2022 (Urk. 8/26) berichtete

Dr. F.____ zu Handen der Beschwerde gegnerin , trotz guter Adhärenz der psychotherapeutischen Behandlung und Etablierung einer tragfähigen und vertrauensvollen Therapiebeziehung habe sich noch kein wirklicher therapeutischer Fortschritt bezogen auf die Funktionalität und Symptomstärke erzielen lassen

(S. 6 Ziff. 2.7). Eine psychopharmakologische Unterstützung der bisherigen psychotherapeutischen Behandlung lehne der Beschwerdeführer nachdrücklich ab, ebenso die grundsätzlich indizierte «Durch brechung» der Vermeidung durch stärkere Expositionsverfahren in der Psycho therapie sowie eine teilstationäre oder stationäre Behandlung. Seine Ablehnung sei als «pathologischer Selbstschutz» und als Teil der

Erkrankung zu verstehen. Eine Verpflichtung zur Medikation oder Intensivierung der Behandlung seien allerhöchstwahrscheinlich kontraproduktiv. Der Plan sei somit eine fortgesetzte hochfrequente – wöchentliche - psychotherapeutische Behandlung, in der der Beschwerdeführer einerseits erfahre, dass sein starkes Leidensgefühl ernstgenommen werde, und andererseits eine kleinschrittige Rückkehr in ein funktionales Verhalten gefördert werde, deren Geschwindigkeit er selbst kontrolliere und im Rahmen welcher die Gesundheitsentwicklung nicht als Reaktion auf externen Druck und Fremdbestimmung erlebt werde (S. 6 Ziff. 2.8). Zu den Funktionseinschränkungen führte Dr. F.____ aus, es bestünden ein starkes Vermeidungsverhalten und eine Verstärkung des Angsterlebens bei Annahme auch geringer Herausforderungen. Das Misstrauen und die beschriebene gedankliche Einengung auf eine «Eigenlogik zum Selbstschutz» führten zu einer funktionalen Unfähigkeit in dem Sinne, dass der Beschwerdeführer ohne Begleitung die Wohnung nicht verlassen und keine unbekannten Orte aufsuchen, den Haushalt nicht selbst führen, sich nicht um die eigene Administration kümmern, nicht mit unbekanntem Menschen in Beziehung treten oder keine professionelle Rolle wahrnehmen könne. Der Beschwerdeführer sei auch in alltäglichen Situationen auf basale Unterstützung angewiesen (S. 6 Ziff. 3.4).

Aktuell sei krankheitsbedingt keine Erwerbstätigkeit möglich (S. 7 Ziff. 4.1). Es bestehe eine Chronifizierungsgefahr und es müsse von einer offenen Dauer der Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, wahrscheinlich über viele weitere Monate (S. 2 oben lit. b). 3. 5 3. 5 .1

Am 16. März 2022 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag des Krankentaggeldversicherers durch Dr. Z.____ psychiatrisch begutachtet (Urk.

8/28/241 ff.) . Im Rahmen der Begutachtung wurde am 14. April 2022 auch eine testpsychologische Untersuchung durch lic. phil. J.____ durchgeführt (S.

51-54) , und auf

Empfehlung

von Dr. Z.____

(vgl. S. 70 Mitte) erfolgte am 28. April 2022 eine neuropsychologische Zusatzbegutachtung durch Dr. A.____ (vgl. S. 54-58; neuropsychologisches Gutachten vom 13. Mai 2022, Urk. 8/28/346 ff.) .

In der Konsensbeurteilung (S. 99-102) nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 99 unten): - andere gemischte Angststörungen (ICD-10 F41.3) - Differentialdiagnose (DD) nicht näher bezeichnete Angststörung (ICD-10 F41.9) - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - mit/bei Status nach Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion, gemischt (ICD-10 F43.22)

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt wurden Probleme , verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von abhängigen sowie ausgeprägt histrionisch akzentuierten Persönlichkeitszügen (S.

99 unten).

Die Gutachter sahen sich ausser Stande, die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu beantworten, dies unter Hinweis auf eine (ausgeprägte) Aggravation. Zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit führten sie aus, aus neuro ps

psychologischer

Sicht lasse sich diese wegen aggravierendes Verhalten nicht beurteilen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit, zum Beispiel im Backoffice oder einer Tätigkeit im Homeoffice, insbesondere ohne Tätigkeiten, die einen längeren Arbeitsweg voraussetzten, ab dem Untersuchungszeitpunkt zu 100% arbeitsfähig bei vollem Rendement (S. 100 unten, S. 101 oben). Die Gutachter empfahlen dringend eine Intensivierung der psychopharmakologischen Behandlung und erachteten eine stationäre Behandlung für den Fall, dass der Beschwerdeführer weiterhin in valide in der diffuse Ängste sowie hochgradige funktionelle Einschränkungen geltend machen sollte, als dringend indiziert und in vollem Umfang zumutbar (S. 101 Mitte). 3.5.2

Im psychiatrischen Gutachten vom 18. Mai 2022 (Urk. 8/28/241-338) führte Dr.

Z.____ aus,

im objektiven psychopathologischen Befund (vgl. S. 47 ff.) seien eine allenfalls leicht gedrückte, zum depressiven Pol verschobene Stimmung sowie eine leicht verminderte affektive Modulationsfähigkeit aufgefallen. Inhaltlich sei der Beschwerdeführer auf diffuse Ängste eingeeengt gewesen. Vorgetragen worden seien Panikattacken, generalisierte Ängste, Flugangst/Agoraphobie, früher auch Angst vor Hunden und eine Schlangenphobie, agoraphobische Ängste mit Vermeidungsverhalten bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, darüber hinaus Symptome posttraumatischer Ängste, Angst vor Gewittern und Blitzen und hypochondrische Ängste. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer Derealisationserlebnisse im Rahmen von Panikattacken geltend gemacht. Eruierbar gewesen sei eine Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung. Darüber hinaus hätten keine psychopathologischen Auffälligkeiten bestanden

(S. 69 unten). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten kognitiven Defizite, sowohl Gedächtnis- als auch Konzentrationsschwierigkeiten, hätten im Rahmen der Untersuchung klinisch nicht objektiviert werden können (S. 70 Mitte).

Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung komme dem Gespräch mit dem Patienten im Hinblick auf die Diagnostik eine besondere Bedeutung zu. Wie der Behandler sei auch der Gutachter bei der Diagnosestellung, zum Beispiel betreffend Ängste und weiterer Symptome, die nicht überprüfbar seien, da man es den Betroffenen gegebenenfalls nicht ansehe, auf die korrekten Angaben der Betroffenen angewiesen. Die Selbstschilderungen müssten gemäss den diagnostischen Leitlinien immer auf ihre Zuverlässigkeit und Verwertbarkeit hin geprüft werden (S. 71 unten, S. 72 oben). Die Korrektheit der Angaben müsse im Falle des Beschwerdeführers erheblich angezweifelt werden.

Gemäss den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung

habe ein massives aggravatorisches Verhalten objektiviert werden können. Aufgrund der ausgeprägten Aggravation seien die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung nicht verwertbar.

Auch im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer ein ausgeprägt aggravatorisches Verhalten gezeigt (S. 72 oben).

Bei der Erhebung des psychischen beziehungsweise psychopathologischen Befundes müssten die einzelnen Symptome immer im Kontext des Gesamtbefundes interpretiert werden. Im Falle des Beschwerdeführers habe lediglich rein klinisch ein leicht ausgeprägtes depressives Syndrom objektiviert werden können. Weitere von ihm geltend gemachte Symptome, insbesondere die geltend gemachten bizarren Ängste, könnten nicht objektiviert werden. Es blieben somit vernünftige und erhebliche Zweifel übrig, ob die subjektiven Symptome hinsichtlich Qualität und Quantität tatsächlich vorhanden seien (S. 72 unten).

Im Beck-Angst-Inventar (BAI) habe der Beschwerdeführer insgesamt den Summenwert von 55 Punkten erzielt (vgl. S. 52 unten). Das Mass seiner subjektiv empfundenen Ängstlichkeit entspreche somit einer klinisch relevanten Angst (26 - 63 Punkte), was jedoch nicht durch weitere Befunde gestützt werden könne (S.

75 oben). Unter Berücksichtigung der Informationen aus der Versicherungsakte sowie der aktuellen Exploration und psychiatrischen Untersuchung sei gegenwärtig eine leichte depressive Episode zu diagnostizieren (S. 75 unten), wobei die aktuelle psychopharmakologische Behandlung insbesondere aufgrund der geltend gemachten ausgeprägten Ängste als unzureichend zu beurteilen sei (S. 76 Mitte). Zusätzlich liege – soweit die Angaben des Beschwerdeführers überhaupt der Wahrheit entsprächen – eine diffuse Angststörung vor (S. 77 Mitte). Trotz des Ausmasses der geltend gemachten diffusen Ängste und hochgradigen funktionellen Beeinträchtigungen werde keine leitliniengerechte psychopharmakologische Behandlung durchgeführt. Ein erheblicher Leidensdruck sei trotz der geltend gemachten hochgradigen Beeinträchtigungen nicht erkennbar. Grundsätzlich sollte bei Angsterkrankungen eine multimodale Therapie, das heisse Psycho- und Pharmakotherapie, angeboten werden. Zahlreiche randomisierte kontrollierte Studien hätten eindrucksvoll belegt, dass spezifisch für die Angstbehandlung entwickelte Psychotherapieangebote hochgradig erfolgreich seien (S. 77 unten).

Simulation und Aggravation könnten in Form von – im Einzelnen näher dargelegten - Inkonsistenzen zum Ausdruck kommen. Gemäss den Leitlinien « Diagnostische

criteria

for

malingered

neurocognitive

dysfunction » nach Slick et al (1999) sei in einem ersten Schritt zu prüfen, ob überhaupt ein externer Anreiz für Simulation/Aggravation vorliege, was im Falle des Beschwerdeführers bei Vorliegen eines Leistungsbegehrens zu bejahen sei (S. 78 unten, S. 79 oben). Im zweiten Schritt sei bei Klagen über kognitive oder psychomotorische Funktionsstörungen die Anwendung psychologischer Funktions- und Leistungstests notwendig.

Neuropsychologische Beschwerdevalidierungstests könnten für die Beurteilung motivationaler Einflüsse und die Glaubhaftmachung bestimmter Testergebnisse zudem wichtige Zusatzinformationen liefern. Im Falle des Beschwerdeführers fielen Diskrepanzen zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests, einschliesslich spezieller Beschwerdevalidierungstests, auf. Der Beschwerdeführer habe beide Symptomvalidierungstests mit Werten, die extrem weit unter denen gelegen hätten, die bei motivierter Mitarbeit erzielt werden könnten, absolviert. Es habe ein stark aggravierendes Verhalten beobachtet werden können. Die Testergebnisse könnten nicht mit

den Modellen normaler oder pathologischer Hirnfunktion erklärt werden. Die eklatanten mnestischen Funktionsverluste bei den Symptom validierungstests hätten darüber hinaus nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck entsprochen. Es seien Inkonsistenzen bei der Bearbeitung unterschiedlicher Tests aufgefallen, sowohl im Rahmen der neuropsychologischen als auch der psychiatrischen Untersuchung. Die verlangsamten Reaktionszeiten des Beschwerdeführers hätten eine Variabilität aufgewiesen, die physiologisch nicht erklärt werden könne (S. 79 Mitte). Der Beschwerdeführer habe des Weiteren einen sprachfreien Intelligenztest absolviert, der das logische, analytische Schlussfolgern prüfe. Er habe einen Prozentrang von 0 erreicht, was einem IQ von 55 entspreche. Dieses Ergebnis liege unter dem Durchschnitt, was aufgrund des vom Beschwerdeführer in seiner Heimat absolvierten Studiums nicht plausibel erscheine. Auch im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe er ein ausgeprägt aggraviorisches Verhalten gezeigt. Im Self-Report Symptom Inventory (SRSI)

habe er einen sehr auffälligen Testwert erzielt (vgl. S. 53 unten). So habe er eine stark erhöhte Zahl

an

Pseudobeschwerden (total 23) bejaht. Der Wert habe damit weit oberhalb des empirisch ermittelten Grenzwertes (total 9) für die Feststellung negativer Antwortverzerrungen gelegen. Anhand dieses Testverfahrens sei eine Beschwerdeausweitung nachweisbar und es bestünden grosse Zweifel an der Gültigkeit der gelieferten Beschwerdeschilderung (S. 7

E. 1.4

). 4.5

Dr. Z.____ begründete seine Schlussfolgerung, wonach beim Beschwerdeführer von einer ausgeprägten Aggravation auszugehen sei, unter Hinweis auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung durch Dr. A.____ sowie das im Rahmen der psychiatrischen inklusive testpsychologische Untersuchung gezeigte Verhalten.

Vor dem Hintergrund des Gesamtbefundes äusserte er grosse Zweifel an der Gültigkeit der Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers und wies darüber hinaus auf festgestellte Diskrepanzen im Rahmen der Konsistenzprüfung hin (vorstehend E. 3.5.2). 4.6

Bereits im Bericht vom 1. Oktober 2021 (vorstehend E. 3.3) hatte auch Dr. F.____ auf eine gewisse Aggravationstendenz in den Beschwerdeschilderungen

des Beschwerdeführers hingewiesen, jedoch schon damals festgehalten, dass diese als Teil der Erkrankung mitberücksichtigt werden müsse. In seiner fachärztlichen Stellungnahme vom 24. November 2022 (vorstehend E. 3.7) betonte er, dass die katastrophisierende Verzerrung oder « Aggravation » von intuitiven Bewertungen und den resultierenden Schutzreaktionen einen wesentlichen Pathomechanismus von Angsterkrankungen darstelle, und

kritisierte die gutachterliche Interpretation der neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse als Ausdruck willentlicher Beschwerdeaggravation.

Gemäss Dr. F.____

sei es sowohl im direkten Untersuchungskontakt als auch in den Selbstbeurteilungsfragebögen und den kognitiven Testungen feststellbare negative

Antworttendenzen Ausdruck einer der Erkrankung, dem Selbsterleben und dem Kommunikationsverhalten aufgrund der histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung entsprechenden aggravierenden Beschwerdedarstellung, was die entstehenden Antwortverzerrungen erkläre. Im Weiteren

betonte Dr. F.____

die Notwendigkeit, Symptomvalidierungsverfahren

im Bereich von Angsterkrankungen richtig im Kontext der Gesamtuntersuchung zu gewichten und diese im Falle des Beschwerdeführers auf das «verzerrte» Hilfe suchverhalten

und die klinisch schlüssige Aggravationstendenz zu beziehen. 4.7

Angesichts der von Dr. F.____ am Gutachten von Dr. Z.____ erhobenen Kritik stellt sich die Frage, ob in der gutachterlichen Beurteilung die Ergebnisse der neuropsychologischen und psychometrischen Untersuchungen einseitig bezüglich der Möglichkeit einer Aggravation gewertet wurden und Angsterkrankungen inhärente Pathomechanismen unberücksichtigt blieben.

Soweit in der RAD-Stellungnahme vom 27. März 2023 (vorstehend E. 3.10) darauf hingewiesen wurde, dass

bei

einer Angststörung in der neurokognitiven Testdiagnostik

mit erratischen und nicht überzufällig falschen Antworten zu rechnen wäre, vermag dies die angebrachte Kritik nicht hinreichend plausibel auszuräumen.

Abgesehen davon ist mit Blick auf die im Raum stehende Angsterkrankung für den medizinischen Laien nicht ohne weiteres nachvollziehbar, inwiefern psychometrische und neuropsychologische Untersuchungen relevante Aufschlüsse hinsichtlich allfälliger funktioneller Beeinträchtigungen zulassen, zumal gemäss Dr. Z.____ psychologische Funktions- und Leistungstests bei Klagen über

kognitive oder psychomotorische Funktionsstörungen notwendig seien und neuropsychologische Beschwerdevalidierungstests für die Beurteilung motivationaler Einflüsse und die Glaubhaftmachung bestimmter Ergebnisse wichtige Zusatzinformationen liefern könnten (Urk. 8/28/319 Mitte; vgl. auch Urk. 8/28/310 Mitte). Dementsprechend bezeichnete denn auch Dr. F.____ die Anwendung von Symptomvalidierungsverfahren im Bereich von Angsterkrankungen als wissenschaftlich nicht ganz unfraglich (Urk. 8/47 S. 6 oben). 4.8

Gemäss Dr. F.____

resultiere die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus dem angstbedingten Vermeidungsverhalten (vorstehend E. 3.7). Mit diesem Aspekt setzt sich Dr. Z.____ in seiner gutachterlichen Beurteilung nicht auseinander, worauf der Beschwerdeführer zutreffend hinwies (Urk. 1 S. 8 Ziff. 31). Dies insbesondere auch nicht bei der Würdigung des einzigen ihm (Dr. Z.____) vorliegenden Berichts von Dr. F.____ vom 1. Oktober 2021 (vgl. Urk. 8/28/324-328), in welchem Dr. F.____ das ausgeprägte Vermeidungsverhalten bereits als zentralen Grund für die funktionellen Beeinträchtigungen angeführt hatte (vorstehend E. 3.3).

Dr. Z.____

monierte, Dr. F.____ stüt z e sich bei seiner Beurteilung und den gestellten Diagnosen allein auf nicht objektivierbare Angaben des Beschwerdeführers und seiner Lebensgefährtin (Urk. 8/28/327 unten) und wies darauf hin, dass alle subjektiven Angaben und deren geltend gemachtes Ausmass aufgrund der ausgeprägten Aggravation angezweifelt werden müssten (Urk.

8/28/328 Mitte). Dass die gutachterlich gezogene Schlussfolgerung auf das Vorliegen einer ausgeprägten Aggr a vation angesichts der von Dr. F.____ erhobenen Kritik nicht vorbehaltlos zu überzeugen vermag, wurde bereits dargelegt (vorstehend E. 4.7) . Im Unterschied zu Dr. F.____ , welcher die Schilderungen des Beschwerdeführers als über Wochen und Monate hinweg konstant und widerspruchsfrei sowie inhaltlich schlüssig und auch im Verha l ten beobachtbar bezeichnete und an der Glaubwürdigkeit der Schilderungen keinen Zweifel hegte (Urk. 8/28/124 Ziff. 7, Urk. 8/47 S. 3 Mitte, vorstehend E. 3.7) , zweifelte Dr. Z.____ die Beschwerde schilderungen im Weiteren

auch unter Hinweis auf Diskrepanzen im Rahmen der Konsistenzprüfung an . Die von ihm im einzelnen angeführten Diskrepanzen (Urk. 8/28/320 oben) sind jedoch sehr allgemein gehalten und lassen eine Konkretisierung a nhand vo n Beispielen vermissen . Hinsichtlich der bisherigen Inanspruchnahme th er apeutischer Hilfe (Ziff. 5) geht aus den Akten immerhin hervor, dass der Beschwerdeführer seit Ju ni 2021 in hochfrequenter, mehrheitlich wöchentlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung steht (vorstehend E. 3.3 , E. 3.7).

Dass eine Intensivierung der therapeutischen Bemühungen durch Etablierung einer adäquaten Pharmakotherapie nicht beziehungs weise nur zögerlich erfolgen konnte, führte Dr. F.____

bereits im Bericht vom 1. Oktober 2021 (vorstehend E. 3.3) auf der Erkrankung zuzuschreibende Vermei dungsmuster zurück . Auch diese Beurteilung wurde von Dr. Z.____ nicht näher beleuchtet und diskutiert . Abgesehen davon bejahte

– im Gegensatz zu Dr. Z.____ (Urk. 8/28/317 unten) –

Dr. A.____ einen spürbaren Leidensdruck (Urk. 8/28/352 oben). D ie von Dr. Z.____ im Rahmen der Würdigung des Berichts von Dr. F.____ vom 1. Oktober 2021 angeführten Widersprüchlichkeiten in den somatischen Akten im Zusammenhang mit den Folgen des Unfalls vom 9. August 2020 sowie in den Angaben zur Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln (Urk. 8/28/324-327) erscheinen sodann als nicht wirklich eklatant bezi e hungsweise - soweit somatische Beschwerden betreffen d - im Hinblick auf die im Raum stehende Beschwerdesymptomatik von ausschlaggebender Relevanz .

Hinsichtlich Letzterer kritisierte denn auch Dr. F.____ , dass Dr. Z.____ diesen überproportional viel Raum eingeräumt habe (Urk. 8/47 S. 4 unten). Im Übrigen konnte

Dr. Z.____

immerhin das vom Beschwerdeführer geklagte ausgeprägte Gefühl der inneren Unruhe und Nervosität mehrfach im Rahmen der Untersuchung beobachten (Urk. 8/28/281 Mitte) , was mit der von Dr. F.____ beschriebenen ä ngstlichen Grundspannung (vorstehend E. 3.3 , E. 3.8) zu korrelier en scheint .

Ungeachtet dieser Feststellung hielt Dr. Z.____ im psychiatrischen Befund dann aber fest, der Antrieb und die Psychomotorik des Beschwerdeführers seien unauffällig gewesen, ebenso die Mimik und Gestik (Urk. 8/28/289 unten) . Dies erscheint widersprüchlich . 4.9

Soweit Dr. Z.____ seine Schlussfolgerung auf eine Aggravation durch die Observationsergebnisse bestätigt sah beziehungsweise nunmehr gar von einer Beschwerdesimulation ausging (vorstehend E. 3.6), hielt Dr. F.____ dem entgegen, dass eine entscheidende Non-Konsistenz zu den anamnestischen Darstellungen des Beschwerdeführers nicht ersichtlich und

dass für die Funktionalität und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht entscheidend sei, ob jemand «ängstlich wirke» bei einem begleiteten Supermarktbesuch, sondern vor allem (wiederum), wie stark er durch Angstvermeidung limitiert sei (vorstehend E. 3.7) .

Bei der Sichtung der Videoaufzeichnungen der durchgeführten Observation (USB-Stick, Urk. 3/7 = Urk. 7) stechen in der Tat weder Angst – namentlich vor anderen Menschen (vgl. Urk. 8/28/280 oben)

- noch ein Vermeidungsverhalten des Beschwerdeführers offensichtlich ins Auge . Die beobachteten Aktivitäten des Beschwerdeführers stehen sodann teilweise auch im Widerspruch zu gewissen Angaben, die er Dr. Z.____ gegenüber machte , insbesondere zu der Aussage,

dass er nicht Einkaufen gehen könne (Urk. 8/28/286 Mitte). Aufgrund der Sichtungen des Beschwerdeführers in der Zeitspanne der durchgeführten Observation nicht zwangsläufig in Frage gestellt ist dagegen seine Aussage, wonach er die meiste Zeit zu Hause bleibe und das Haus nur für kurze Spaziergänge verlasse (Urk.

8/28/286 Mitte). Wie der Beschwerdeführer zutreffend vorbrachte (Urk. 1 S.

E. 6

, Urk. 8/28/183) . Das Arbeitsverhältnis mit der

Y.____

endete per 31. Dezember 2021

infolge Kündigung durch die Arbeitgeberin (Urk.

8/19).

E. 8

) inklusive

neuropsychologische Gutachten von

Dr. sc. hum. Dipl. - Psych. A.____ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP,

Zentrum B.____ ,

vom

13. Mai 2022 (Urk. 8/28/ 346-360) sowie die ergänzende Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 28. Juni 2022 (Urk.

8/28/400 -409) nach Einsicht in die Ergebnisse einer durch den Krankentaggeldversicherer veranlassten Observation des Versicherten (vgl. Ermittlungsbericht der C.____ GmbH vom

1 8. Mai 2022, Urk. 8/28/364-387) .

Mit Schreiben vom 6. Juli 2022 (Urk. 8/28/416-418) informierte der Krankentag geldversicherer den Versicherten, dass die bisher geleisteten Taggeldzahlungen infolge betrügerische r Anspruchsbegründung zurückgefordert würden. Die I V-Stelle ihrerseit s unterbreitete die Akten ihrem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme (Urk. 8/ 38 S. 8 f.) und verneinte - nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/39, Urk. 8/48) und erneuter Konsultation des RAD (Urk. 8/50 S. 2 f.) - mit Verfügung vom 3. April 2023 (Urk. 8/51 = Urk. 2) einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung. 2.

Der Versicherte erhob am 1 6. Mai 2023 Beschwerde gegen die Verfügung vom 3.

April 2023 (Urk. 2) und beantragte, ihm seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und es sei ihm insbesondere eine unbefristete, ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell seien berufliche Massnahmen anzuordnen. Subeventuell sei ein monodisziplinäres Gerichtsgutachten im Fachbereich Psychiatrie einzu holen. Sub-subeventuell sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 2 2. Juni 2023 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 4. Juli 2023 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

RAD -Ärztin Dr. med. K.____, Fachärztin für Neurologie, nahm am 2 5. Januar 2023 Stellung zu den Akten und bezeichnete die gutachterliche Beurteilung aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht als nachvollzieh bar. Eine nennenswerte gesundheitsbedingte Einschränkung sei nicht ausge wiesen (Urk. 8/38 S. 8 f.) . 3.10

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahmen die RAD-Ärztinnen Dr. K.____ und Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 2 7. März 2023 gemeinsam Stellung zu den Akten (Urk. 8/50 /2-3), dies nach Kenntnisnahme von der fachärztlichen Stellungnahme von Dr. F.____ vom 2 4. November 2022 (vorstehend E. 3.7). Sie führten aus, der behandelnde Psychiater zeige keine neuen oder grundlegend anderen Beschwer den auf als die im Gutachten festg e stellten

und interpretiere diese auch nicht anders. Beide Fachexperten gingen von einer Aggravation aus (S. 2 unten). Eine grosse Differenz zeige sich hingegen in der Beurteilung der funktionellen Auswirkung der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit. Während der behandelnde Psychiater die Präsentation der Beschwerden als Teil der psychischen Erkrankung, insbesondere einer Angststörung und Persönlichkeitsakzentuierung, interpretiere, und dabei betone, dass die Übertreibungen nicht bewusst seien, gehe der gutachterlich tätige Psychiater von einer Aggravation mit Selbstlimitierung bis hin zur Simulation aus. Bei diametral gegenteiligen Schlussfolgerungen sei eine Objektivierung der Befunde wesentlich. Dazu sei einerseits die Observierung und andererseits die testdiagnostische neurokognitive Abklärung hilfreich (S. 3 oben). Im Rahmen der Observierung habe die Angabe des Beschwerdeführers, dass er die meiste Zeit zu Hause bleibe, nicht verifiziert werden können. Er habe mehrmals alleine das Haus verlassen, längere Spaziergänge oder Einkäufe gemacht und dabei nicht ängstlich oder misstrauisch gewirkt. Es sei auch keine Vermeidung fremder Menschen aufgefallen. Es sei bekannt, dass

bei psychischen Erkrankungen eine Observation nur beschränkt Informationen über das Innenleben geben könne (S. 3 Mitte). Eine objektivierte, nicht vom persönlichen Eindruck des Untersuchers abhängige Abklärung gelinge jedoch in der neurokognitiven Testdiagnostik. Der behandelnde Psychiater erkläre die auffälligen Resultate mit Ängsten des Beschwerdeführers und sprachlicher Überforderung, welche zu «dummen Antworten» geführt hätten. Sprachliche Einschränkungen seien jedoch in den Untersuchungen berücksichtigt worden und die vom Beschwerdeführer gegebenen überzufällig falschen Antworten liessen sich nicht mit einer Angststörung erklären, diesbezüglich würden erratische Antworten und keine Fokussierung auf schlechte Antworten erwartet. Aufgrund der objektivierbaren Resultate der neurokognitiven Untersuchung liege

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine deutliche Aggravation, verstanden als ein bewusstes und in der Regel auf die Erlangung von Vorteilen ausgerichtetes Übertreiben tatsächlich vorhandener Beschwerden (vgl. S. 2 unten) vor. Eine allfällig zusätzlich vorhandene psychische Beeinträchtigung lasse sich in dieser Situation nicht erfassen, entsprechend lasse sich kein invalidisierender Gesundheitsschaden fassbar machen. Daher sei versicherungsmedizinisch-theoretisch von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 3 unten). 4. 4. 1

In ihrer Stellungnahme vom 27. März 2023 (vorstehend E. 3.10)

stellten die RAD-Ärztinnen Dr. K.____ und Dr. L.____ zutreffend fest, dass der behandelnde Psychiater Dr. F.____ und der psychiatrische Gutachter Dr. Z.____ beim Beschwerdeführer grundsätzlich eine deckungsgleiche Beschwerdeproblematik erhoben und diese im Wesentlichen

– zumindest hinsichtlich ihrer diagnostischen Einordnung – gleich interpretierten. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zentrum steht demnach eine Angststörung, welche Dr. Z.____

(vorstehend E. 3.5.1) als andere gemischte Angststörung (ICD-10 F41.3) beziehungsweise differentialdiagnostisch als nicht näher bezeichnete Angststörung (ICD-10 F41.9) und Dr. F.____

(vorstehend E. 3.3 und E. 3.8) als generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) einordnete. Zudem bestätigten beide Fachärzte das Vorliegen einer leichtgradigen

(Dr. Z.____) beziehungsweise leicht- bis mittelgradigen (Dr. F.____) depressiven Symptomatik, wobei Dr. F.____ explizit betonte, dass die Depressivität nicht im Zentrum der Erkrankung stehe (vorstehend E. 3.3).

Im Weiteren beschrieben beide Fachärzte abhängige sowie (gemäss Dr. Z.____

ausgeprägt) histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (vorstehend E. 3.5.1, vorstehend E. 3.7). Im Unterschied zu Dr. Z.____ diagnostizierte Dr. F.____ überdies eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.0; vorstehend E. 3.8). 4.2

In den fachpsychiatrischen Beurteilungen besteht indessen eine grosse Diskrepanz hinsichtlich der – für die Beurteilung eines Leistungsanspruchs zentralen – Frage nach den funktionellen Auswirkungen der Beschwerdeproblematik, wie auch die RAD-Ärztinnen Dr. K.____ und Dr.

L.____ zutreffend erkannten (vorstehend E. 3.10).

Dr. Z.____ gelangte zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer von einer ausgeprägten Aggravation (vorstehend E. 3.5. 2) beziehungsweise gar einer Simulation (vorstehend E. 3.6) der Beschwerden auszugehen sei .

Er attestierte dem Beschwerdeführer in einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Rendement. Hinsichtlich Tätigkeiten mit hohem Kundenkontakt sowie Tätigkeiten, die längere Anfahrtszeiten in Anspruch nehmen, ging er von Einschränkungen aus, deren Ausmass er aufgrund der ausgeprägten Aggravation jedoch nicht plausibel beurteilen konnte (vorstehend E.

3.5. 1-2).

Dr. F.____ dagegen erachtete den Beschwerdeführer aufgrund eines ausgeprägten, angstbedingten Vermeidungsverhaltens als nicht arbeits- und eingliederungsfähig (vorstehend E. 3.3 -4, E. 3.7 -8) . Er verneinte eine willentliche Aggravation oder gar Simulation der Beschwerden und interpretierte die Art und Weise der Beschwerdedarstellung als direkten Ausdruck der psychischen Erkrankung (vorstehend E. 3.7-8) . 4.3

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vorn herein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen). 4. 4

Bei der psychiatrisch-neuropsychologischen Expertise von Dr. Z.____

und Dr. A.____

vom 13. und

18. Mai 2022 (vorstehend E. 3.5.1-3) handelt es sich um ein vom

Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG

eingeholtes Gutachten, womit ihm der Beweiswert versicherungsinthaler ärztlicher Feststellungen zukommt und an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind. Auf das Ergebnis der Expertise kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen

(vorstehend E.

E. 11

Ziff. 41) , wurde er an drei von sieben Observationstagen nicht gesichtet und wurde er an den vier Tagen mit Sichtung (16. und 23. März 2022, 21. und 28. April 2022) an zwei Tagen vor oder nach den Untersuchungsterminen bei

Dr. Z.____

(16. März 2022) und Dr. A.____ (28. April 2022) beobachtet. Des Weiteren lässt die Tatsache, dass der Beschwerdeführer am 23. März 2022 rund 1.5 Stunden – auf unbekannter Route - unterwegs war, keine eindeutigen Rückschlüsse auf sein Angsterleben und insbesondere sein Funktionsniveau zu. Dementsprechend wiesen auch die RAD-Ärztinnen Dr. K.____ und Dr. L.____ in ihrer Stellungnahme vom 27. März 2023 (vorstehend E. 3.10) darauf hin , dass eine Observation nur beschränkt Informationen über das Innenleben geben könne.

Aufgrund einer Gesamtwürdigung erweist sich die von Dr. F.____ hinsichtlich der Interpretation der Observationsergebnisse angebrachte Kritik

jedenfalls nicht als offensichtlich unbegründet. 4.10

Nach dem Gesagten ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Berichte von Dr.

F.____

– insbesondere seine fachärztliche Stellungnahme vom 24. November 2022 (vorstehend E. 3.7) - zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit

und Schlüssigkeit des vom Krankentaggel der versicherer eingeholten psychiatrisch-neuropsychologischen Gutachtens von Dr. Z.____ und Dr. A.____ vom 13. und 18. Mai 2022 begründen , welche durch die RAD-Stellungnahme vom 27. März 2023 (vorstehend E. 3.10) nicht ausgeräumt werden können . Angesichts der von Dr.

F.____ am Gutachten erhobene Kritik , zu welcher der Gutachter im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens keine Stellung nehmen konnte,

lässt sich der Schluss der Beschwerdegegnerin auf einen Leistungsanspruch ausschliessende Aggravation (vgl. vorstehend E. 4.3) ohne weitere Abklärungen nicht bestätigen . Es bleibt unklar, ob eine allfällige Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers (einzig oder zumindest teilweise) auf Aggravation beruht , oder ob von einer als Ausdruck der Angststörung und des Kommunikationsverhaltens aufgrund der histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung zu sehenden Aggravations - beziehungsweise Verdeutlichungstendenz auszugehen ist. 4.11

Grundsätzlich unbestritten ist, dass beim Beschwerdeführer die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sind , wobei insbesondere auch Dr. Z.____ von einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausging (vorstehend E. 3.5.1). Eine Auseinandersetzung mit den seit BGE 143 V 418 für alle psychischen Erkrankungen massgebenden Standardindikatoren ist daher unerlässlich , um

die Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit im Einklang mit der geltenden Rechtslage vornehmen zu können (vgl. zum strukturierten Beweisverfahren BGE 143 V 418 und BGE 141 V 281). Den vorhandenen medizinischen Akten lassen

sich keine hinreichenden Ausführungen zu den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 und eine Auseinandersetzung mit diesen entnehmen. Insofern erweist sich auch der Sachverhalt als nicht rechts genügend abgeklärt.

Daher ist die Sache – dem Sub-Subeventualantrag des Beschwerdeführers folgend – zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2022 vom 27. Juni 2022 E. 5.3).

Die Beschwerdegegnerin wird

zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verfahren nach Art. 44 ATSG ein versicherungsexternes Gutachten einzuholen haben, welches sich insbesondere mit den Divergenzen der aktenkundigen fachpsychiatrischen Beurteilungen und – falls eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fachärztlich zu bestätigen sollte – mit den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auseinandersetzt. Hernach wird

die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen haben.

Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

Soweit der Beschwerdeführer eventualiter berufliche Massnahmen beantragte, bleibt festzuhalten, dass solche nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung bilden, weshalb im vorliegenden Verfahren nicht darüber zu befinden ist, zumal der Antrag auch nicht näher begründet wurde. 5. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 5.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

In Nachachtung dieser Bemessungsgrundsätze ist die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlende

Prozessentschädigung auf

Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Dieser liegt der praxisgemässe Stundenansatz von Fr. 220.-- zu Grunde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 3. April 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheide. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Nicole Breitenmoser - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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
Grieder-Martens Barblan

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