

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00556 vom 30. September 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00556

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00556 du 30 septembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00556 del 30 settembre 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1966, hat eine Maurerlehre absolviert und war seit März 1996 bei Y.____ angestellt, zuletzt als Kun denberater (Urk. 5/9, 5/10/3 und 5/27). Nachdem er am 1. Juli 2018 im Rahmen einer Fahrausweiskontrolle in eine Auseinandersetzung mit einem Fahrgast verwickelt worden war (vgl. Urk. 5/17/3, 5/61/8), meldete er sich am 29. November 2018 unter Hinweis auf einen physisch und psychisch schlechten Allgemeinzustand bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 5/9). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst Auszügen aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 5/3/1-3, 5/6 und 5/13) insbesondere einen Arbeitgeberbericht (Urk. 5/27) sowie die Akten des beruflichen Vorsorgeversicherers ein (Urk. 5/17, 5/22). Am 18. November 2019 teilte sie dem Versicherten schriftlich mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 5/28). Im Zuge der nachfolgenden Prüfung des Rentenanspruchs zog die IV-Stelle erneut Unterlagen des beruflichen Vorsorgeversicherers bei (Urk. 5/30 f.) und holte weitere Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 5/34 f., 5/43 f., 5/53 und 5/59). Darüber hinaus gab sie bei Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten in Auftrag (Urk. 5/54), welches am 18. Februar 2021 erstattet wurde (Urk. 5/61). Mit Vorbescheid vom 26. Februar 2021 stellte sie dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 5/65), wogegen dieser am 12. April 2021 Einwand erhob (Urk. 5/71). Ergänzend ersuchte er mit Schreiben vom 19. April 2021 um weitere medizinische Abklärungen (Urk. 5/73), worauf die IV-Stelle weitere Arztberichte einholte (Urk. 5/74, 5/76/8-12). Nachdem sich der Versicherte mit Schreiben vom 3. und 24. Juni 2021 erneut zur Sache hatte vernehmen lassen (Urk. 5/77, 5/81), verfügte die IV-Stelle am 30. Juli 2021 im angekündigten Sinne (Urk. 2 = Urk. 5/83).

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 vorbehaltlich 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 die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesen

Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

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).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

E. 1.4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 14. September 2021 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei mit Wirkung ab Juli 2019 eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. Oktober 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 30. Juli 2021 hielt die Beschwerdegegnerin zusammengefasst fest, gemäss psychiatrischem Gutachten liege keine Gesundheitsbeeinträchtigung mit andauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die psychischen Einschränkungen bestünden nicht losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren wie der Abhängigkeit von Zahlungen der Sozialversicherungsträger, emotionaler Instabilität und dem hängigen Strafverfahren. Es liege eine volle Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in jeder anderen Tätigkeit vor, weshalb der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne.

Bezugnehmend auf dessen Einwand führte die Beschwerdegegnerin sodann ergänzend aus, auch gemäss Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) erweise sich das Gutachten von Dr. Z.____ als umfassend und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne. Beim Beschwerdeführer seien ausreichend Ressourcen vorhanden, um eine vollständige Erwerbsfähigkeit umsetzen zu können. Es liege insgesamt kein Befund vor, welcher aus fachärztlicher Sicht eine lange Zeit andauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes sei zu verneinen (Urk. 2 S. 1 f.).

E. 2.2

In seiner Beschwerdeschrift vom 14. September 2021 machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, auf das Gutachten von Dr. Z.____ könne nicht abgestellt werden. Insbesondere auch mangels Einholung fremdanamnestischer Auskünfte beim ehemaligen behandelnden Psychiater entbehre die Behauptung des Gutachters und der Beschwerdegegnerin, wonach unter anderem angesichts der bestehenden Partnerschaft und der erhaltenen Ferienfähigkeit positive Ressourcen vorhanden seien, jeglicher Grundlage und treffe nicht zu (Urk. 1 S. 7-9). Des Weiteren habe sich Dr. Z.____ nicht nach den Suizidversuchen beziehungsweise den diesbezüglichen Beweggründen erkundigt und habe den Sachverhalt

betreffend die durchgeführte medikamentöse Behandlung unzutreffend gewürdigt (Urk. 1 S. 9 f.). Im Übrigen habe er sich insgesamt nur wenig Zeit für die Abklärung genommen; effektiv habe diese weit weniger lang als die behaupteten 75 Minuten gedauert. Dies erkläre auch, weshalb Dr. Z. ___ in Ermangelung konkreter Fragen die für eine seriöse Begutachtung erforderlichen Informationen nicht erhalten habe (Urk. 1 S. 10 f.).

Aus all diesen Gründen erweise sich das psychiatrische Gutachten als nicht schlüssig, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Stattdessen seien die Berichte der behandelnden Ärzte sowie der Vertrauensärzte der Pensionskasse der Stadt Zürich als Beurteilungsgrundlage heranzuziehen, welche aus psychischen Gründen für jegliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten. Entsprechend bestehe Anspruch auf eine ganze Rente. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 12).

E. 3.1

Dr. med. A. ___ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem vertrauensärztlichen Bericht zuhanden der Pensionskasse Stadt Zürich vom 23. November 2018 im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 5/17/2): - Imprimierte Basisfraktur Mittelphalanx Dig V Hand rechts (1. Juli 2018) - halboffene Reposition am 7. Juli 2018 - Symptomatik mit Angst und Depression - Differentialdiagnose (DD) Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) - DD rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwer (ICD-10 F33.1/33.2) - DD Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - Status nach Magenbypass 2003.

In Bezug auf eine Prostatahyperplasie sowie eine Nasenatmungsbehinderung wurde ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verneint (Urk. 5/17/2).

Am 1. Juli 2018 sei es bei einer Fahrausweiskontrolle zu einer eskalierenden Auseinandersetzung mit einem Fahrgast gekommen, wobei sich der Beschwerdeführer die Fingerfraktur zugezogen habe. Nach erfolgter halboffener Reposition sei der Verlauf komplikationslos gewesen. Aus handchirurgischer Sicht bestehe seit dem 4. September 2018 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit. Gegen den Beschwerdeführer und andere an der Fahrausweiskontrolle beteiligte Y. ___ -Mitarbeiter sei von der Bezirksanwaltschaft ein Verfahren eröffnet worden. Der Beschwerdeführer erlebe dies als traumatisch und habe eine Symptomatik mit ausgeprägter Angst und Depression entwickelt. Der Beschwerdeführer sei seit dem 15. August 2018 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. med. B. ___ , der von einer schweren Erschütterung durch das Ereignis berichtet habe. Gemäss einer telefonischen Auskunft leide der Beschwerdeführer unter unsäglichen Ängsten, Stimmungsschwankungen von leicht bis schwer depressiv, starker innerer Unruhe, vermindertem Antrieb und Selbstwertgefühl, Schamgefühlen, Schlafstörungen und ausgeprägtem sozialem Rückzug (Urk. 5/17/3).

Als objektive Befunde führte Dr. A. ___ eine leicht bis mittelschwer bedrückte Stimmung, eingengtes Denken, eine Antriebsminderung, vermindertes Selbstwertgefühl sowie Schlafstörungen auf. Zudem bestünden existenzielle Ängste, phobische Ängste in Bezug auf öffentliche Verkehrsmittel, Todeswünsche und Suizidgedanken (Urk. 5/17/4).

Vorübergehend liege bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jede Erwerbstätigkeit vor (Urk. 5/17/9).

E. 3.2

Dem vertrauensärztlichen Bericht von Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Juni 2019 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 5/22/3): - mittelgradige agitierte depressive Episode (ICD-10 F32.1) - DD Persönlichkeitsänderung nach katastrophal erlebter Belastung (ICD-10 F61.1/F62.0).

Zum psychopathologischen Befund hielt Dr. C.____ insbesondere fest, die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis seien unter strukturierenden ruhigen Untersuchungsbedingungen vermindert gewesen. Das inhaltlich eingengegte Denken habe sich formal sprunghaft und beschleunigt sowie deutlich kreisend und per severierend gezeigt. Es bestünden Befürchtungen hinsichtlich des Arbeitsverhältnisses. Im Affekt habe sich der Beschwerdeführer labil und inkontinent mit Wut und Angst präsentiert; ein affektiver Rapport sei bei bedrückter Stimmung und verminderter Schwingungsfähigkeit kaum möglich gewesen (Urk. 5/22/5). Es bestehe ein dringender Bedarf an einer stationären Behandlung. Es liege weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche erwerbliche Tätigkeit vor (Urk. 5/22/10). Die berufliche Zukunft des Beschwerdeführers hänge vom hängigen Gerichtsverfahren ab, wobei sich diese Belastung krankheitsaufrechterhaltend auswirke (Urk. 5/22/6).

E. 3.3

Vom 25. Juli bis 10. September 2019 befand sich der Beschwerdeführer erstmals in stationär-psychiatrischer Behandlung im Sanatorium D.____. Im Austrittsbericht vom 11. September 2019 wurde eine mittelgradige depressive Episode als Hauptdiagnose gestellt (Urk. 5/35/22). Der Beschwerdeführer habe von teilweise wiederkehrenden Suizidgedanken mit konkreter Suizidmethode (CO₂-Intoxikation, Morphinium) berichtet, wovon er sich momentan im Gespräch aber habe distanzieren können. 2019 sei ein Suizidversuch (CO₂-Intoxikation) abgebrochen worden. Im Rahmen der Therapie habe unter anderem ein Expositionstraining stattgefunden, da der Beschwerdeführer unter starken Ängsten bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel gelitten habe. Es sei ihm dabei gelungen, die Situation zu bewältigen und nicht zu vermeiden (Urk. 5/35/23).

Vom 12. September bis 1. Oktober 2019 war der Beschwerdeführer erneut im Sanatorium D.____ hospitalisiert, nachdem er sich mittels Tabletten habe suizidieren wollen. Ungefähr zehn Minuten nach der Einnahme habe er jedoch ungewollt erbrechen müssen. In den ersten Tagen nach Eintritt sei der Beschwerdeführer engmaschig begleitet worden, da er angegeben habe, «in einem Loch» zu sein und lebensmüde Gedanken zu haben. Im Verlauf habe sich sein Zustand deutlich stabilisiert und er habe regelmässig am Therapieprogramm teilgenommen (Austrittsbericht vom 30. September 2019, Urk. 5/25/7-8).

Im Nachgang zum stationären Aufenthalt nahm der Beschwerdeführer vom 3. Oktober bis 14. November 2019 eine tagesklinische Behandlung wahr (vgl. Urk. 5/35/14-15).

E. 3.4

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, teilte in seinem Bericht vom 2. Oktober 2019 mit, dass sich der Beschwerdeführer gegenwärtig einmal wöchentlich bei ihm in Behandlung befinde. Es zeige sich die Symptomatik einer agitierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1); seit dem 15. August 2018 bestehe bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl für die Tätigkeit als Kundenberater als auch für angepasste Tätigkeiten. Die Prognose sei derzeit nicht beurteilbar, da die depressive

Störung mit einem laufenden Gerichtsverfahren zusammenhänge. Die Wiedereingliederung sei vom Gerichtsurteil abhängig (Urk. 5/25/2-5).

E. 3.5

Dr. C.____ stellte in ihrem Verlaufsbericht vom 18. Dezember 2019 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 5/30/2): - anhaltende schwergradige depressive Episode (ICD-10 F32.2) - Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62) mit anankastischen, narzisstischen und ängstlichen Zügen auf dem Boden einer wahrscheinlich vorbestehenden Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73).

Der psychopathologische Befund habe sich seit der letzten Untersuchung vom 19. Juni 2019 eher verschlechtert (Urk. 5/30/4). Die Prognose sei ungünstig, da sich trotz kontinuierlicher ambulanter, stationärer und teilstationärer Behandlung keine Besserung eingestellt habe. Zusätzlich belastend sei das weiterhinhängige Gerichtsverfahren. Der Beschwerdeführer sei verbittert, massiv gereizt und nicht belastbar. Zudem sei er in der Beziehungsfähigkeit stark eingeschränkt bei hohem Konfliktpotential; aktuell sei er generell nicht integrierbar (Urk. 5/30/6). Es liege eine dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit vor (Urk. 5/30/7).

E. 3.6

Vom 3. Februar bis 3. März 2020 befand sich der Beschwerdeführer zum dritten Mal in stationär-psychiatrischer Behandlung im Sanatorium D.____. Laut Austrittsbericht vom 10. März 2020 habe er vor Eintritt den offiziellen Bescheid bekommen, dass er seinen Arbeitsplatz bei Y.____ verlieren werde, was ihn sehr getroffen habe. Er habe eine starke innere Unruhe gezeigt (ausgeprägtes Zittern der Hände) und habe mitgeteilt, sich den Tag über permanent angespannt zu fühlen und auch sehr leicht reizbar zu sein. Bei engagierter Teilnahme am Therapieprogramm schien er grundsätzlich von den tagesstrukturierenden und milieu therapeutischen Effekten der stationären Behandlung zu profitieren. In psychologischen Einzelgesprächen sei weiterhin die starke gedankliche Einengung auf die in den letzten zwei Jahren erlebten Kränkungen aufgefallen, welche diagnostisch am ehesten einer posttraumatischen Verbitterungsstörung entspreche. Dies habe den therapeutischen Prozess massgeblich erschwert. Gegen Ende des stationären Aufenthalts sei es aufgrund erhöhter innerer Unruhe infolge Unterbringung in einem Zweierzimmer vermehrt zu zwischenmenschlichen Konflikten gekommen, wobei der Beschwerdeführer von Mitgliedern des Behandlungsteams auch als bedrohlich wahrgenommen worden sei. Aufgrund der Konflikte und des Unwohlseins wegen der Zimmersituation habe er sich schliesslich für den Austritt entschieden (Urk. 5/34/1-3).

E. 3.7

Dr. B.____ attestierte mit Bericht vom 20. März 2020 weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und diagnostizierte eine anhaltende schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) neben einer Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62) mit anankastischen, narzisstischen und ängstlichen Zügen auf dem Boden einer vorbestehenden Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) seit Kindheit, Panikattacken (ICD-10 F41.0) und eine soziale Phobie bzw. Agoraphobie (ICD-10 F40.1, F40.0) (Urk. 5/35/1). Mit Verlaufsbericht vom 23. September 2020 wies er auf einen erneuten Suizidversuch vom 22. Juli 2020 mittels Tablettenintoxikation hin, wobei sich der Beschwerdeführer im letzten Moment umentschieden und die Tabletten aus dem Mund genommen habe. Der gegenwärtige psychische Zustand sei eine chronisch verlaufende schwere depressive

Störung mit ausgeprägten Zukunftsängsten. Besonders erschwerend sei ein fast totaler sozialer Rückzug mit einer ausgeprägten agoraphobischen Störung ohne Panikstörung. Dies mache es nahezu unmöglich, den Aktivitäten des täglichen Lebens nachzugehen (Urk. 5/51; vgl. auch Urk. 5/48). Im weiteren Verlauf berichtete Dr. B.____ von einem im Wesentlichen unveränderten psychischen Zustand (vgl. Urk. 5/53, 5/59).

E. 3.8

In seinem psychiatrischen Gutachten vom 18. Februar 2021 verneinte Dr. Z.____

das Vorliegen einer Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 5/61/12). Der Beschwerdeführer habe berichtet, seit dem Vorfall vom 1. Juli 2018 nicht mehr arbeitsfähig zu sein. Er leide unter einer «schweren Depression» und habe sich zurückgezogen, sei nur noch daheim. Zudem habe er Konzentrationsstörungen. Seinen Therapeuten besuche er einmal pro Woche. Die Vertrauensärztin der Pensionskasse habe ihn mehrfach untersucht und festge stellt, dass eine berufliche Tätigkeit nicht mehr möglich sei (Urk. 5/61/8-9).

Zum psychopathologischen Befund ist der Expertise insbesondere zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer gepflegt und sauber gekleidet präsentiert habe. Beim Betreten und Verlassen der Praxis habe er sich ohne Einschränkungen bewegt. Bei Fragen nach der Tagesstruktur und dem Funktionsniveau habe er nur sehr wenige Einblicke gewährt und sich auf Defizite fokussiert. Das Nachfragen nach Ressourcen sei erschwert gewesen. Verhalten, Gestik und Mimik hätten fluk tuierende Wechsel zwischen unauffälligem Verhalten (Bearbeitung des SRSI-Tests, Begrüssung, Verabschiedung), Händezittern sowie der Präsentation kogniti ver Einschränkungen im eigentlichen Untersuchungsgespräch gezeigt. Dadurch habe sich der Eindruck eines sehr deutlich histrionisch anmutenden und drama tisierenden Ausdruckscharakters von Emotionen ergeben. Der Beschwerdeführer sei in der Lage gewesen, unauffällig zu erzählen. Betreffend Aufmerksamkeit und Konzentration sei fest stellbar gewesen, dass er das Explorationsgeschehen ohne Probleme habe verfolgen können. Die Wachheit sei auch gegen Ende der Unter suchung unverändert geblieben; entgegen den subjektiven Angaben hätten die Aufmerksamkeit und das Konzentrationsvermögen objektiv nicht nachgelassen. Überdauernde kognitive Einschränkungen seien nicht objektivierbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich an die jeweiligen Gesprächsinhalte anpassen können und habe bei seinen Schilderungen und der Testbearbeitung keine Auf fälligkeiten gezeigt. Er sei des Weiteren wach, bewusstseinsklar und zu allen Qua litäten vollständig orientiert gewesen.

Die schnelle Sprachfrequenz sei durch präsentiertes Händezittern unterbrochen worden, wobei sich dieses auf die Untersuchungssituation beschränkt habe. Der formale Gedankengang sei weder depressiv gehemmt noch gesperrt gewesen; ein Dissoziieren habe nicht festge stellt werden können. Sowohl die Merkfähigkeit als auch das Kurz- und Lang zeitgedächtnis seien erhalten gewesen. Anhaltspunkte für Ich-Störungen, Reali tätsverkennungen, Willenseinschränkungen, wahnhaft-psychotisches Erleben oder Angstaffekte hätten sich ebenfalls nicht ergeben. Die Stimmung sei modu lierbar gewesen; der Beschwerdeführer sei in der Lage gewesen, situationsadäquat zu lächeln. Eine akute Suizidalität oder Fremdgefährdung habe sich ebenso wenig feststellen lassen wie eine PTBS-Symptomatik (Urk. 5/61/10-11).

Aufgrund des unauffälligen Verlaufs der (Erwerbs-)Biographie bis zum Referenz zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug am 29. November 2018 seien die

ICD-10-Eingangskriterien zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht festzustellen. Auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), die Traumata widerspiegelt, die mit dem Erleben sexueller Gewalt, Kriegserfahrungen, Folter oder Tod in die Nähe der Eingangskriterien dieser Trauma-Folgestörung gelangen, seien der Katamnese des Beschwerdeführers nicht zu entnehmen. Zudem habe er typische Trauma-Folgesymptome in einem Beschwerdevalidierungsverfahren negiert

(Urk. 5/61/13 -14). Des Weiteren hätten sowohl die psychiatrischen Behandlungsstellen als auch der vertrauensärztliche Dienst ihre bisherige psychiatrische Diagnostik weitgehend auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestützt, was lediglich im therapeutischen Kontext nachvollziehbar sei (Urk. 5/61/14). In versicherungsmedizinischer Hinsicht sei aber eine Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung durchzuführen, die beim Beschwerdeführer mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit eine Ungültigkeit der Beschwerdepräsentationen ergeben habe, was auch der klinischen Beurteilung entspreche. Zur Einordnung einer allfälligen depressiven Erkrankung sei am 6. Februar 2021 bereits die Kombination von mindestens zwei ICD-10-Hauptsymptom-Clustern (überdauernde depressive Stimmung, Antriebslosigkeit, Ermüdbarkeit, Freud- und Interessenverlust) nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu plausibilisieren gewesen. Bei einer höhergradig leistungseinschränkenden psychischen Störung der Kapitel F3 (depressive Episode) und F4 (Störungen aus dem Angstkreis) der ICD-10 seien allgemein die psychopathologischen Befunde weitgehend konstant nachweisbar. Es lägen dann im Allgemeinen eine jeweils überdauernde Verlangsamung, Aufmerksamkeitsstörung und Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit vor. Der Beschwerdeführer habe allerdings ein wechselhaftes und fluktuierendes Leistungsniveau gezeigt. Ausserhalb des eigentlichen Untersuchungsgesprächs habe er keine Auffälligkeiten in diesen Bereichen gezeigt, währenddessen er im Gespräch mit histrionisch anmutendem Verhalten seine Sicht der Dinge geäussert und seine Beschwerden präsentiert habe. Eine differenzierte freie Beschwerdeschilderung sei weitgehend nicht erfolgt, sondern störungsuntypisch mit generalisierten Begriffen wie «schwere Depression», sozialem Rückzug und Konzentrationsstörungen geschehen. Obgleich der Beschwerdeführer zudem nur sehr wenig Einblick in seine Tagesstruktur respektive sein Funktionsniveau gewährt und sich auf generalisierte Defizite fokussiert habe, seien überwiegend wahrscheinlich keine psychischen Krankheitsgründe objektivierbar, die eine höhergradige Einschränkung erklären würden. Er pflege beispielsweise eine langjährige Partnerschaft, führe Haushaltsarbeiten aus, gehe einkaufen, sei ferienfähig und ohne Einschränkungen in der Lage, sich realitätsbezogen bei der IV-Stelle nach dem Verfahrensstand zu erkundigen. Zudem sei er fähig, ein Auto zu führen. In der Beschwerdevalidierung habe er kontrastierend zu diesen erhaltenen Ressourcen höhergradige psychische und vor allem kognitive Einschränkungen angegeben, die ihm im Allgemeinen auch diese Funktionsumfänge verunmöglichen würden, was eine wesentliche Inkonsistenz darstelle. Eine höhergradige leistungseinschränkende psychische Störung mit andauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, die sich von psychosozialen Belastungsfaktoren (unter anderem hängiges Gerichtsverfahren, emotionale Instabilität, Abhängigkeit von Zahlungen der Sozialversicherungsträger) verselbständigt habe, sei mit diesem Ressourcenprofil nur sehr unwahrscheinlich zu vereinbaren (Urk. 5/61/15-16).

Gesamthaft sei eine psychische Erkrankung mit überdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit dem Referenzzeitpunkt der Anmeldung bei der Invalidenversicherung nicht überwiegend wahrscheinlich. Im Rahmen der Begutachtung seien anhand der kritischen Würdigung des Längsschnittverlaufs, der Selbsteinschätzung, der Persönlichkeit des Exploranden sowie dessen Kooperationsbereitschaft keine Funktions- und Fähigkeitsstörungen wahrscheinlich, die auf psychische Gesundheitsstörungen mit andauernder Auswirkung auf die berufliche Leistungsfähigkeit zurückzuführen seien und sich losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren verselbständigt hätten. Eine funktionelle Leistungsprüfung entfalle somit (Urk. 5/61/18).

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat (vgl. vorstehende E. 2.1 f.). In rein somatischer Hinsicht bestehen keine Anhaltspunkte für ein invalidisierendes Leiden. So verheilte die Fraktur am kleinen Finger rechts, die sich der Beschwerdeführer im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem Fahrgast am 1. Juli 2018 zugezogen hatte, komplikationslos. Aus handchirurgischer Sicht besteht seit dem 4. September 2018 wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 5/17/3). Des Weiteren liegt gemäss Bericht von Dr. med. E. ____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, vom 10. Mai 2021 keine Limitierung der Arbeitsfähigkeit durch eine kardiale Grunderkrankung vor. Der Beschwerdeführer sei wahrscheinlich durch das Körpergewicht in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 5/76/9-10).

Adipositas bewirkt abgesehen von hier nicht zur Diskussion stehenden Sonderfällen

grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_633/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer macht im Übrigen auch nicht geltend, deswegen oder aufgrund anderer somatischer Erkrankungen in relevanter Weise

in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu sein.

E. 4.2.1

In psychiatrischer Hinsicht stellte die Beschwerdegegnerin massgeblich auf das Gutachten von Dr. Z. ____, vom 18. Februar 2021 (Urk. 5/61) ab. Demgegenüber vertritt der Beschwerdeführer den Standpunkt, die Expertise sei nicht beweiskräftig (Urk. 1 S. 7-12). In diesem Zusammenhang gilt es vorab festzuhalten, dass das Gericht den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte vollen Beweiswert zuerkennen

darf, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 147 V 79 E. 8.1, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_84/2022 vom 19. Mai 2022 E. 2.2).

Es ist überdies zu betonen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt. Die psychiatrische Exploration eröffnet dem Gutachter daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte

lege artis vorgegangen ist (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 mit Hinweisen).

E. 4.2.2

Dr. Z.____ legte in umfassender Kenntnis der medizinischen Vorakten (vgl. Urk. 5/61/3-8) dar, weshalb seines Erachtens

seit dem Zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug keine Diagnose mit andauernden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit plausibilisiert werden könne (Urk. 5/61/12, 5/61/16). Dies erläuterte der Gutachter im Rahmen einer detaillierten Auseinandersetzung mit den abweichenden Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. B.____ sowie der Vertrauensärzte und

ärztinnen

der BVK. Dabei führte er im Einzelnen insbesondere nachvollziehbar aus, weshalb es in Anbetracht der unauffälligen (Erwerbs-)Biographie des Beschwerdeführers sehr unwahrscheinlich ist, dass eine sich seit der Jugend- und Adoleszenz hindurchziehende Persönlichkeitsstörung (Kapitel F6 der ICD-10) oder Persönlichkeitsakzentuierungen (ICD-10 Z73.1) vorliegen. Ebenso schlüssig wurden die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) und einer Trauma-Folgestörung (Kapitel F4 der ICD-10) negiert. So habe der Beschwerdeführer einerseits in einem Beschwerdevalidierungsverfahren keine typischen Trauma-Folgesymptome wie unter anderem Früherwachen, unruhiger Schlaf, Intrusionen oder Hypervigilanz genannt (vgl. Urk. 5/61/12), was mit den unauffälligen klinischen objektiven Untersuchungsbefunden korreliere. Andererseits handle es sich bei einer Anklage in einer Strafuntersuchung nicht um eine Extrembelastung vergleichbar mit dem Erleben von Kriegserfahrungen oder Folter, weshalb das Eingangskriterium einer F62-Diagnose nach ICD-10 nicht erfüllt sei (Urk. 5/61/13-14, vgl. auch Urk. 5/61/17).

Dr. Z.____ äusserte sich des Weiteren einlässlich zum allfälligen Vorliegen einer depressiven Störung. Im Rahmen der Exploration vom 6. Februar 2021 sei bereits die Kombination von mindestens zwei ICD-10-Hauptsymptom-Clustern (überdauernde depressive Stimmung, Antriebslosigkeit, Ermüdbarkeit, Freud- und Interessenverlust) nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststellbar gewesen.

Ferner habe die Plausibilitäts- und Konsistenzprüfung ergeben, dass die Beschwerdepräsentationen mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit nicht valide seien (vgl. Urk. 5/61/12), was auch der klinischen Beurteilung entspreche.

Allgemein wären die psychopathologischen Befunde wie überdauernde Verlangsamung, Aufmerksamkeitsstörung und Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei einer höhergradig leistungseinschränkenden psychischen Störung der Kapitel F3 und F4 der ICD-10 weitgehend konstant nachweisbar. Der Beschwerdeführer habe jedoch ein wechselhaftes und fluktuierendes Leistungsniveau gezeigt. Während er im Untersuchungsgespräch mit historisch anmutendem Verhalten seine Sicht der Dinge geschildert und seine Beschwerden präsentiert habe, habe er ausserhalb des eigentlichen Untersuchungsgesprächs (Begrüssung, Verabschiedung, Bearbeitung eines Testbogens) keine Auffälligkeiten gezeigt. In Bezug auf die freie Beschwerdeschilderung sei darüber hinaus aufgefallen, dass störungsuntypisch auf generalisierte Begriffe wie «schwere Depression» zurückgegriffen worden sei. Im Übrigen erachtete der Gutachter das Funktionsniveau respektive die gelebte Tagesstruktur obschon der Beschwerdeführer

diesbezüglich nur sehr wenige Einblicke gewährt habe als nicht vereinbar mit höhergradigen psychischen und vor allem kognitiven Einschränkungen (Urk. 5/61/15-16).

E. 4.2.3

Der Beschwerdeführer erhebt verschiedene Einwände gegen das psychiatrische Gutachten. Seine Rüge, wonach sich Dr. Z.____ nur wenig Zeit lediglich rund 50 Minuten für die Abklärung genommen und auf die Einholung fremdanamnestischer Auskünfte beim behandelnden Psychiater Dr. B.____ verzichtet habe (Urk. 1 S.

E. 8

und S.

E. 10

f.) , erweist sich als nicht stichhaltig. Rechtsprechungsge mäss liegt es im Ermessen des Gutachters, ob er eine Rücksprache mit der behandelnden Ärzteschaft für angezeigt erachtet; die Einholung von Fremdauskünften ist nicht zwingend (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_534/2021 vom 18. November 2021 E. 4.1 und 9C_458/2021 vom 15. November 2021 E. 3.1, je mit Hinweis). Auch die Dauer der psychiatrischen Exploration unterliegt grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten. Der Dauer einer Exploration kommt nicht allein entscheidende Bedeutung zu; massgebend sind vielmehr Inhalt und Schlüssigkeit des Gutachtens (Urteil des Bundesgerichts 8C_262/2021 vom 10. September 2021 E. 5.1.2 mit Hinweisen).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 11) ist nicht ersichtlich, dass Dr. Z.____

die für eine seriöse Begutachtung erforderlichen Informationen nicht erhalten hätte. Insbesondere hatte er nachweislich Kenntnis von den drei (abgebrochenen) Suizidversuchen mittels CO-Intoxikation und Tabletteneinnahme (Urk. 5/61/5, 5/61/7) . Seine Feststellung, dass diesbezüglich allein die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers und keine objektiven Befunde vorlägen (Urk. 5/61/17), trifft mit Blick auf die medizinische Aktenlage zu , der keine Hinweise auf notfallmässige medizinische Interventionen zu entnehmen sind (vgl. Urk. 5/22/4, 5/25/7-8 und 5/51).

Dr. Z.____ hielt des Weiteren fest, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen des Gesprächs nicht zu den Suizidversuchen geäussert habe (Urk. 5/61/17). Der Einwand des Beschwerdeführers , wonach ihm dies

beziehungsweise die freie Beschwerdeschilderung insgesamt verwehrt gewesen seien (Urk. 1 S. 11), verfängt nicht.

So ist dem Gutachten an anderer Stelle zu entnehmen, dass eine freie Beschwerdeschilderung weitgehend nicht erfolgt sei . Der Beschwerdeführer sei vorbereitet erschienen und habe ihm wichtige Aspekte von Unterlagen abgelesen (Urk. 5/61/10).

Es ist daher davon auszugehen, dass es ihm offen gestanden hätte , spezifisch auf die Suizidversuche und die Beweggründe (vgl. Urk. 1 S. 9) einzugehen, falls ihm dies ein Anliegen gewesen wäre.

Der Beschwerdeführer macht ferner geltend, die Beschwerdegegnerin und der Gutachter hätten ihm zu Unrecht vorgeworfen, den Arzneimittelblutspiegel betreffend Citalopram nicht vorgelegt zu haben, wodurch die Einnahme dieses Medikaments nicht habe

objektiviert werden können (Urk. 1 S. 10). Es ist jedoch nicht ersichtlich, dass dieser im Gutachten in der Tat vermerkte Umstand (Urk. 5/61/11, 5/61/16; vgl. auch Urk. 5/61/21 [Laborwerte]) bei der fachärztlichen Beurteilung entscheidend ins Gewicht gefallen und zu Ungunsten des Beschwerdeführers gewertet worden wäre. Namentlich zog Dr. Z. ___ nicht den Schluss, damit sei widerlegt worden, dass der Beschwerdeführer Citalopram überhaupt (regelmässig) eingenommen habe. Dem Gutachter war denn auch bekannt, dass drei Wochen vor dem Begutachtungstermin eine Umstellung der Psychopharmakotherapie auf das Medikament Fluoxetine erfolgt war (Urk. 5/61/16; vgl. Urk. 5/70/1 [Eintrag vom 16. Dezember 2020]). In Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Laboranalyse hielt er fest, dass der summierte Wert von Fluoxetine und Desmethylfluoxetine im therapeutischen Referenzbereich gelegen habe (Urk. 5/61/11, 5/61/21). Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Einschätzung sprechen, ergeben sich somit auch mit Blick auf die Würdigung des Medikamentenspiegels nicht.

Im Übrigen wendet sich der Beschwerdeführer gegen die Beurteilung, wonach er über positive Ressourcen verfüge, was jeglicher Grundlage entbehre. Er sei zwar seit 2004 in einer festen Partnerschaft liiert; diese Beziehung sei allerdings spannungsgeladen und werde seit dem Vorfall im Jahr 2018 nicht mehr gelebt. Der Gutachter habe sich auch nicht bemüht, die Beziehung zu den erwachsenen Kindern näher zu beleuchten. Ausserdem sei er zuletzt im Oktober 2018 in den Ferien gewesen, ohne dass ihm diese gutgetan hätten. Er sei seit Juli 2018 nicht mehr «ferienfähig»

(Urk. 1 S. 7-9).

Diese Vorbringen treffen den entscheidenden Punkt nicht. Der Beschwerdeführer stellt nicht in Frage, dass Dr. Z. ___

keine verselbständigte, von psychosozialen Belastungsfaktoren wie dem hängigen Strafverfahren und der Abhängigkeit von Zahlungen der Sozialversicherungsträger losgelöste psychische Störung zu diagnostizieren vermochte (Urk. 5/61/18-19). Er untermauerte dies in überzeugender Weise mit Hinweisen auf die Akten (vgl. Urk. 5/61/16-18) wie beispielsweise den Bericht von Dr. B. ___ vom 2. Oktober 2019, in welchem die depressive Störung explizit mit dem laufenden Gerichtsverfahren in Zusammenhang gebracht wurde (Urk. 5/25/2-3). In den Journal-Einträgen des behandelnden Psychiaters kommt darüber hinaus wiederholt zum Ausdruck, dass sich der Beschwerdeführer erheblich durch das hängige Strafverfahren sowie die laufende Prüfung des Rentenanspruchs belastet fühlt (vgl. Urk. 5/70/1-4, 5/70/10-11). Anlässlich der Begutachtung äusserte er sich denn auch dahingehend, dass sich alles nur um den Erhalt finanzieller Unterstützung durch die IV-Stelle drehe, um den Druck wegzubringen (Urk. 5/61/10). Dr. Z. ___ bezog ausserdem die klinisch erhobenen Befunde sowie die als auffällig interpretierten Ergebnisse der Beschwerdevalidierung in die Diagnostik mit ein. Mithin bildete die Frage nach vorhandenen Ressourcen nicht den entscheidenden Faktor bei der gutachterlichen Beurteilung. Dies wird auch dadurch verdeutlicht, dass eine funktionelle Leistungsprüfung von gutachterlicher Seite als entbehrlich eingestuft wurde (Urk. 5/61/18). Dies ist nicht zu beanstanden, da eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit immer nur dann anspruchserheblich sein kann, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hinweis). Vorliegend hat Dr. Z. ___ gerade keine Gesundheitsbeeinträchtigung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert, weshalb auch eine Prüfung des Leistungsvermögens mittels der in BGE 141 V 281 entwickelten Rechtsprechung entfällt (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 8C_286/2017 vom 19. Juni 2017 E. 5.2).

Wie es sich konkret mit dem sozialen Umfeld und der «Ferienfähigkeit» des Beschwerdeführers verhält, braucht daher nicht abschliessend geklärt zu werden.

Gesamthaft sind keine konkreten Indizien erkennbar, die gegen die Zuverlässigkeit der psychiatrischen Expertise sprechen. Der Beschwerdeführer vermochte keine Aspekte zu benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. In Nachachtung der bundesgerichtlichen Praxis (vgl. vorstehende E. 4.2.1) kommt dem Gutachten somit volle Beweiskraft zu. Dementsprechend ist eine psychische Erkrankung mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit dem Zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug nicht überwiegend wahrscheinlich belegt (Urk. 5/61/18). 5.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens gestützt auf das beweiskräftige psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ zu Recht verneint. Damit einhergehend ist auch nicht zu beanstanden, dass sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint hat. Darüber hinaus erübrigen sich die eventualiter beantragten weiteren medizinischen Abklärungen, da davon keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b).

Die angefochtene Verfügung vom 30. Juli 2021 (Urk. 2) erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 6.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf -
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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber FehrWürsch

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