

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00376 vom 16. November 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00376

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00376 du 16 novembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00376 del 16 novembre 2022

Erwägungen

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 zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS 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 (vgl. nachstehend E. 6.1), 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).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspriechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3).

E. 1.5

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

E. 1.6

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).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten

Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1 und 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2).

E. 1.7

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). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 11. Juli 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Juni 2022 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere sei ihm gestützt auf das fach ärztliche Gutachten des Dr. Z.____ vom 19. Oktober 2022 (gemeint: 2020) eine ganze Rente zu gewähren, eventuell sei die Angelegenheit entweder zur Einholung eines beweiswertigen polydisziplinären Gutachtens und neuer Verfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen oder es sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. September 2022 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 9. September 2022 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das polydisziplinäre A.____-Gutachten vom 6. Juli 2021 (Urk. 7/263) davon aus, es habe sich seit der Verfügung vom 6. März 2017 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit ergeben, nachdem der Beschwerdeführer in einer angepassten leichten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 2 Mitte).

Die Diagnosen im Privatgutachten von Dr. Z.____ – wie etwa die posttraumatische Belastungsstörung – seien gemäss den A.____-Gutachtern nicht nachvollziehbar dargelegt, da das Privatgutachten eine Beschwerdevalidierung vermissen lasse. Dr. Z.____ lasse ausser Acht, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung eine nicht authentische Beschwerdeschilderung gezeigt habe, was auch dem internistischen und dem neurologischen Gutachter aufgefallen sei. Wie bereits in der Vergangenheit festgestellt, bestehe beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Erkrankung, weshalb der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint werde (S. 2 unten).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), das psychiatrische A.____-Teilgutachten von Dr. B.____ stehe in diametralem Widerspruch zum Privatgutachten von Dr. Z.____ vom 19. Oktober 2020. Zudem setze sich Dr. B.____ nicht in hinreichend nachvollziehbarer Weise mit den von Dr. Z.____ in der Stellungnahme vom 25. August 2021 geäusserten Kritikpunkten auseinander. Dieser habe hier wie auch am 9. April 2022 überzeugend dargetan, weshalb das psychiatrische Teilgutachten nicht einleuchte. Die Widersprüche zu diagnostizierten Vorzuständen von anderen medizinischen Personen und Institutionen würden durch den Teilgutachter nicht nachvollziehbar aufgelöst beziehungsweise begründet (S. 13 f. Ziff. 3). Der neu

behandelnde Psychiater Dr. C.____

habe sodann bekräftigt, es bestehe mit Sicherheit eine psychiatrische Störung von Krankheitswert, wobei nicht nachvollziehbar sei, weshalb Dr. B.____ das Symptomvalidierungsinstrument TOMM eingesetzt habe (S. 14 Mitte Ziff. 3).

Es bestünden erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens und damit auch am A.____-Gesamtgutachten vom 6. Juli 2021 ein schliesslich der Stellungnahme vom 9. März 2022, weshalb mangels Beweiswertes nicht darauf abgestellt werden dürfe (S. 14 unten Ziff. 3). Stattdessen sei dem Beschwerdeführer entweder gestützt auf das Privatgutachten von Dr. Z.____ vom 19. Oktober 2020 basierend auf einer 100%igen Leistungsunfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit eine entsprechende Rente auszurichten oder es sei ein psychiatrisches Ergänzungsgutachten, eventuell ein Obergutachten in allen Fachbereichen, einzuholen (S. 15 Ziff. 3).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer kritisiert das A.____-Gesamtgutachten mithin nur insofern, als dieses unter anderem auch auf dem – seiner Auffassung nach nicht beweiskräftigen – psychiatrischen Teilgutachten beruht.

Zu Recht nicht bestritten werden von ihm demgegenüber die in den übrigen Teilgutachten auf internistischem (Urk. 7/263/38-51), orthopädischem (Urk. 7/263/52-64), neurologischem (Urk. 7/263/65-83) und kardiologischem (Urk. 7/263/103-116) Fachgebiet getroffenen Feststellungen. Entsprechend ist aus orthopädisch-neurologischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Maler seit dem Nachweis der degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) im November 2018 auszugehen (Urk. 7/263 S. 15 Ziff. 4.7). In leidensangepassten Tätigkeiten beträgt demgegenüber die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht 100 % (Urk. 7/263 S. 15 Ziff. 4.8), wobei beim Belastungsprofil folgende Faktoren zu beachten sind: Überwiegend sitzende Tätigkeit, kein Ersteigen von Leitern und Gerüsten, kein schweres Heben und Tragen von Lasten, keine Arbeiten in Zwangshaltungen, keine Überkopfarbeit, keine wirbelsäulenbelastende Tätigkeit, kein repetitives Rotieren des Kopfes (Urk. 7/263 S. 14 Ziff. 4.5; vgl. auch S. 60 Ziff. 8 Mitte sowie S. 79 Ziff. 8 Mitte).

Mit dem wirbelsäulenbedingt erlittenen Verlust der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit liegt sodann entgegen der Beschwerdegegnerin (E. 2.1) ein Revisionsgrund in Form eines veränderten Gesundheitszustandes vor, was auch die A.____-Gutachter bestätigten (Urk. 7/263 S. 16 Ziff. 1).

E. 2.4

Strittig bleibt der Rentenanspruch des Beschwerdeführers, wobei insbesondere zu prüfen ist, ob auf die Feststellungen im psychiatrischen A.____-Teilgutachten abgestellt werden kann. 3.

3.1

Die von der Beschwerdegegnerin am 6. März 2017 verfügte, höchstrichterlich bestätigte Renteneinstellung (vgl. Sachverhalt E. 1.2) beruhte im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Dezember 2014 (Urk. 7/116) sowie dessen ergänzender

Stellungnahme vom 13. Juli 2016 (Urk. 7/146). 3.2

Dr. Y.____

nannte im psychiatrischen Gutachten (Urk. 7/116) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 5.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 8 Ziff. 5.2): - Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände (ICD-10 Z 60) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10

F 33.4) - Status nach Anpassungsstörung im Sinne einer Angst und depressiven Störung, gemischt (ICD-10 F 43.22) - Verdacht auf eine somatoforme autonome Funktionsstörung des Herz-Kreislaufsystems (ICD-10 F 45.30)

Der Beschwerdeführer klagt über Magenschmerzen, hohen Blutdruck, Angst vor einem Reinfarkt, Schwindel, Tagesmüdigkeit, Traurigkeit sowie Rücken- und Bein schmerzen. Alle Beschwerden hätten ihren Ursprung im Jahr 1999, als er einen Herzinfarkt erlitten habe (S. 5 f. Ziff. 3.7).

Beim Beschwerdeführer seien eine diffuse Ausweitung und Veränderung der Symptome, eine inkonstante Diagnostik sowie eine ungünstige Compliance erkennbar. Unter Berücksichtigung der Vorbefunde und des klinischen Eindrucks könne keine Diagnose hergeleitet werden, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnte. Für die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers spielten psychosoziale Belastungsfaktoren wie die drückenden Schulden, eine subjektive Krankheitsüberzeugung sowie eine erhebliche Selbstlimitierung eine grosse Rolle (S. 14 f. Ziff. 6.1).

In seiner angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsfähig (S. 15 Ziff. 6.2). 3.3

In seiner Stellungnahme vom 13. Juli 2016 (Urk. 7/146) führte Dr. Y.____ aus, der mehr als 15 Jahre zurückliegende Herzinfarkt könne aus rein klassifikatorisch-diagnostischen Gründen unter Berücksichtigung der zeitlichen Komponente gemäss ICD-10 nicht als Ursache einer zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegenden PTBS herangezogen werden (S. 1 f.).

4. 4.1 Seit der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 5. März 2019 (Urk. 7/192) ergingen die nachfolgenden für den Entscheid wesentlichen Berichte. 4.2 Dipl. med.

D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 4. Juli 2019 (Urk. 7/207/2-3) folgende Fachdiagnosen (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.1) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, F43.10) - Angststörung mit agoraphobischen, soziophobischen, hypochondrischen Elementen, mit teils Panikattacken (F40.2) Der Beschwerdeführer sei ein langjährig kranker und arbeitsunfähiger Patient, der nach Erachten von dipl. med. D.____ auch langfristig arbeitsunfähig bleiben werde (S. 2 unten). Am 24. Februar 2020 (Urk. 7/221) diagnostizierte dipl.

med. D.____ unter anderem eine posttraumatische Belastungsstörung mit Erstdiagnose (ED) 2015 und gab an, der Beschwerdeführer sei seit Behandlungsbeginn am 31. August 2015 in jeglichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Am 12. Juni 2020 (Urk. 7/226/1-4) führte dipl. med. D.____ zur Begründung der PTBS-Diagnose aus, der Beschwerdeführer fühle sich seit dem Herzinfarkt 1999 nirgendwo wirklich sicher. Aufgrund der langjährigen

und chronifizierten Situation sei differentialdiagnostisch eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) zu diskutieren, der Beschwerdeführer erfülle auch hierfür die meisten Kriterien (S. 4 Mitte). Mit Verweis auf einen beigelegten Fachartikel (vgl. Urk. 7/226/5) könne auch ein Herzinfarkt Auslöser einer PTBS sein (S. 4 unten). 4.3 Die Ärzte der Klinik E.____ nannten im Austrittsbericht vom 10. September 2020 (Urk. 7/237) über den Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers vom 8. Juli bis 11. August 2020 folgende Fachdiagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) , ED 2008 - Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) Aktenanamnestisch - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) mit/bei - Myokardinfarkt 1999

Der Beschwerdeführer habe problemlos am Programm sowie an der seinem Niveau angepassten Leistungsgruppe teilnehmen können und habe dabei aufgestellt und motiviert gewirkt. Besonders im Kontakt mit Mitpatienten habe er sich offen gezeigt und vom sozialen Milieu profitiert (S. 2 unten) . Bei Austritt habe er berichtet, seine Symptomatik im gleichen Ausmass wie bei Eintritt zu erleben. Auch aus Sicht der Behandler habe keine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden können (S. 3 Mitte). Der Beschwerdeführer werde weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig eingeschätzt (S. 5 unten). 4.4 Dr. med.

Z.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, er stattete am 19. Oktober 2020 seine Neubeurteilung zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 7/249). Er nannte folgende Fachdiagnosen (S. 5 unten): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer mit somatischen Symptomen (F32.2) bei Verdacht auf andauernde und therapieresistente Depression - generalisierte Angststörung (F41.1) mit panikartigen Angstattacken, Reflux-Ösophagitis und Reizdarmsymptomatik - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), ED 2008 - schädlicher Gebrauch von Schmerzmitteln und Benzodiazepinen (F13.1) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

Der Beschwerdeführer sei an ihn getreten, da er 2003 einen Arztbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellt habe, welcher unter anderem zu einer Rente für die Dauer von 2003 bis 2017 beigetragen habe. Aktuell solle ein neues Begehren mit Aussicht auf Wiederberentung im Gange sein. Obwohl Dr. Z.____ den Beschwerdeführer seit 17 Jahren nicht mehr gesehen habe, sei dieser etwas ver zweifelt und fordernd an ihn getreten, eine Neubeurteilung zuhanden der Beschwerdegegnerin zu erstellen (S. 1 Mitte). Im Zeitraum vom 22. September bis 6. Oktober 2020 hätten 4 Konsultationen mit dem Beschwerdeführer stattgefunden (S. 1 unten).

Es bestehe eine ausgeprägte chronifizierte Angststörung mit psychosomatischer und vegetativer Begleitsymptomatik des Magendarmtraktes, die aber auch in Gliederschmerzen und arterieller Hypertonie zum Ausdruck komme . Obwohl der Beschwerdeführer während 20 Jahren in Behandlung gewesen sei, habe sich die Angst- und Schmerzsymptomatik über all die Jahre progredient verstärkt, ausge weitert und chronifiziert (S. 6 oben).

Trotz langjähriger medikamentöser Behandlung sei es aufgrund der Zunahme der Schmerzsymptomatik und der Unruhezustände zu einem mässigen Abusus von Schmerzmitteln und Benzodiazepinen gekommen. Zudem bestehe eine depressive Symptomatik, die infolge von Angst und Schmerzen als Erschöpfungsdepression aufgefasst

werden könne, aber auch als Ursache von Angst- und Schmerzsymptomen in Frage komme. Aktuell bestehe eine mittelgradige bis schwere Ausprägung, wobei – so Dr. Z.____ weiter – eine anhaltend und therapieresistente Depression mit körperlichen Symptomen bestehe. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, einer Beschäftigung nachzugehen. Seine Leistungsunfähigkeit betrage 100 % (S. 6 Mitte).

Aufgrund der Ausprägung der Angststörung, die nicht nur mit psychosomatischen Beschwerden einhergehe, sondern auch den gesamten Alltag des Beschwerdeführers bestimme, erscheine eine Differentialdiagnose zu einer posttraumatischen Belastungsstörung schwierig (S. 6 unten). 4.5

4.5.1

Dr. med.

B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, nannte im psychiatrischen A.____ - Teilgutachten vom 28. Mai 2021 (Urk. 7/263/84-102) keine Fachdiagnosen (S. 91 Ziff. 6). 4.5.2

Die objektiven Untersuchungsbefunde (S. 89 f. Ziff. 4.3) seien unauffällig gewesen. Lediglich in Bezug auf die Affektivität hielt Dr. B.____ fest, der Versicherte zeige sich hier deutlich zum depressiven Pol hin verschoben, die Traurigkeit sei allerdings nicht einfühlbar. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei allenfalls marginal beeinträchtigt (S. 90 oben).

Zusätzlich durchgeführte Untersuchungen seien nebst dem Beck'schen Depressionsinventar zunächst der Test of Memory Malingering (TOMM) gewesen. Der Versicherte habe sowohl im ersten als auch im zweiten Durchgang unterhalb der Ratenswahrscheinlichkeit geantwortet. Laut Testmanual spreche dieses Antwortverhalten für das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik. Andererseits habe das Self-Report Symptom Inventory (SRSI) den faktischen Beweis einer nicht-authentischen Beschwerdeschilderung ergeben (S. 90 unten Ziff. 4.3). 4.5.3

Der Beschwerdeführer verharre im Zustand der gefühlten Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht würde es überraschen, warum die diversen Therapiemassnahmen zu keiner Besserung führen sollten. Dem Beschwerdeführer solle nicht abgesprochen werden, dass der Umgang mit seinen initialen Beschwerden unangemessen gewesen sei. Der somatische Verlauf sei aber erfreulich gewesen und somit sei nicht erkennbar, warum es durch die verzögerte Behandlung zu einem Nachteil gekommen sein sollte. Aus psychiatrischer Sicht sei eine fortgesetzte Behandlung nicht erforderlich. Dies erkenne der Beschwerdeführer auch selbst, weswegen er die ihm verordneten Medikamente nicht beziehungsweise nicht regelmässig einnehme (S. 92 Ziff. 7.2). 4.5.4

Der Beschwerdeführer habe angegeben, faktisch nichts mehr machen zu können und sich vollständig zurückzuziehen. Dies entspreche nicht dem Eindruck, den er bei der Begutachtung hinterlassen habe. Er habe durchaus vital, tadellos gepflegt und dynamisch gewirkt. Dieser Widerspruch sei nicht aufzulösen gewesen. Die angeblich eingenommenen Medikamente seien im Blut nicht beziehungsweise nur in vollkommen unzureichender Dosierung nachweisbar gewesen, was jeden falls gegen eine regelmässige Einnahme spreche. Routinemässig seien zwei unterschiedliche Beschwerdevalidierungsverfahren durchgeführt worden, die höchst auffällige Ergebnisse zutage gefördert hätten. Es sei daher von einem zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik auszugehen

(S. 93 Ziff. 7.3). 4.5.5

Dem Ergebnis des Gutachtens von 2014 sei zuzustimmen, aus heutiger Sicht hätten allerdings auch die damals genannten Diagnosen nicht vorgelegen. Das Gutachten lasse eine Beschwerdevalidierung vermissen, was zweifelsohne daran liege, dass entsprechende Untersuchungen damals noch nicht routinemässig durchgeführt worden seien (S. 94 Mitte Ziff. 7.3).

Hinsichtlich der Vermutung von dipl.

med.

D. ___ aus dem Jahre 2016 betreffend die Möglichkeit einer PTBS könne es bei einem kardiovaskulären Ereignis durchaus zu einer relevanten Traumafolgestörung kommen. Beim Beschwerdeführer habe allerdings die typische Symptomatik einer PTBS nicht erfragt werden können, auch würde es überraschen, warum eine solche Symptomatik zwischen den Jahren 1999 und 2016 nicht erkannt worden wäre, da sich diese – falls vorhanden – aufdrängen würde. Hierzu passe, dass während des Aufenthaltes in der Klinik E. ___ vom 15. November bis 17. Dezember 2016 keine Hinweise auf eine PTBS gefunden worden seien. Dipl. med. D. ___ sei am 4. Juli 2019 von einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, ohne eine Beschwerdevalidierung durchzuführen. Offenbar habe dieser die Symptomatik des Beschwerdeführers unkritisch übernommen. Auch dessen Vermutung vom 12. Juni 2020, dass der Beschwerdeführer an einer andauernden Persönlichkeitsveränderung leide, könne deshalb nicht geteilt werden (S. 94 Mitte Ziff. 7.3).

Selbst die Klinik E. ___ habe am 9. September 2020 die Diagnose einer PTBS nicht bestätigt, sondern lediglich darauf hingewiesen, dass diese aktenanamnestisch bestehe. Dies spreche dafür, dass selbst im Rahmen einer stationären Behandlung eine entsprechende Diagnose nicht gestellt werden können. Ausserdem überrasche es, dass zuletzt trotz intensiver therapeutischer Bemühungen keine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden können. Dr. Z. ___, der den Beschwerdeführer zuletzt vor 17 Jahren gesehen habe, habe im Oktober 2020 die ihm bekannten Diagnosen wiederholt, wobei diese nicht hätten nachvollzogen werden können (S. 94 f. Ziff. 7.3).

4.5.6

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 100 %. Aus psychiatrischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 96 Ziff. 8). 4.5.7

Zusammenfassend könne aus psychiatrischer Sicht festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Erkrankung habe verifiziert werden können, die bisher genannten psychiatrischen Diagnosen seien zu falsifizieren, insbesondere bestehe keine PTBS. Der Beschwerdeführer habe hier keine entsprechende Symptomatik geschildert, seine übrigen diffusen Schilderungen führten zu keiner psychiatrischen Diagnose. Er habe in zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren signifikant schlecht abgeschnitten, so dass vom zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik auszugehen sei. Dies entspreche auch dem Eindruck, den der Beschwerdeführer hinterlassen habe, und dem Ergebnis der labormedizinischen Untersuchung (S. 95 Ziff. 7.4). 4.6

Gemäss der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der A.____-Gutachter (Urk. 7/263/1-20) hätten sich weitere Inkonsistenzen ergeben. So sei aus inter nistischer Sicht (vgl. auch Urk. 7/263/46 Ziff. 7.3) festgestellt worden, dass der Beschwerdeführer sich keine Tätigkeit vorstellen könne, die er machen könnte, was diskrepant zu den Aktivitätenniveaus in den vergleichbaren Lebensbereichen Freizeit und Haushalt sei. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, kleine Arbeiten im Haushalt zu erledigen, spazieren zu gehen und in den Kosovo zu reisen (2018). Auch neurologischerseits sei festgestellt worden, zu den Alltags- und Freizeitaktivitäten des Beschwerdeführers gehörten Spaziergehen und leichtere Gartenarbeiten. Dies stehe im Widerspruch zu seinen anamnестischen Angaben, dass Schmerzen durch Gehen und Bücken beziehungsweise bei Belastung provoziert würden. Die in der klinisch-neurologischen Untersuchung angegebene Hemihypästhesie und Hemihypalgesie mit streng medianer Begrenzung sei neurologisch nicht erklärbar (vgl. auch Urk. 7/263/76-77 Ziff. 7.3). Sämtliche Medikamente, die der Beschwerdeführer einzunehmen angegeben habe, seien nicht oder in einem zu niedrigen Spiegel nachweisbar gewesen (S. 14 Mitte Ziff. 4.6). 4.7

Dr.

Z.____

erstattete am 25. August 2021 seine kritische Stellungnahme zum psychiatrischen A.____-Teilgutachten zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 7/269/5-7). Dabei führte er aus, die Testinstrumente TOMM und SRSI seien ihm unbekannt. Testinstrumente sollten als Ergänzung zu den eigenen klinischen Befunden, dem Krankheitsverlauf und der Gesamtschau Anwendung finden. Der Gutachter aber benutze die beiden für seine Schlussfolgerungen massgeblichen Testinstrumente mit Ausschliesslichkeit (Ziff. 3).

Nach der testbasierten Feststellung einer zielgerichteten Vortäuschung einer nicht vorhandenen Symptomatik sehe der Gutachter keine Notwendigkeit mehr, eine sorgfältige Diskussion der schweren depressiven Störung oder der Angststörung nach ICD-10 vorzunehmen. Eine PTBS habe nicht erfragt werden können, dies ohne Angabe eines Grundes. Eine Cortisol-Bestimmung im Blut als Hinweis auf eine Depression sei nicht gemacht worden. Auch auf die seit 2008 bestehende organisch bedingte Schmerzsymptomatik mit ihren psychischen Wechselwirkungen werde nicht eingetreten, ebenso wenig auf die im selbigen Gesamtgutachten festgehaltenen psychosomatischen Diagnosen wie Kopfschmerzen, unsystematischer Schwindel, arterielle Hypertonie, funktionelle Dyspepsie und vasovagale Synkope. Sodann bleibe offen, weshalb der Gutachter die von ihm hervorgehobene Rentenneurose nicht diagnostiziere (Ziff. 4).

Der Gutachter komme zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer ein zielgerichtetes Vortäuschen bestehe, obwohl dessen Leiden in keine der zitierten kritischen Gruppen passe. Das methodische Verfahren des Gutachters erscheine als intransparent und strategisch. Es werde empfohlen, ein psychiatrisches Ergänzungsgutachten in Auftrag zu geben oder ein Privatgutachten bei einem Facharzt für posttraumatische Belastungsstörungen einzuholen. In jedem Fall aber sei ein Belastbarkeitstraining vorzunehmen (Ziff. 5). 4.8

Dipl. med.

D.____ erklärte am 24. September 2021 in seiner Stellungnahme zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 7/269/8), er stimme dem Bericht von Dr.

Z.____ vom 25. August 2021 vollumfänglich zu. 4.9

Dr. B.____ erstattete am 9. März 2022 seine Stellungnahme (Urk. 7/277) zu den Rückfragen des RAD (Urk. 7/272/1-2). Dabei führte er betreffend die kritische Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 25. August 2021 aus, die von diesem zitierten Befunde seien einer Plausibilisierung zu unterziehen, was durch ihn – Dr. B.____

– tatsächlich erfolgt sei (S. 2 unten). Es sei – unter Verweis auf entsprechende Literatur – bedauerlich, dass Dr. Z.____ die Verfahren TOMM und SRSI nicht bekannt seien. Dr. B.____ stelle diese stets an das Ende der Exploration, um abschliessend eine Gesamtwertung vornehmen zu können. Beim Beschwerdeführer seien bereits vor der Durchführung der Verfahren aus seinem Vortrag erhebliche Inkonsistenzen abzuleiten gewesen, die dann durch die entsprechende Untersuchung bestätigt worden seien (S. 3 oben). Die Stellungnahme von Dr. Z.____ wirke auch insoweit undifferenziert parteilich, als dass er mit keinem Wort darauf eingehe, dass sich die fehlende Authentizität der Angaben des Beschwerdeführers nicht nur auf die von ihm geschilderte vage Symptomatik sowie die Beschwerdevalidierung beziehe, sondern auch auf die fehlende Einnahme einer spezifischen Medikation (S. 4 oben). Auffällig sei, dass der Beschwerdeführer nicht nur die psychotrope Medikation, sondern auch die Schmerzmedikation nicht eingenommen habe (S. 4 Mitte). Vor dem Hintergrund der beschriebenen Auffälligkeiten sei es nicht erforderlich gewesen, eine differentialdiagnostische Einordnung vorzunehmen. Eine psychiatrische Erkrankung bestehe nicht (S. 4 unten). 4.10

Dr. Z.____ führte am 19. April 2022 (Urk. 7/282/1-2) aus, die Stellungnahme von Dr. B.____ sei defensiv und ausweichend. Nicht in einem Punkt gehe dieser inhaltlich auf die in der Stellungnahme vom 25. August 2021 vorgebrachten klinischen, diagnostischen und psychodynamischen Diskussionen ein (S. 1 oben).

E. 4

11

Dr. med.

C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2022 (Urk. 3) aus, der Beschwerdeführer kenne ihn von einer früheren Behandlung her, so habe er ihn im Jahr 2004 wegen eines Arztberichts zuhause der Beschwerdegegnerin gesehen, ebenso im Jahr 2009. Seit der Kontaktnahme im Frühjahr 2022 habe er den Beschwerdeführer insgesamt 3 Mal gesehen (S. 1 oben). Dieser leide an einem komplexen Zustandsbild, geprägt von der Kernsymptomatik Angst und dem damit verbundenen Vermeidungsverhalten (S. 1 unten). Dieses Zustandsbild sei nosologisch nicht einfach zu klassifizieren, es befinde sich an der Schnittstelle verschiedener Diagnosen und führe deshalb je nach Gewichtung zu unterschiedlichen Einschätzungen. So anspruchsvoll die psychiatrische Diagnostik also sei, so klar sei, dass die Einschätzung von Dr. B.____, es liege überhaupt keine psychiatrische Diagnose vor, falsch sei. Es bestehe mit Sicherheit eine psychiatrische Störung von Krankheitswert. Diese zu eruieren und korrekt einzuordnen erfordere jedoch einen beträchtlichen Aufwand (S. 2 oben).

Der TOMM sei 1996 entwickelt worden, um bei Patienten mit «mild traumatic brain

injury » eine vorgetäuschte Beeinträchtigung des Gedächtnisses festzustellen. In der klinischen Untersuchung habe Dr. B.____ keine Beeinträchtigung des Gedächtnisses feststellen können. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb er den TOMM einsetze (S. 2 Mitte). 5. 5.1

Das psychiatrische A.____ -Teilgutachten von Dr. B.____ vom 28. Mai 2021 (E. 4.5) und dessen Stellungnahme vom 9. März 2022 (E. 4.9) erfüllen wie auch das polydisziplinäre A.____ -Gesamtgutachten vom 6. Juli 2021 (Urk. 7/263) die Voraussetzungen an einen beweismässigen Arztbericht (E. 1.6), weshalb grundsätzlich auf die Feststellungen der Gutachter abgestellt werden kann (vgl. dazu auch bereits E. 2.2).

Anders sieht dies der Beschwerdeführer und stützt sich dabei auf die Berichte seiner Behandler (E. 2.2), insbesondere auf die Beurteilungen durch Dr. Z.____ (E. 4.4, E. 4.7, E. 4.10).

5.2

Unbekannt

sind Dr. Z.____

offenbar die Validierungsinstrumente TOMM und SRSI (E. 4.7). Dr. B.____ legte in seiner Stellungnahme vom 9. März 2022 indes ausführlich dar, weshalb er diese zur Bestätigung seiner klinischen Untersuchungsergebnisse einsetzte (E. 4.9; vgl. im Detail Urk. 7/277 S. 3). Der TOMM wird entsprechend in der einschlägigen Fachliteratur ebenso als geeignetes Symptomvalidierungsinstrument bei der Beurteilung von psychischen Störungen genannt (Keppler et al., Beschwerdvalidierung in der versicherungsmedizinischen Begutachtung, in «Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie» 2017, 85, S. 17-33) wie der SRSI (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13854046.2018.1559359>). Der Beschwerdeführer antwortete im TOMM in beiden Durchläufen unterhalb der Ratenswahrscheinlichkeit (E. 4.5.2). Dies spricht

in klarer Weise für ein zielgerichtetes Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik . Dass der Gutachter in der klinischen Untersuchung keine Beeinträchtigung des Gedächtnisses feststellen konnte, spricht entgegen Dr. C.____ (E. 4.11) nicht gegen den Einsatz des TOMM .

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Beurteilung die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung , Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung massgebend (Urteil des Bundesgerichts 9C_305/2009 vom 26. Juni 2009 E. 3.4.1). Die Durchführung von Tests unterliegt der Fachkunde und dem Ermessensspielraum des begutachtenden Psychiaters (Urteil des Bundesgerichts I 305/06 vom 22. Mai 2007 E. 3.2). Anlass, in dieses Ermessen im Nachhinein einzugreifen, besteht nicht . Dies umso weniger, als Dr. B.____ am 9. März 2022 schlüssig darlegte, die Symptomvalidierungsverfahren hätten wie üblich zwecks Gesamtwertung erst am Ende der Exploration stattgefunden, nachdem bereits aus dem Vortrag des Beschwerdeführers erhebliche Inkonsistenzen abzuleiten gewesen seien. Es überzeugt und ist mit Blick auf das ursprüngliche Teilgutachten (E. 4.5) sowie auf die eingangs zitierte bundesgerichtliche Rechtsprechung stimmig, wenn Dr. B.____ darauf hinwies, die fehlende Authentizität der Angaben des Beschwerdeführers ergebe sich bereits aus der vagen Symptomatik und der fehlenden Einnahme einer spezifischen Medikation (E. 4.9).

Es ist Dr. B.____ auch darin zuzustimmen, dass Dr. Z.____ insbesondere auf letzteren Aspekt in keiner seiner Stellungnahme einging, dies nicht einmal am 19. April 2022 (E. 4.10), nachdem Dr. B.____ hierauf explizit hingewiesen hatte (E. 4.9). 5.3

Die Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 19. Oktober 2020 (E. 4.4), vom Beschwerdeführer als Grundlage für eine Rentenzusprache angerufen (vgl. E. 2.2), unterliegt sodann weiteren Relativierungen hinsichtlich ihres Beweiswertes.

Zunächst handelt es sich bei Dr. Z.____ um einen behandelnden Psychiater, weshalb bei der Würdigung seiner Feststellungen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), sprich deren Gesundheitsbeeinträchtigung tendenziell eher gravierender und deren Arbeitsfähigkeit tendenziell eher tiefer einschätzen, als dies objektiv gerechtfertigt wäre. Diese bereits grundsätzlich bestehenden Vorbehalte erscheinen im konkreten Fall umso mehr als gerechtfertigt, weil Dr. Z.____ einleitend gar explizit festhielt, der Beschwerdeführer sei 17 Jahre nach einem damals hinsichtlich der Rentenzusprache als erfolgswirksam erachteten Arztbericht etwas verzweifelt und fordernd mit der Bitte um Neubeurteilung an ihn getreten (E. 4.4). Dies geschah sodann während laufenden Vorbescheidverfahrens (vgl. vorstehend Sachverhalt E. 1.3), was den Beweiswert des sen Berichtes vom 19. Oktober 2020 weiter mindert (vgl. BGE 121 V 45 E. 2a).

Schliesslich fällt auf und ins Gewicht, dass Dr. Z.____

gemäss seiner Aktenaufstellung (Urk. 7/249 S. 1 unten) bei der Erstellung seines Berichtes vom 19. Oktober 2020 das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____ aus dem Jahr 2014 (vgl. E. 3.2) nicht vorlag. Nachdem dieses die Grundlage für die höchstrichterlich bestätigte Rentenaufhebung bildete (vgl. Sachverhalt E. 1.2), kann dem Bericht vom 19. Oktober 2020 mangels Kenntnis der Vorakten definitiv kein relevanter Beweiswert zukommen (E. 1.7). 5.4

Die Diagnose einer PTBS stellte Dr. Z.____ genau besehen nicht. Er nannte lediglich eine entsprechende Verdachtsdiagnose, führte aus, eine Differentialdiagnose zu einer PTBS erscheine schwierig und bezeichnete diese als These (E. 4.4), welche einer näheren Abklärung bedürfe (E. 4.7). Dipl. med. D.____ seinerseits berichtete diesbezüglich widersprüchlich, indem

er am 4. Juli 2019 lediglich eine PTBS-Verdachtsdiagnose nannte, am 24. Februar 2020 hingegen eine PTBS mit Erstdiagnose 2015 diagnostizierte (E. 4.2). Seine Aussage, der Beschwerdeführer sei seit dem 31. August 2015 in jeglichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig, widerspricht sodann gar höchstrichterlicher

Feststellung (vgl. Sachverhalt E. 1.2).

Dr. B.____ seinerseits verwarf die Diagnose mit Überzeugung. Einleuchtend sind seine zentralen Argumente, wonach eine entsprechende Symptomatik jahrzehntelang nicht erkannt wurde und die Behandler der Klinik E.____ selbst anlässlich der zwei stationären Aufenthalte die Diagnose einer PTBS nicht stellen wollten oder konnten (E. 4.5.5). Stimmigerweise hatte denn auch das Bundesgericht im Urteil vom 21. Februar 2019 ausgeführt, gestützt unter anderem auf die schlüssige Stellungnahme von Dr. Y.____ vom 13. Juli 2016 (vorstehend E. 3.3) sei nicht von einer PTBS auszugehen (Urk. 7/190 E. 6.3). 5.5

Dr. Z.____ nannte am 19. Oktober 2020 diverse Diagnosen und versuchte, diese in einen Zusammenhang zu bringen (E. 4.4). Die entsprechenden Ausführungen sind schwierig nachzuvollziehen , worauf Dr. B.____ zu Recht hinwies (E. 4.5.5). Sie zeigen aber immerhin auf, welches bunte Beschwerdebild der Beschwerdeführer präsentiert. Damit übereinstimmend hielt Dr. C.____ im Juli 2022 fest, das Zustandsbild befinde sich an der Schnittstelle verschiedener Diagnosen und führe deshalb je nach Gewichtung zu unterschiedlichen Einschätzungen (E. 4.11). Anders gesagt war die Symptomschilderung eben diffus, wie dies Dr. B.____ richtig einordnete (E. 4.5.7). Eine vage Charakterisierung der Beschwerden ist ein gewichtiger Hinweis auf eine Aggravation (vgl. E. 1.6). Ein weiterer klarer Hinweis auf Aggravation ist die vorliegende fehlende medizinische Therapie in pharmakologischer Hinsicht, nachdem der Beschwerdeführer die verschriebene Medikation nicht oder nicht in genügendem Umfang einnimmt (E. 4.5.4 ; E. 4.6) trotz von ihm geschilderten erheblichen Beschwerden in somatischer und psychischer Hinsicht. Nicht zuletzt stellten die somatischen Gutachter auch erhebliche Diskrepanzen zwischen dem effektiven Aktivitätsniveau und den übrigen anamnestischen Angaben fest (E. 4.6). Zumindest eine erhebliche Selbstlimitierung bei unregelmässiger Medikamenteneinnahme und diversen Inkonsistenzen hatte sodann bereits Dr. Y.____ im Jahr 2014 konstatiert (vgl. E. 3.2 so wie vgl. Urk. 7/116 S. 3 Ziff. 3.1 und S. 14 f. Ziff. 6.1).

All diese Hinweise lassen im Verbund mit den eindeutigen Ergebnissen der durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren keinen anderen Schluss zu, als dass vorliegend mindestens von Aggravation ausgegangen werden muss.

Offengelassen werden kann, ob gestützt auf die entsprechende Einschätzung des psychiatrischen Teilgutachters (E. 4.5.4) gar eine Simulation angenommen werden kann. 5.6

Die Annahme einer psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigung verbietet sich daher so oder anders . Selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten, bestünde von vornherein keine Grundlage für eine durch psychische Einschränkungen begründete Invalidenrente. Zu Recht hat Dr. B.____ daher auf die zeitraubende und höchst anspruchsvolle (vgl. etwa E. 4.11) Herleitung einer allfälligen psychiatrischen Diagnose verzichtet. Eine differenzialdiagnostische Einordnung war nicht erforderlich (vgl. E. 4.9). Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (E. 2.2) hat sich Dr. B.____ bei dieser Ausgangslage genügend mit den weiteren Arztberichten und dabei insbesondere auch mit den Stellungnahmen von Dr. Z.____ auseinandergesetzt (vgl. E. 4.5.5). Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens schliesslich erübrigt sich (E. 1.6).

5.7

Nach dem Gesagten bestehen keine Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des versicherungsexternen Administrativgutachtens sprechen würden. Es kann daher auf dieses vollständig abgestellt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_461/2021 vom 3. März 2022 E. 4.1), die beantragten weiteren Beweiserhebungen (E. 2.2) sind nicht angezeigt.

Es bleibt somit abgestellt auf die beweiskräftigen Feststellungen des A.____-Gutachtens bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit mit dem beschriebenen, einzig durch somatische Einschränkungen begründeten Belastungsprofil (vgl. E. 2.3).

Nachfolgend sind die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen. 6.

6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 6.2

Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222). Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. Die IV-Anmeldung ging am 6. März 2019 bei der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 7/192 sowie Aktenverzeichnis zu Urk. 7). Ein allfälliger Rentenanspruch bestünde somit frühestens ab dem 1. September 2019.

E. 6

Zu Recht hat demnach die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der

Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Vogel Muraro

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