

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00438 vom 24. Juni 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-06-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00438

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00438 du 24 juin 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00438 del 24 giugno 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, war von 1995 bis 2009 bei verschiedenen Banken und zuletzt von September 2010 bis April 2020 bei der Y.____ AG als Relationship Manager Wealth Management tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 6. Januar 2019 war (Urk. 6/8 Ziff. 2.2-3; Urk. 6/113). Unter Hinweis auf ein Burn-Out meldete er sich am 16. August 2019 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, und holte bei m Z.____ ein interdisziplinäres Gutachten ein, das am 12. November 2020 erstattet wurde (Urk. 6/42/3-66).

Nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 6/65) und erhobene m Einwand (Urk. 6/79; Urk. 6/85) stellte die IV-Stelle Rückfragen an das Z.____, welche mit Stellungnahme vom 26. Mai 2021 (Urk. 6/99) beantwortet wurden, worauf der Versicherte am 30. November 2021 seinen Einwand ergänzte (Urk. 6/120).

Mit Verfügung vom 23. Juni 2022 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine befristete ganze Rente vom 1. Februar 2020 bis zum 28. Februar 2021 zu und verneinte einen weitergehenden Rentenanspruch (Urk. 6/131 sowie Urk. 6/123 [Verfügungsteil 2] = Urk. 2).

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, 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 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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.

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

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.5

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). IV220060

E. 1.6

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).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1).

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). UV170510 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 29. August 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. Juni 2022 (Urk. 2) und beantragte, diese sei teilweise aufzuheben und es sei ihm über den 28. Februar 2021 hinaus eine Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei er durch das angerufene Gericht begutachten zu lassen, subeventuell sei die Sache zur Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2022 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass dem Beschwerdeführer in der Zeit vom 1. Januar 2019 bis zum 31. Oktober 2020 aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkung keine Erwerbstätigkeit zumutbar gewesen sei. Der Gesundheitszustand habe sich ab November 2020 verbessert. Ab diesem Zeitpunkt seien dem Beschwerdeführer Tätigkeiten wieder zu 70 % möglich gewesen, womit dieser ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne. Unter Berücksichtigung des Zeitpunkts

der IV-Anmeldung und des Zeitablaufs von 3 Monaten nach eingetretener Verbesserung bestehe ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente von Februar 2020 bis Februar 2021 .

Das Z.____ -Gutachten sei plausibel und nachvollziehbar. Die behandelnden Ärzte kämen lediglich zu einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts.

E. 2.2

Damit ist bereits vorweggenommen, dass Dr. D.____ mit seinen Argumenten nicht gegen die fundierte Einschätzung durch den Z.____ -Teilgutachter aufzukommen vermag. Der behandelnde Psychiater vertrat dezidiert die Auffassung, es liege eine bipolare affektive Störung vor. Diese Diagnose stellte er erstmals am 13. Dezember 2019 (E. 3.3), obschon er den Beschwerdeführer bereits seit Juni 2015 behandelte und weder die Ärzte des A.____ nach sechswöchigem stationären Aufenthalt anfangs 2019 (E. 3.1) noch die Ärzte der B.____ nach über zweimonatiger teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik im Frühling 2019 (E. 3.2) diese Diagnose gestellt hatten.

Vielmehr wurde in A.____ eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und dependenten Anteilen diagnostiziert (E. 3.1) und auch die B.____ -Ärzte äusserten, es stelle sich zumindest der Verdacht auf eine Persönlichkeits akzentuierung oder -störung mit emotional-instabilen und narzisstischen Zügen (E. 3.2). Somit war Dr. J.____ keineswegs der erste Facharzt, welcher eine auffällige Persönlichkeit ausgemacht hatte. Die Diagnose einer Persönlichkeits störung wurde daher entgegen Dr. D.____ (E. 3.11) durch den psychiatrischen Teil gutachter nicht «unmittelbar» gestellt. Die Kriterien der ICD-10 stehen denn einer erstmaligen Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Rahmen eines Gutachtens auch nicht entgegen, zog Dr. J.____

doch in Form der zahlreichen Arztberichte, der ausführlichen Anamnese und auch der Beobachtungen der übrigen Teilgutachter – insbesondere in der neuropsychologischen Untersuchung –

diverse Informationen bei und kann ein Persönlichkeitsbild durchaus auch durch ein einziges Interview deutlich werden (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10., überarbeitete Auflage, Bern 2015, S. 275 Mitte). 4.2.3

Es gibt sodann starke Indizien dafür, dass der Beschwerdeführer selber keine Persönlichkeits störung oder -akzentuierung diagnostiziert haben wollte. So wurde seitens B.____ festgehalten, es sei nach Remission der depressiven Symptomatik testpsychologisch zu beurteilen, inwieweit überdauernde Persönlichkeits merkmale eine Rolle spielten. Diese Empfehlung versahen sie jedoch mit dem Vorbehalt des Einverständnisses des Beschwerdeführers. Dieser habe die in A.____ postulierte narzisstische Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung als falsch erachtet (E. 3.2).

Es erstaunt vor diesem Hintergrund nicht, dass der Psychiater Dr. D.____ entsprechend seinem Behandlungsauftrag als therapeutisch tätiger Fachperson die Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung vermied. Die unterschiedliche Natur dieses Behandlungsauftrags einerseits und des Begutachtungsauftrags des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es rechtsprechungsgemäss denn auch nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts

8C_461/2021 vom 3. März 2022).

Nicht einzuleuchten vermag nach dem Gesagten das Argument von Dr. D.____, es sei doch verwunderlich, dass eine seltene Störung wie die histrionische Persönlichkeitsstörung keinem anderen Behandler aufgefallen sei. Vielmehr ist die Seltenheit der Erkrankung gerade eine weitere mögliche Erklärung für diese späte Diagnose.

Weshalb demgegenüber er selber die von ihm diagnostizierte und danach von den weiteren Behandlern übernommene bipolare affektive Störung erst nach vier einhalbjähriger Behandlung Ende 2019 diagnostizierte, wollte oder konnte

Dr. D.____ nicht erklären. Zu Recht wies RAD-Arzt Dr. G.____ sodann im April 2020 darauf hin, beim allfälligen Vorliegen einer bipolaren affektiven Störung werde nicht leitliniengerecht behandelt (E. 3.5). 4.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere, ob auf das Z.____-Gutachten abgestellt werden kann, ob gegebenenfalls ein Revisionsgrund per November 2020 ausgewiesen ist und ob die Beschwerdegegnerin infolge einer relevanten Restarbeitsfähigkeit in ange stammter Tätigkeit zu Recht auf einen Einkommensvergleich verzichtet hat. 3. 3.1

Die Ärzte des A.____ nannten im Austrittsbericht vom 18. März 2019 (Urk. 6/20/16-20) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 22. Januar bis 4. März 2019 folgende – hier verkürzt wieder gegebenen – Diagnosen (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) - nicht näher bezeichnete Essstörung (F50.9) - Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und dependenten Anteilen (F60.89) - obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (G47.33) - Hyperthyreose E05.9 - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Asthma bronchiale

Der Beschwerdeführer habe berichtet, er sei im November 2017 beim jetzigen Arbeitgeber aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt, jedoch im September 2018 wieder als Kundenbetreuer eingestellt worden. Er habe sehr viel reisen

müssen und habe unter Dauerdruck gestanden

(S. 1 unten). In den letzten Monaten habe er grosse Durchschlafprobleme und Antriebsarmut gehabt. Hinzu plagten ihn Existenzängste und er habe vermehrt Suizidgedanken gehabt. Er habe versucht, seine psychische Problematik mit Alkohol und Kokain zu lindern. Er habe sehr viel gearbeitet, bis zu 12 Stunden am Tag inklusive Wochenenden, bis es am 20. Dezember 2018 zu einer Noteinweisung ins Spital gekommen sei wegen eines Verdachts auf einen Herzinfarkt (S. 1 f.). Bei Austritt habe der Beschwerdeführer psychisch aufgehellter gewirkt, jedoch habe der Austritt verbunden mit der bevorstehenden Zukunftsplanung zu einer erneuten Verschlechterung geführt (S. 4 Mitte). Man habe ihm eine Arbeitsunfähigkeit vom 22. Januar bis 15. März 2019 attestiert (S. 4 unten). 3.2

Die Ärzte der B.____

nannten im Austrittsbericht vom 12. Juni 2019 (Urk. 6/9/19-24) über die teilstationäre Behandlung des Beschwerdeführers in der Tagesklinik vom 15. März bis 24. Mai 2019 folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - Essattacken bei anderen psychischen Störungen (F50.4) - psychische und

Verhaltensstörungen durch Kokain: schädlicher Gebrauch (gegenwärtig abstinent; F14.1) - in der Vorgeschichte: psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol: schädlicher Gebrauch (gegenwärtig abstinent; F10.1) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Erschöpfungssyndrom bei bestehendem Schlafapnoe-Syndrom und beruflicher Überlastung; Z73) - Kontakttänlässe mit Bezug auf Kindheitserlebnisse (berichteter emotionaler und sexueller Missbrauch in Kindheit und Jugend innerhalb und ausserhalb der Familie ; Z61)

Vor 15 Jahren habe es eine psychiatrische Behandlung in C.____ gegeben auf grund einer schweren depressiven Phase. Der Beschwerdeführer habe damals nach der Scheidung « alles verloren » (Wohnung, Kinder, Arbeitsstelle) und keinen Lebenssinn mehr gesehen (S. 2 Mitte). In der Kindheit habe er massive Missbrauchserlebnisse erfahren. Der Vater habe ihn körperlich und vor allem emotional misshandelt, die Mutter habe ihn dann in ein Internat geschickt, wo es zu jahrelangen sexuellen Missbräuchen gekommen sei. Er habe jahrelang die Trau mata abzuspalten versucht und sei wiederholt von Flashbacks und Depersonal isationserleben geplagt gewesen (S. 3 oben). Der Beschwerdeführer habe bei der Therapie im zwischenmenschlichen Kontakt beziehungsweise im Verhalten emotional-instabile sowie teilweise narzisstische Züge mit Neigung zu raschem Gekränktheit und abwertendem Verhalten sowie Auffälligkeiten im Bereich Nähe-Distanz gezeigt. Arztberichte aus der Vorbehandlung in A.____ , wo –

laut dem Beschwerdeführer fälschlicherweise –

eine narzisstische Persönlichkeits störung oder

-akzentuierung postuliert worden sei, lägen nicht vor, so dass eine abschliessende Beurteilung der Persönlichkeit nicht möglich sei (S. 5 oben).

Es werde von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittel gradige Episode, ausgegangen. Es stelle sich ausserdem zumindest der Verdacht auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung mit emotional-instabilen und narzisstischen Zügen. Nach weiterer Remission der depressiven Symptomatik sei – sofern der Beschwerdeführer einverstanden sei – testpsychologisch zu beurteilen, inwieweit überdauernde Persönlichkeitsmerkmale eine Rolle spielten (S. 5 unten). 3.3

Dr. med. D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kompetenzzentrum für Essstörungen und Adipositas , nannte in seinem Bericht vom 13. Dezember 2019 (Urk. 6/17) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychischen Symptomen (F31.2) - Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit narzisstischen und depen denten Anteilen (F60.89) - obstruktives Schlafapnoesyndrom (G47.33) - Hyperthyreose (E05.9)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. D.____ eine nicht näher bezeichnete Essstörung (F50.9; Ziff. 2.6). Attestiert habe er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Januar bis Dezember 2019 (Ziff. 1.3).

Der Beschwerdeführer befinde sich seit Juni 2015 aufgrund einer unspezifischen Essstörung in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Seit Oktober 201

E. 2.4

Schliesslich verschränkten sich die Feststellungen im neuropsychologischen und im psychiatrischen Teilgutachten in stimmiger Weise: Die kombinierte Persönlichkeitsstörung

lasse die Leistungsverzerrung als unbewusst einschätzen und ergebe mit den neuropsychologischen Untersuchungsbefunden insofern ein weitestgehend konsistentes und plausibles Bild (E. 3.6.4). Bei Vorliegen einer histrionischen und narzisstischen Persönlichkeitsstörung habe man naturgemäss eine Doppelgesichtigkeit im Sinne, dass auf der einen Seite der Beschwerdeführer leidend und krank sei, mit seiner sthenischen Seite aber sehr wohl seine Ziele bewusst verfolgen könne und in diesem Sinne auch versucht habe, die Untersuchungen zu beeinflussen (E. 3.6.5). 4.2.5

Es ist daher in diagnostischer Hinsicht auf das Gutachten abzustellen und beim Beschwerdeführer von einer vorliegenden kombinierten histrionisch-narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F68) auszugehen. 4.3

4.3.1

Gemäss ständiger Rechtsprechung ist die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens allerdings ohnehin nicht entscheidend. Relevant sind viel mehr dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4, BGE 143 V 418 E. 5.2.2). 4.3.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

4.3.3

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1). 4.3.4

Da das Gutachten eine schlüssige Beurteilung des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers im Lichte der nunmehr massgeblichen Indikatoren (E. 4.3.2) erlaubt, kann es vorliegend als Grundlage für die Rentenprüfung dienen, dies insbesondere, nachdem es inhaltlich abgesehen von den diagnostischen Schlussfolgerungen und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unbestritten blieb. 4.4

4.4.1

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass insgesamt eine deutliche histrionische und narzisstische Persönlichkeitsstruktur besteht, mit deutlicher Affektlabilität und eindeutiger Abhängigkeit der Affektivität vom Thema. Leicht gradig eingeschränkt ist die Fähigkeit des Beschwerdeführers zur Anpassung an Regeln und Routinen, seine Flexibilität und Umstellfähigkeit, sein Entscheidungs- und Urteilsvermögen, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und damit der Gruppen- und Teamfähigkeit, die Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen und die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten. Mittelgradig eingeschränkt ist seine Durchhaltefähigkeit (E. 3.6.4). Aus den Befunden resultiert mithin lediglich eine mässige funktionelle Einschränkung. 4.4.2

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer seit Juni 2015 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. D.____ befindet, wobei die Behandlung wöchentlich (Urk. 6/17 Ziff. 1.2) beziehungsweise zweimal wöchentlich (Urk. 6/84) stattfindet. Die Behandlung erweist sich als schwierig. Dr. J.____ hielt dazu fest, der bisherige Verlauf bezüglich Therapie erscheine wenig Optimismus einflössend. Die gegenwärtige Medikation scheine ihre Wirkung nicht getan zu haben, was auch nicht weiter überraschend sei. Sorgen bereite bei einer zu Sucht neigenden Persönlichkeit eher der Konsum von Ritalin, für den es im Grunde keine wirkliche Indikation gebe (Urk. 6/42 S. 50 Ziff. 7.2). Immerhin ist die rezidivierende depressive Störung mittlerweile nur noch leichtgradig aus geprägt (E. 3.6.3), nach ursprünglich schwergradiger Ausprägung im Jahr 2019 (E. 3.1, E. 3.6.5), was als Behandlungserfolg zu werten ist.

Insgesamt ist somit ein nur mässiger Behandlungserfolg bei allerdings fraglich leitliniengerechter Therapie (vgl. auch E. 3.5) zu konstatieren. Eingliederungs bemühungen sind keine aktenkundig. 4.4.3

Eine mässige psychiatrische Komorbidität liegt vor in Form einer Essstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (E. 3.6.3). 4.4.4

Zum Komplex Persönlichkeit ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer mit Blick auf die Diagnose eine Doppelgesichtigkeit in dem Sinne vorliegt, dass er auf der einen Seite leidend und krank ist, mit seiner sthenischen Seite aber sehr wohl seine Ziele bewusst verfolgen kann (E. 3.6.5). Mit einem zwei Jahre dauern den Unterbruch hat sich der Beschwerdeführer seit den frühen Neunzigerjahren bis 2018 trotz seiner evidenten Persönlichkeitsstörung immer seinen Lebens unterhalt selbst verdienen können und dabei wieder kehrend weit überdurchschnittliche Einkommen erzielt (E. 3.6.3; vgl. Urk. 6/113). Er ist zweisprachig Deutsch und Englisch, hat im Bankenbereich viel Berufserfahrung und verfügt über eine gute intellektuelle Begabung (Urk. 6/42 S. 15 Ziff. 4.5). Der Beschwerdeführer verfügt insgesamt über gute persönliche Ressourcen. 4.4.5

Zum Komplex sozialer Kontext ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit zirka sechs Jahren alleine lebt, heute in einer Eineinhalbzimmer-Mietwohnung. Er beschreibt sich als sozial zurückgezogen (Urk. 6/42 S. 46 Mitte Ziff. 4.3). Im Jahr 2001 habe er geheiratet und sei Vater eines Sohnes geworden. Seine Frau habe ihn dann im Jahr 2003 plötzlich und abrupt verlassen. Aus einer vorehe lichen Beziehung in England habe er einen 31-jährigen Sohn, mit welchem er regelmässig Kontakt pflege (Urk. 6/42 S. 44 Mitte Ziff. 4.3). Ein Freund von ihm sei vor vier Jahren gestorben (Urk. 6/42 S. 41 Ziff. 3.1). Diese

Deponierungen lassen auf ein bestehendes, wenn auch eher bescheidenes Sozialleben und entsprechende Ressourcen schliessen. 4.4.6

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz.

Hinsichtlich des Gesichtspunktes des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen gab der Beschwerdeführer an, er koche gerne und bepflanze gerne seinen Gartensitzplatz. Zwischendurch mache er auch Hundesitting (Urk. 6/42 S. 27 oben Ziff. 3.2). Seinen Tagesablauf schilderte er wie folgt: Er stehe zirka um 8 Uhr auf, häufig müsse er aber nach der Morgentoilette nochmals ins Bett zurück. Sonst erledige er die Haushaltsarbeiten am Morgen, er koche sich selbst etwas zu Mittag. Am Nachmittag sei er dann jeweils recht erschöpft. Dabei lese er manchmal, manchmal liege er aber auch nur. Er mache sich dann erneut etwas zum Abendessen, danach «fahre er herunter», schaue fern oder lese etwas. Zirka um 22 Uhr begeben er sich ins Bett (Urk. 6/42 S. 29 unten Ziff. 3.2). Der Beschwerdeführer ist somit im Alltag zwar nicht sonderlich mobil, aber durchaus aktiv und selbständig, was auf nicht unerhebliche Ressourcen schliessen lässt und nicht konsistent ist mit der von ihm postulierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Hinsichtlich des Gesichtspunktes des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist schliesslich festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer zwischen Januar 2019 und Februar 2020 in drei (teil-)stationäre Klinikaufenthalte von sechs Wochen (E. 3.1), sowie je zweimal etwas mehr als zwei Monaten (E. 3.2; E. 3.4) begab. Ab 26. Februar 2020 bis zur Erstellung des Gutachtens am 12. November 2020 suchte der Beschwerdeführer indes keine Klinik mehr auf und es sind auch nach diesem Zeitpunkt keine Klinikaufenthalte mehr aktenkundig. Dies mag mit der mittlerweile weniger schwer ausgeprägten Depression zusammenhängen und weist auf einen mittlerweile eher mässigen behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck hin. Daran ändert auch nichts, dass Dr. D.____ am 22. Februar 2021 während laufenden Vorbescheidverfahrens berichtete, es seien nun mindestens zwei Therapiesitzungen in der Woche notwendig (Urk. 6/84 S. 1 Mitte Ziff. 3).

Ein eingliederungsanamnestischer Leidensdruck ist mangels entsprechender Bemühungen des Beschwerdeführers nicht auszumachen, nachdem er sich subjektiv als nicht arbeitsfähig erachtet (vgl. Urk. 6/62). 4.4.7

Zusammengefasst begründen die diagnoserelevanten Befunde eine mässige funktionelle Einschränkung, es besteht ein mässiger Behandlungserfolg bei fraglicher leitliniengerechter Behandlung und ausgebliebenen Eingliederungs Bemühungen, eine mässige psychiatrische Komorbidität, gute persönliche Ressourcen und es liegt ein bestehendes, wenn auch bescheidenes Sozialleben vor. Der Beschwerdeführer ist im Alltag durchaus aktiv und selbständig, was auf vorhandene Ressourcen schliessen lässt. Weder diese noch der zuletzt ausgewiesene behandlungsanamnestische Leidensdruck sind konsistent mit der vom Beschwerdeführer postulierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Vielmehr führt die Prüfung der Indikatoren zum Schluss, dass der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. J.____ gefolgt werden kann. Der Beschwerdeführer ist mithin seit dem Gutachtensdatum vom 12. November 2020 in seiner angestammten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig (E. 3.6.3; E. 3.6.5).

Dazu passt insbesondere, dass der Beschwerdeführer trotz der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung eine langjährige erfolgreiche Karriere im angestammten Beruf im

Bankenbereich zu absolvieren vermochte. Stimmiger Weise ist er in den meisten Fähigkeiten nur leichtgradig eingeschränkt. Mite ntscheidend ist, dass er auf die volle Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben und zur Anwendung von fachlichen Kompetenzen und die Selbstbehauptungsfähigkeit zurückgreifen kann (vgl. E. 3.6.3). 4.5

Der Beschwerdeführer erachtet sich lediglich in angepasster, nicht jedoch in der angestammten Tätigkeit als 70 % arbeitsfähig (E. 2.2). Seine Interpretation , in der neuropsychologischen Begutachtung sei ein Belastungsprofil aufgestellt worden, wonach er nur noch intellektuell mittelmässig anspruchsvolle Tätigkeiten, die ein ausgewogenes Pausenmanagement zulassen, ausüben könne, steht indes nicht in Einklang mit den Akten.

So wurde im neuropsychologischen Teilgutachten explizit festgehalten, bei nicht gegebener Validität der Befunde könne die gegenwärtige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht beurteilt werden, die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit mit besagtem Belastungsprofil betrage «mindestens» 70 % (E. 3.6.4).

Diese Aussage kann nur so verstanden werden, dass – selbst wenn die invaliden Befunde valide wären – noch immer eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bestehen würde in einer Tätigkeit, die diesen invaliden Befunden entspricht. So erklärt sich auch der Zusatz «mindestens». Dies war die minimale A uss a g e, die die Neuropsycho login trotz Invalidität der Befunde noch tätigen konnte.

Eindeutig äusserten sich die Gutachter dazu anlässlich der interdisziplinären Kon sensbeurteilung, wo sie festhielten, dem Beschwerdeführer werde aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung eine leichte Einschränkung der bisherigen Arbeitsfähig keit im Sinne einer Verminderung des Rendements von 30 % zugebilligt (E. 3.6.5).

Dem Gutachten ist somit kein für den Beschwerdeführer gültiges Belastungsprofil mit intellektuell nur mittelmässig anspruchsvollen Tätigkeiten und schon gar nicht die Aussage zu entnehmen, die bisherige Tätigkeit würde einem solchen Belastungsprofil entsprechen. Dahingehend äusserte sich auch Dr. D. ___ : Der Beschwerdeführer sei nicht in seiner Intellektualität eingeschränkt, sondern in seiner Leistungsfähigkeit (E. 3.8).

Hinsichtlich der abweichenden Einschätzung der quantitativen Arbeitsfähigkeit durch die diversen Behandler (vgl. E. 3.11-12) ist der Erfahrungstatsache Rech nung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifels fall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), sprich tendenziell den Gesundheitsschaden eher schwerwiegender und die Arbeitsfähigkeit eher tiefer ein schätzen, als dies objektiv gerechtfertigt wäre.

Es bleibt demnach bei einer ausgewiesenen Arbeitsfähigkeit von 70 % in der an gestammte n Tätigkeit als Relationship Manager Wealth Management. 4.6

Mangels echtzeitlicher Akten ver mochten die Gutachter nachvollziehbarer Weise keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit ab Februar/März 2020 bis zur

Erstellung des Gutachtens am 12. November 2020 zu tätigen (E. 3.6.5). Abzustellen ist daher auf die schlüssige Beurteilung durch den RAD-Arzt Dr. G. ___ vom 18. No vember 2020 (E. 3.7). Die Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit beträgt demnach gestützt auf die im dortigen Zeitraum vorhandenen echtzeitlichen Akten (E. 3.1-4) 100 % von Januar 2019 bis Februar 2020 .

Eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustands trat gestützt auf das beweiskräftige Z.____-Gutachten spätestens im November 2020 ein. Zu Recht und zu Gunsten des Beschwerdeführers ging Dr. G.____ für die Zwischenzeit von März bis Oktober 2020 mangels nachgewiesener Verbesserung weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus (E. 3.7).

Dass spätestens ab 12. November 2020 bei wiederhergestellter 70%iger Arbeitsfähigkeit und im Vergleich zum Februar 2020 nur noch leichte r statt schwere r

Depression ein Revisionsgrund (vgl. E. 1.4) vorlag, liegt auf der Hand. Dass sich die Z.____-Gutachter hierzu nicht explizit äusserten, ist entgegen dem Beschwerdeführer (E. 2.2) vorliegend nicht von Belang. 4.7

Es bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen. 5.

E. 5

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 10. Oktober 2022 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 5.1

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. Die IV-Anmeldung ging am 19. August 2019 bei der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 6/1 sowie Aktenverzeichnis zu Urk. 6). Ein allfälliger Rentenanspruch besteht somit frühestens ab dem 1. Februar 2020.

E. 5.2

Angesichts der vollständigen Arbeitsunfähigkeit von Januar 2019 bis Oktober 2020 und einer Verbesserung spätestens per 12. November 2020 hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zurecht eine ganze Rente bis Ende Februar 2021 zugesprochen (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV; vorstehend E. 1.4).

E. 5.3

Für den Zeitraum ab März 2021 rechtfertigt sich angesichts der lediglich quantitativ eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (vgl. E. 4.5) die Vornahme eines Prozentvergleichs (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Es resultiert bei einer Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit von 30 % ein Invaliditätsgrad von 30 % und dementsprechend kein weitergehender Rentenanspruch (E. 1.3).

E. 5.4

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - 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 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin VogelMuraro

E. 7

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

Dr. G.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 4. April 2021 (Urk. 6/121 S. 3 f.) fest, Rückfragen an die Gutachter seien notwendig, da die nun neu genannten Auffälligkeiten mit einer bipolaren affektiven Störung gut vereinbar wären, wobei diese auch durch einen Kokainkonsum erklärbar wären. Auf jeden Fall sei eine detaillierte differenzialdiagnostische Diskussion unabdingbar. 3.

E. 10

) und führte aus, Studien zufolge habe sich bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung eine Prävalenzrate von 0.83 % beziehungsweise 0.3 % gezeigt. Es sei doch sehr verwunderlich, dass eine solch seltene Störung, welche im Übrigen bei Frauen häufiger vorkomme, keinem anderen Behandler, welcher den Beschwerdeführer über einen langen Zeitraum behandelt habe, aufgefallen sei. Gemäss ICD-10 und DSM-5 sollte die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht unmittelbar gestellt werden, da sie sich situativ in unterschiedlicher Weise zeigen könne. Sie sei somit eine Verdachtsdiagnose, die sich erst im Lauf der Behandlung bestätigen lasse (S. 3).

Im Rahmen der Einwandergänzung vom 25. August 2021 (Urk. 6/111) reichte der Beschwerdeführer nebst derjenigen von Dr. D.____ zwei weitere ärztliche Stellungnahmen ein, nämlich jene von Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, vom 25. Mai 2021 (Urk. 6/12/5) und jene von Dr. med. N.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 26. Juli 2021 (Urk. 6/112/6-8), welche beide für eine volle Arbeitsunfähigkeit in angestammter oder angepasster Tätigkeit plädierten. 3.1 2

Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht vom 19. November 2021 (Urk. 6/119) aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit Juli 2021 aufgrund des Arbeitsortwechsels seiner fallführenden Psychotherapeutin bei ihr in Behandlung. Vom initial depressiven Zustandsbild sei es im Verlauf der Behandlung zu einem raschen Wechsel in eine schwere manische Episode gekommen. Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig (S. 2). 3.1 3

Dr. G.____ führte in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2022 (Urk. 6/121 S. 6-7) aus, es lägen keine neuen, unberücksichtigten medizinischen Tatsachen vor. In der Gesamtschau sei festzuhalten, dass die behandelnden Ärzte zu einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts kämen. Aus RAD-Sicht liege ein plausibles und nachvollziehbares Gutachten vor (S. 6 unten). 4. 4.1

Das interdisziplinäre Z.____-Gutachten vom 12. November 2020 (E. 3.6) erfüllt im Verbund mit der Stellungnahme der Gutachter vom 26. Mai 2021 (E. 3.10) die Voraussetzungen an einen beweiskräftigen Arztbericht (E. 1.7), weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

Unbestritten und durch die Akten ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt ist (E. 3.6.2). Der anderslautende Bericht von Dr. L.____

vom 25. Mai 2021 (Urk. 6/100), welcher eine nennenswerte Arbeitsfähigkeit aus schlafmedizinischer Sicht vollständig verneinte, ist diesbezüglich bereits für sich gesehen nicht nachvollziehbar, dies umso weniger in Anbetracht der schlüssigen gutachterlichen Feststellung, wonach die Schlafapnoe mittels CPAP-Therapie gut eingestellt sei (E. 3.6.2).

Strittig und zu prüfen ist demgegenüber die Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht. Diesbezüglich ist zwischen dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. J.____ und dem behandelnden Psychiater Dr. D.____ eine Diskussion entbrannt, welche sich vornehmlich um die korrekte Diagnosestellung dreht (E. 3.6.3, E. 3.8, E. 3.10, E. 3.11). 4.2

4.2.1

Dr. J.____ diagnostizierte eine kombinierte histrionisch-narzisstische Persönlichkeitsstörung (E. 3.6.3), wobei die histrionische Ausprägung dominant sei (E. 3.10). Bei der diagnostischen Einordnung war er sich erkennbarer Weise sicher («neurotische Persönlichkeit (...) eindeutig feststellbar mit deutlich histrionischen und narzisstischen Zügen» [E. 3.6.3]; «eindeutige und erhebliche Persönlichkeitsstörung von dominant histrionischer Ausprägung» [E. 3.10]).

Gut nachvollziehbar beleuchtete und erläuterte er die neurotischen Brückensymptome in Kindheit und Jugend und berichtete anschaulich von der deutlichen affektiven Wechselhaftigkeit im Verlauf der Untersuchung (E. 3.6.3).

Sicher war sich Dr. J.____ auch darin, dass keine bipolare affektive Störung vorliegt («der gegenwärtige psychiatrische Befund spricht mit Deutlichkeit gegen diese Diagnose» [E. 3.6.3]). Insbesondere vermag seine Stellungnahme vom 26. Mai 2021 (E. 3.10) diesbezüglich zu überzeugen, wo er die vom behandelnden Dr. D.____ erwähnten Gegebenheiten (E. 3.8) einleuchtend der histrionischen Persönlichkeitsstörung zuordnete: Die Wechselhaftigkeit des Verhaltens sei gerade typisch für eine histrionische Persönlichkeitsstörung. Auch das risikoreiche Verhalten, konkordant mit dem Ausleben von Grössenfantasien, dem Übernachten in teuren Hotels oder sonstiges leichtsinniges

Verhalten liessen sich zwanglos in diese Persönlichkeitsstörung subsumieren. Auch der Mangel an Einfühlungsvermögen und das daraus resultierende promiskuitive Verhalten seien charakteristisch. Dass der Beschwerdeführer phasenweise auch depressiv und dann wieder in gehobener Stimmung sei, habe nichts mit einer grundlegend depressiven oder bipolaren Störung zu tun, sondern sei Teilsymptomatik der grundlegenden Persönlichkeitsstörung (E. 3.10).

Der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Gutachter hätten sich nicht vertieft mit seiner Biografie und mit den abweichenden Einschätzungen der Behandler auseinandergesetzt (E. 2.2), ist daher und insbesondere auch mit Blick auf die sehr ausführliche Anamneseerhebung anlässlich der psychiatrischen Begutachtung (vgl. Urk. 6/42 S. 42-44) unberechtigt. 4.

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