

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00818 vom 23. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00818

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00818 du 23 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00818 del 23 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt dabei von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bin dung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdi gen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbe sondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische Th ese abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist

grundsätzlich somit 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). 2.

E. 2

018 stellte die Arbeitgeberin ihn aus betrieblichen Gründen frei

(vgl. Urk. 5/11/25 und 5/50/10).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwiderte im angefochtenen Entscheid, bei Ablauf des Wartjahres habe der Beschwerdeführer wieder ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen können. Für die Diagnostik sei sie nicht zuständig. Verdachtsdiagnosen und behandelbare respektive keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit auslösende Leiden seien invalidenversicherungsrechtlich irrelevant. Eine demenzielle Entwicklung sei nicht plausibilisiert (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt in der Beschwerde indessen dafür, es handle sich nicht nur um Differenzialdiagnosen. Die diagnostizierte schwere Anpassungsstörung werde vorab durch die festgestellte höhergradige Herzrhythmusstörung gestützt. Der Hausarzt bestätige eine volle Arbeitsunfähigkeit auch für körperlich leichte Arbeiten wegen Erschöpfung, muskulärer Beschwerden, Vergesslichkeit, Sehstörungen und Abgeschlagenheit. Dies zu ignorieren verletze die gesetzliche Abklärungsspflicht (Urk. 1 Ziff. 4). Er sei schon ab dem Jahr 2011 nur noch 80 % arbeitsfähig gewesen (Urk. 1 Ziff. 5). Die von der Krankentaggeldversicherung beauftragte Psychiaterin

habe zutreffend festgehalten, die körperlichen Beschwerden könnten

in der psychiatrischen Befundung nicht näher beurteilt werden, jedoch hätte sie eine vorhandene Schmerzproblematik miteinbeziehen müssen. Auch der Tinnitus könne sich unmittelbar auf die Leistungsfähigkeit auswirken und zu psychischen Problemen führen (Urk. 1 Ziff. 6).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ergänzte in der Beschwerdeantwort, die Reduktion des Arbeitspensums im Jahr 2011 sei auf eigenen Wunsch und die Kündigung im Jahr 2018 wegen Kosteneinsparungen erfolgt (Urk. 4 Ziff. 3). Sodann verwies sie auf die von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen, beweiskräftigen Beurteilungen der psychischen und somatischen Beschwerden (Urk. 4 Ziff. 4-6) sowie die Stellungnahme des RAD (Urk. 4 Ziff. 8). Sie betonte, Dr. A.____ habe lediglich den Verdacht auf eine dementielle Entwicklung geäußert, diesen aber selbst nicht weiter untersucht (Urk. 4 Ziff. 7). Somit sei sie dem Untersuchungsgrundsatz nachgekommen (Urk. 4 Ziff. 10).

E. 2.4

In der Replik erwiderte der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2011 an einem Tinnitus sowie Vergesslichkeit etc. nach einer Streifung zu leiden; verschiedene Hobbies könne er nicht mehr ausüben

(Urk. 7 ad 3 und ad

E. 5

/41).

Gestützt auf eine weitere Stellungnahme des RAD vom 5. Juni 2019 (Urk. 5/42/6

f.) stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 12. Juni 2019 in Aussicht, einen Rentenanspruch zu verneinen (Urk. 5/43). Bereits mit formlosem Schreiben vom 27. März 2019 hatte sie ihm mitgeteilt, dass derzeit keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien (Urk. 5/40) . Der Einwand des Versicherten gegen den Vorbescheid datiert vom 5. Juli 2019 (Urk. 5/46) und wurde von ihm am 29. August 2019 (Urk. 5/50) und 16. September 2019 (Urk. 5/51) jeweils unter Beilage verschiedener Unterlagen ergänzt. Am 23. Oktober 2019 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt (Urk. 2) . 2.

Dagegen

erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Ausfeld , mit Eingabe vom 15. November 2019 Beschwerde (Urk. 1) . Darin beantragte er, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und neuen Entscheidung an die IV-Stelle zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten derselben (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

4). Mit Verfügung vom 13. Januar 2020 ordnete das Gericht einen zweiten Schriftenwechsel an (Urk. 6). In der Replik vom 7. Februar 2020 hielt der Versicherte unter Beilage eines neuen Arztberichts (Urk. 8) an seinem Antrag fest (Urk. 7) . Die IV-Stelle verzichtete auf das Einreichen einer Duplik

(Urk. 10).

Am 31. Mai 2020 erlitt der Versicherte beim Lenken eines Personenwagens eine Synkope und prallte

frontal gegen eine Lichtsignalanlage . Am 5. Juni 2020 wurde ihm ein Herzschrittmacher implantiert (Urk. 13/1-2). Die IV-Stelle verzichtete am 6. Juli 2020 (Urk. 16) auf eine Stellungnahme zur diesbezüglichen Eingabe des Versicherten vom 19. Juni 2020 (Urk. 12) samt Beilagen

(Urk. 13/1-2) . Darüber wurde

er mit Schreiben vom 9. Juli 2020 in Kenntnis gesetzt (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Die Argumentation der Beschwerdegegnerin stützt sich in erster Linie auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. F.____ , Facharzt für Chirurgie. Er kam am 16. April 2019 zum Schluss, dass psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____ sei nachvollziehbar; es könne darauf abgestellt werden. Die vom Hausarzt angeführten psychischen Beschwerden würden derzeit bei Weigerung des Beschwerdeführers nicht therapiert und könnten daher nicht als relevant angesehen werden. Die angeführte Streifung (Schlaganfall) im Jahr 2011 habe sieben Jahre lang keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gehabt; es sei dem Beschwerdeführer möglich gewesen, in der angestammten, intellektuell anspruchsvollen Tätigkeit weiterzuarbeiten. Somatische Beschwerden (HWS -Syndrom, Schulter- und Dauerschmerzen) seien nicht nachvollziehbar objektiviert; es liege keine oder keine symptom begründende Diagnostik vor. Indessen sei aufgrund der Augen-Opera

tion mit einer vorübergehenden Einschränkung der Sehleistung zu rechnen (Urk. 5/42/5 f.).

Zu den nachträglich eingeholten ophthalmologischen Berichten hielt derselbe RAD-Arzt am 5. Juni 2019 fest, es sei von einer deutlichen Besserung der links seitigen Augenerkrankung auszugehen. Nach gebührender Eingewöhnung sei mit dem Erreichen des normalen Pensums zu rechnen. Die operative Sanierung der rhegmatogenen

Amotio

retinae mittels einer Pars plana-Vitrektomie liege nun sechs Monate zurück. Eine Verschlechterung oder Komplikationen würden nicht beschrieben, so dass aus versicherungsmedizinischer theoretischer Sicht bis zu seiner vorangehenden Stellungnahme ausreichend Zeit zur Eingewöhnung bestanden habe. Demnach sei dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht anhand der Aktenlage seit dem 1. April 2019 wieder vollumfänglich zumutbar (Urk. 5/42/6 f.).

E. 5.2

Nach der Rechtsprechung ist es zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen abzustellen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 142 V 58 E. 5.1; 122 V 157 E. 1d). Selbst nicht auf eigenen Untersuchungen beruhende Berichte und Stellungnahmen des RAD können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E 5.1.2 und 5.1.3 mit weiteren Hinweisen).

E. 5.3

Im Zusammenhang mit den geklagten Hand-, Schulter- und Nackenschmerzen liegen als objektive Befunde eine Daumensattelgelenksarthrose sowie Dupuytren-Kontrakturen neben geringfügigen degenerativen Veränderungen an der HWS ohne Tangierung von Nervenwurzeln

vor (vgl. E. 4.2). Keiner dieser Befunde

vermag eine abrupt einsetzende höhere Arbeitsunfähigkeit zu erklären. Insbesondere entwickeln sich solche Befunde für gewöhnlich langsam, d.h. sie führen zu einer Zunahme der Beschwerden im Laufe der Jahre. Eine medikamentöse Behandlung, Infiltrationen oder gar eine operative Sanierung sind soweit aus den Akten ersichtlich

indessen (noch) kein Thema (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie. Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage, 2005, S. 766, 768 und 801 f.). Klinische oder bildgebende Befunde bezüglich der Schultern, insbesondere betreffend eine adhäsive Kapsulitis,

sind keine aktenkundig. Zudem lässt der Schmerz bei der genannten Erkrankung in der Regel nach einigen Wochen bis Monaten nach, nur die Bewegungseinschränkung hält über längere Zeit an

(vgl. Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 733). Die geklagten langjährigen Schmerzen, die sich erst nach einem Dreivierteljahr auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (angebliche

Erstdiagnose vor Juli 2017, vgl. Urk. 5/50/2), passen daher nicht ins Bild.

Es verwundert somit nicht, dass die Physiotherapie schon im Februar 2019, also noch vor Ablauf des Wartjahres, erfolgreich abgeschlossen

werden konnte, indem aus objektiver Sicht die Nackenschmerzen als rückläufig und das Kribbeln in den Fingern als fast nicht mehr vorhanden beschrieben wurden. Zutreffend sprach der Hausarzt im Juni 2018 zunächst selbst von „diffusen Schmerzen“, woran entgegen seiner Auffassung die späteren Röntgenaufnahmen vom 5. Oktober 2018 im Wesentlichen nichts zu ändern vermögen. Es kann vollumfänglich dem RAD-Arzt gefolgt werden, der auf seinem Fachgebiet zum Schluss kam, es liege keine oder keine symptom begründende Diagnostik vor.

Nichts Anderes gilt für die Beinschmerzen. Eine Durchblutungsstörung wurde ausgeschlossen

(vgl. E. 4.2). Ein Beschwerdeausmass, das einer Behandlung und infolgedessen weiterer Abklärungen bedürft hätte, besteht offenbar nicht.

Jedenfalls fehlt es an objektiven Hinweisen auf ein tatsächliches Leiden.

E. 5.4

Aus neurologischer Sicht ist hervorzuheben, dass gemäss Dr. A.____ nach dem zerebralen Insult im Jahr 2011 einzig eine leichte Ataxie in der rechten unteren Extremität und ein Reflex-Übergewicht in den linken Extremitäten verblieben. Hinweise auf eine organisch bedingte Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten, wie vom Beschwerdeführer als Grund für die Pensumsreduktion im Jahr 2012 angegeben, sind auch aus den übrigen Akten keine ersichtlich. Inwiefern aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer das Tauchen und Gleitschirmfliegen aufgab, auf eine durch kognitive Einbussen eingeschränkte Arbeitsfähigkeit als IT-Supporter

zu schliessen wäre (vgl. Urk. 1 S. 4), ist nicht ersichtlich.

Nur im Bericht zuhanden des Hausarztes erwähnte Dr. A.____ alsdann, dass in Anbetracht des MRI-Befundes mit Nachweis einer leichten frontoparietalen Atrophie auch an eine beginnende frontotemporale Demenz zu denken wäre. Im Bericht zuhanden des Krankentaggeldversicherers betonte er demgegenüber die eingeschränkte Aussagekraft eines einzelnen Bildbefundes, indem er vermerkte, es liege «möglicherweise» ein Nachweis für eine Atrophie vor. Die übrigen Bildbefunde erachtete er augenscheinlich nicht als erwähnenswert (vgl. E. 4.4). Bei den genau gleichen Untersuchungen im Januar 2020 liess sich besagte Atrophie

offenbar nicht mehr bestätigen, geschweige denn eine fortschreitende Erkrankung feststellen (vgl. E. 4.2). Es bestehen somit nicht hinreichend bzw. keine objektiven Anhaltspunkte für eine dementielle Entwicklung, die der weiteren Abklärung durch die Invalidenversicherung bedürften.

Andere neurologische Erkrankungen stehen nicht zur Diskussion. Wie vom Beschwerdeführer zutreffend erkannt, handelt es sich bei den jüngsten Bildbefunden des Schädels nicht um ein aktuelles Geschehen, sondern erstens um « unspezifische » und zweitens « ältere » Marklagerläsionen, differentialdiagnostisch um ältere postischämische Läsionen. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern es sich hierbei um neue Erkenntnisse im

Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2018 handeln soll und was der Beschwerdeführer daraus ableiten will (vgl. Urk. 1 S. 5) . 5. 5

Wie vom RAD-Arzt festgehalten, sind aus den ophthalmologischen Berichten keine Komplikationen im Zusammenhang mit der operierten Netzhautablösung, welche nur ein Auge betraf, ersichtlich (vgl. E. 4.5) . Weder in den Berichten der Augenklinik des Z.____ noch in den Eingaben des Beschwerdeführers wurden bezüglich des linken Auges über das Wartejahr hinaus bestehende Einschränkungen in Beruf und Alltag dargetan . Solche sind auch aus dem Patienten tage buch von Anfang September 2019 (Urk. 5/51/4) nicht ersichtlich. Bereits zu Beginn des Jahres 2019 war der Beschwerdeführer zudem in der Lage, nach Indien zu reisen (vgl. Urk. 5/41/8) . Die im letzten Bericht empfohlene

Eingewöhnung entsprechend dem Verlauf ist daher medizinisch unbegründet. Die offene Formulierung, wonach sich die Steigerung des Arbeitspensums letztlich ganz nach dem Empfinden des Beschwerdeführers richten soll, bestätigt vielmehr die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen , bedingt durch das zwischen ihnen bestehende Vertrauensverhältnis sowie die Natur des Behandlungsauftrages .

Ergänzend ist zur Argumentation des Beschwerdeführers anzufügen, dass die blosse Behandlungsbedürftigkeit – insbesondere eine gewöhnliche befeuchtende Therapie mit Lacrycon Augentropfen und Bepanthen Nasensalbe zur Nacht bei trockenem Auge – kein Indiz für eine Arbeitsunfähigkeit darstellt.

E. 5.6

Nicht zur Stellungnahme unterbreitet wurden dem RAD die später vom Beschwerdeführer nachgereichten kardiologischen Abklärungen. Der Bericht des E.____ weist auf eine Verschlechterung der bereits im Jahr 2011 festgestellten (vgl. E. 4.1) , die Arbeitsfähigkeit damals jedoch effektiv nicht beeinflussenden Beeinträchtigung des Herzens hin. Erwähnt werden diesbezüglich Synkopen in den Jahren 2019 und 2020. Für das Jahr 2019 aktenkundig ist indessen nur ein einziges anfallsartiges Leiden Ende 2019, das – zunächst interpretiert als mögliches epileptisches Geschehen – zwei Wochen später bzw. Mitte Januar 2020 zu einer bildgebenden Untersuchung des Schädels führte (vgl. E. 4.2) . Die erste Synkope trat folglich, wenn auch nur wenige Monate, erst nach Erlass der angeforderten Verfügung auf.

Bereits im Juni 2020 wurde dem Beschwerdeführer ein Herzschrittmacher eingesetzt und mit der Gabe

eines gerinnungshemmenden Medikaments

begonnen. Inwiefern angesichts der getroffenen medizinischen Massnahmen,

der ausdrücklich nicht interventionsbedürftigen koronaren Eingefässerkrankung und ansonsten im Wesentlichen befriedigenden bis normalen Funktion des Herzens eine Einschränkung in der Tätigkeit als IT- Supporter bestehen soll, ist (vor allem unter zusätzlicher Berücksichtigung des von Dr. Y.____ aufgezeigten, weniger anforderungsreichen Zumutbarkeitsprofils) nicht ohne weiteres ersichtlich. So wird auch im Bericht des E.____ keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, sondern einzig darauf hingewiesen, dass Autofahren in vier Wochen wieder erlaubt sei, sollten sich bis dahin keine relevanten Probleme ergeben (vgl.

Urk. 13/1). Auch Dr. D.____ attestierte aufgrund der Darstellung klar nur mit Bezug auf die Anpassungsstörung eine Arbeitsunfähigkeit. Auf eine Überweisung der Eingabe vom 19. Juni 2020 (Urk. 12) als Neuanmeldung an die Beschwerdegegnerin wird deshalb verzichtet. Es steht dem Beschwerdeführer jedoch frei, diesbezüglich eine Veränderung des Invaliditätsgrades glaubhaft zu machen und sich erneut zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung anzumelden. 5. 7

Nicht zu überzeugen vermögen schliesslich die Einwände des Beschwerdeführers gegen die psychiatrische Beurteilung von Dr. Y.____. Weder ist eine höher gradige Herzrhythmusstörung (welche auch erst im September 2019 festgestellt und hernach konkrete Auswirkungen zeitigte) per se geeignet, eine schwere Depression hervorzurufen, noch bestehen aufgrund des vorstehend Ausgeführten Anhaltspunkte für erhebliche objektivierbare somatische Schmerzen. In keinem der medizinischen Berichte finden sich zudem Hinweise auf eine Schmerzstörung, insbesondere eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung.

Vielmehr wird aus den Berichten von Dr. B.____ und Dr. Y.____

(vgl. E. 4.3) wie auch von Dr. D.____ (vgl. E. 4.7), der allerdings kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist, deutlich, dass der Beschwerdeführer aufgrund der jahre langen hohen Anforderungen seines Stellenprofils als Executive IT Supporter erschöpft war und die Kündigung als äusserst kränkend empfand. Ergänzend ist auf den Arbeitgeberbericht vom 30. Oktober 2018 hinzuweisen, wonach der Beschwerdeführer vorwiegend sehr anspruchsvolle Anwender aus dem höheren Management mit wenig Geduld und hohen Anforderungen an den persönlichen Auftritt und die sozialen Kompetenzen betreute (vgl. Urk. 5/15/6). Fraglich ist, ob damit überhaupt eine invalidenversicherungsrechtlich relevante, d.h. von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störung vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_609/2018 vom 6. März 2019 E. 3.4 mit Hinweisen, insbesondere auf die

Bundesgerichtsurteile

9C_848/2016 vom 12. Mai

2017 E. 4.1 und 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 zur invalidenversicherungsrechtlich fehlenden Erheblichkeit z-kodierter Diagnosen wie "Burnout" [ICD-10: Z73.0]). Dies wurde von Dr. Y.____ ausdrücklich verneint. Dagegen sprechen auch die von Dr. D.____ vorgeschlagenen Therapien, insbesondere der empfohlene Aufenthalt in einer «Burnout»-Klinik.

E. 5.8

Das Bundesgericht hat mit BGE 143 V 418 zudem entschieden, 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). Dies gilt praxisgemäss auch in Konstellationen, in welchen keine organisch objektiv ausgewiesene Schädigung als Ursache für den Tinnitus erstellt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_175/2018 vom 27. September 2018 E. 6 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE

138 V 248). Der Hausarzt des Beschwerdeführers kodierte diesbezüglich eine idiopathische Erkrankung, eine Beeinflussung mittels Detonisation war offenbar nicht möglich (vgl. E. 4.7). Indizien für eine organische Ursache des Tinnitus fehlen

auch in der Bildgebung vom 5. Oktober 2018 (vgl. E. 4.2).

Hervorzuheben ist zudem, dass der Tinnitus gemäss Angaben des Beschwerdeführers langjährig besteht (vgl. Urk. 5/11/23, Urk. 1 Ziff. 6), bis zur Kündigung offenbar keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigte, also kompensiert war, und keine Verschlechterung dieses Leidens behauptet wurde. Auch in der aktuellen Beschwerdeklage stand der Tinnitus nie im Vordergrund; er fand in keine der Begründungen der Arbeitsfähigkeitseinschätzungen von Hausarzt, Neurologe, Arbeitsmediziner oder Psychiaterin Eingang, obschon zumeist Beschwerden ausserhalb des eigenen Fachgebiets mitberücksichtigt wurden. Ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen wäre gemäss der mit BGE 145 V

215 geänderten Rechtsprechung eine Alkoholabhängigkeit, wobei vorliegend nur Hinweise auf einen Alkoholübergebrauch (und gelegentlichen Cannabiskonsum) bestehen (vgl. E. 4.3 und E. 4.7). Weder die

darauf hinweisenden Ärzte noch der Beschwerdeführer sehen darin offenbar ein Suchtleiden.

Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» umfasst die Komplex «Gesundheits schädigung», «Persönlichkeit» und «Sozialer Kontext» (BGE 141 V 281 E. 4.3). Dr. D.____ konstatierte, ohne über entsprechende Fachkenntnisse zu verfügen oder dem Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers trotz fehlender psychiatrischer Behandlung Rechnung zu tragen, eine schwere Depression. Dr. Y.____

legte hin gegen nachvollziehbar dar, dass weder der Bruch mit den Bankern auf einen sozialen Rückzug, noch die längst aufgegebenen Hobbies auf einen Interessenverlust noch die erhaltene Tagesstruktur bzw. willentliche Überwindbarkeit von Motivationsschwierigkeiten auf eine eigentliche Antriebsstörung schliessen lassen (vgl. E. 4.3; detaillierte Befund, Urk. 5/11/26 f.). Der Tinnitus war über Jahre hinweg kompensiert, eine relevante Verschlechterung wurde nicht behauptet. Mehr als eine leichtgradige Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist – bei auch fehlendem Hinweis auf starke Schwankungen oder eine zunehmende Verschlechterung im Längsverlauf – daher nicht überwiegend wahrscheinlich.

Die Netzhautablösung stellte nur eine kurzfristige

Komorbidität dar (vgl. E. 5.5) und das Herzleiden zeitigte erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung Auswirkungen in Form von Synkopen. Ein relevantes Schmerzgeschehen lässt sich

wie dargelegt

nicht eruieren.

Strukturelle Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik oder eine erhebliche Störung komplexer Ich-Funktionen sind weder in den medizinischen Berichten noch in der Biographie des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 5/10 und 5/11/25) auszumachen.

Er

lebt zudem weiterhin mit seiner Ehefrau zusammen , auch wenn die Ehe belastet ist (vgl. Urk. 5/50/10) .

Als ressourcenhemmend müssen in der ersten Kategorie somit vorderhand

die Hin weise auf einen Alkoholübergebrauch gelten ; eine Alkoholabhängigkeit steht für den relevanten Zeitraum nicht zur Diskussion

(vgl. Urk. 5/50/10 und 13/1/2).

Die Kategorie «Konsistenz» umfasst einerseits die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleich baren Lebensbereichen und andererseits den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene n Leidens druck (BGE 141 V 281 E. 4.4). Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 1 5. März 2018 E. 7.4).

Der Eintrag im Patiententagebuch von Anfang September 2019 (Urk. 5/51/4) zeigt, dass der Beschwerdeführer seinen Tag , wie in der Exploration von

Dr. Y.____ angegeben , zu strukturieren vermag und insbesondere Kon zen tration erfordernde Aktivitäten ausüben , sich am Haushalt beteiligen und am Computer arbeiten kann . Ebenso zeigte er Interesse am Geschehen in der Welt und einem sozialen Austausch, indem er die Zeitung las und im Chat disku tierte. Im Frühjahr 2019 unternahm er zudem eine Reise nach Indien, wo sich die von seinen Eltern gegründete und von ihm über viele Jahre geleitete Hilfsorganisation für Kinder befindet (vgl. Urk. 5/11/25) . Die fehlende Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung, obschon von diversen Ärzten dringend empfohlen und von der eigenen Ehefrau forciert, stellt zudem seinen Leidensdruck erheblich in Frage. Nach eigenen Angaben hat er sich darüber hinaus im Jahr 2018 auf verschiedene Stellen beworben (vgl. Urk. 11/28/30).

Gesamthaft betrachtet kann anhand der Standardindikatoren , insbesondere auf grund der geringfügigen Befunde, der fehlenden Einschränkungen im Privatleben und des behandlungsanamnestisch nicht ersichtlichen Leidensdruck s aus juris tischer Sicht somit keine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden .

5.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Nach Einschätzung von Dr. Y.____ kann der Beschwerdeführer weiterhin in einer seiner Ausbildung und Berufserfahrung entsprechenden durchschnittlichen Täti g keit als IT-Supporter

ohne Bereitschaftsdienst und in wohlwollendem Arbeitsklima t ätig sei n; dem entspricht das bisherige Stellenprofil mit Betreuung anspruchsvoller Kadermitglieder rund um die Uhr eher weniger. Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei

ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung unter anderem Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Für das Valideneinkommen wird in der Regel auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt (BGE 144 I 103 E. 5.3; 134 V

322 E. 4.1). Dies gilt allerdings nur für Fälle, bei welchen angenommen werden kann, der Versicherte wäre ohne Gesundheitsschaden nach wie vor an der zuletzt innegehabten Stelle tätig. Insbesondere wenn der Versicherte als Gesunder nicht mehr an der bisherigen Arbeitsstelle tätig wäre, ist es praxismässig mittels statistischer Werte zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_314/2019 vom 10. September 2019 E. 6.1 und 8C_551/2017 vom 2. August 2018 E. 5).

Kann eine versicherte Person ihre gesundheitsbedingt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mutmasslich nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten, so ist von den Tabellenlöhnen der LSE gegebenenfalls ein Abzug von maximal 25 % vorzunehmen (vgl. BGE 129 V

472 E. 4.2.3, 126 V 75 E. 5b/ bb ; Urteil des Bundesgerichts 8C_211/2018 vom 8. Mai 2018 E. 3.3).

E. 6.2

Wäre das Valideneinkommen anhand der Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin für das Jahr 2018 festzusetzen, so wäre von einem Fixgehalt von

Fr. 94'400.-- (vgl. Urk. 5/15/3) zuzüglich Sonntags-, Feiertags- und Nachtzulagen, Pikettenschädigung und variable Boni (vgl. Urk. 5/15/26 ff.) auszugehen. Gemäss IK-Auszug betrug der durchschnittliche Jahreslohn 2015 bis 2017 Fr. 105'914.-- (Urk. 5/10). Allerdings hat der Beschwerdeführer die gemäss eigenen Angaben besonders gut bezahlte Arbeitsstelle bei der Grossbank noch vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit aus betrieblichen Gründen verloren und hätte auch im Gesundheitsfall im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im März 2019 nicht mehr dort gearbeitet. Bereits auf den ersten Blick einige Tausend Franken tiefer fällt das Valideneinkommen aus, wird es dementsprechend basierend auf dem standardisierten Monatslohn für Männer gemäss LSE 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Position 62-63 «Informationstechnologie und Informationsdienstleistungen» im Kompetenzniveau 3 von Fr. 7'419.-- berechnet.

Dieses monatliche Einkommen ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2018 von 41,3 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, 2004-2018, J62-63) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bei Männern bis ins Jahr 2018 (Indexstand 104.9 [2016] auf 107.4 [2018] Punkte; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.1.10, 2011-2018, im Wirtschaftszweig 58-63, «Information und Kommunikation») auf ein Jahreseinkommen von Fr. 94'112.-- für ein Vollzeitpensum hochzurechnen (Fr. 7'419.-- x 12 : 40 x 41,3 : 104.9 x 107.4). Wie bereits ausgeführt, ist ferner nicht erwiesen, dass beim Beschwerdeführer bereits im Jahr 2012 eine um 20 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestand.

Entsprechend ist auch das Valideneinkommen nach Massgabe eines Beschäftigungsgrades von 80 % zu bemessen und beträgt mithin Fr. 75'290.-- (Fr. 94'112.-- x 0.8).

E. 6.3

Für das Invalideneinkommen ist auf das standardisierte monatliche Einkommen für Männer gemäss LSE 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Position 62-63 « Informationstechnologie und Informationsdienstleistungen »

mindestens im Kompetenzniveau 2 von Fr. 6'356.-- abzustellen. Dieses monatliche Einkommen ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2018 von 41,3 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, 2004-2018, J62-63) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bei Männern bis ins Jahr 2018 (Indexstand 104.9 [2016] auf 107.4 [2018] Punkte; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.1.10, 2011-2018, im Wirtschaftszweig 58-63, « Information und Kommunikation ») auf ein Jahreseinkommen von Fr. 80'628.-- für ein Vollzeitpensum hochzurechnen (Fr. 6'356.-- x 12 : 40 x 41,3 : 104.9 x 107.4). Allerdings fokussierte Dr. Y. ___ auf das bisherige Pensum von 80 % und äusserte sich nicht dazu, ob im Rahmen der Schadenminderungspflicht ein Vollzeitpensum zumutbar wäre. Unter Berücksichtigung einer 80%igen Tätigkeit ergibt sich ein Einkommen von Fr. 64'502.--.

E. 6.4

Unter Berücksichtigung einer aus psychischen Gründen um 20 % verminderten Arbeitsfähigkeit in einer weniger anspruchsvollen Tätigkeit als bisher, ist somit einem Valideneinkommen von Fr. 75'290.--

E. 8

).

Der Beschwerdeführer habe berichtet, sich von der Welt der Banker distanziert zu haben. Früher habe er regelmässig an Abendessen und Kneipenbesuchen teilgenommen. Dieses Jahr sei er nicht mehr mit seinen Freunden unterwegs gewesen. Durch die Kündigung habe er auch den Kontakt zu seinen früheren Mitarbeitern verloren, wobei er nicht als einziger die Kündigung erhalten habe. Insofern könne nicht von einem depressiven sozialen Rückzug die Rede sein; er

habe dies eher aus weltanschaulichen bzw. privaten Gründen getan. Schon seit zehn Jahren habe er das Tauchen und seit einigen Jahren auch das Gleitschirmfliegen nicht mehr gepflegt, dies vorwiegend aus körperlichen Gründen. Es sei daher nicht von einem akut depressiv-gefärbten Interessenverlust auszugehen. Typische Anzeichen einer Antriebsstörung im engeren Sinne würden verneint. Er könne einen regelmässigen Tagesablauf einhalten und die morgendliche Müdigkeit und Motivationschwierigkeiten willentlich überwinden, wenn es sein müsse. Als seine Frau im Urlaub gewesen sei, habe er grosse Mühe gehabt, den Tagesablauf weiter einzuhalten (Urk. 5/11/26).

Es fänden sich somit keine psychiatrischen Befunde, die eine weitere Krankschreibung begründen könnten. Ab 1. September 2018 sei der Beschwerdeführer in einer durchschnittlichen Tätigkeit ohne Bereitschaftsdienst und in einem wohlwollenden Arbeitsklima wieder zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 5/11/29). Die frühere Pensumsreduktion um 20 % sei [wegen leichter kognitiver Einbussen, vgl. Urk. 5/11/27] auf seinen Wunsch

erfolgt (Urk. 5/11/28). 4. 4

Als weiteren Facharzt suchte der Beschwerdeführer im Jahr 2018 den Neurologen Dr. med. A.____ auf. Dieser berichtete am 12. Dezember 2018 zuhanden des Krankentaggeldversicherers, der Beschwerdeführer gebe muskuläre Beschwerden, Vergesslichkeit, Sehstörungen, Abgeschlagenheit, Erschöpfung und einen Tinnitus an (Urk. 5/28/15). Die Behandlung mit Johanniskraut sei ohne Nutzen gewesen und wieder sistiert worden (Urk. 5/28/17). Dr. A.____ diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode, einen Status nach Schlaganfall im Jahr 2011 und erwähnte möglicherweise einen Nachweis einer zerebralen Atrophie (vgl. Urk. 5/28/15 f.). Der Beschwerdeführer sei körperlich und geistig reduziert belastbar, was zu fehlerhaftem Arbeiten und zunehmender Erschöpfung führen könne. Dieser sei nicht arbeitsfähig. Er empfehle eine Psychotherapie und bei Besserung der Beschwerden eine neue Evaluation (Urk. 5/28/16 f.).

Gleichentags berichtete

er

dem Hausarzt, dass er eine psychosomatische Ursache der multiplen körperlichen und kognitiven Beschwerden vermute, am ehesten im Rahmen einer chronischen Depression. Prädisponierende Ursachen seien die langjährige psychosoziale Belastungssituation am Arbeitsplatz als auch die unerwartete Kündigung im Frühjahr. Zusätzlich wäre in Anbetracht des MRI-Befundes mit Nachweis einer leichten frontoparietalen Atrophie an eine beginnende frontotemporale Demenz zu denken. Bis auf eine leichte Ataxie in der rechten unteren Extremität und ein Übergewicht in den linken Extremitäten liessen sich klinisch keine Residuen nach dem zerebralen Insult im Jahr 2011 feststellen. Therapeutisch habe er die Behandlung einer Depression besprochen. Der Beschwerdeführer wolle sich psychotherapeutisch vorstellen, eine psychopharmakologische Behandlung lehne er vorerst ab (Urk. 5/34/2). 4. 5

Weitere fachärztliche Berichte

stammen von der Augenklinik des Z.____. Gemäss Austrittsbericht vom 3. Dezember 2018 zeigten sich am ersten postoperativen Tag nach unkompliziertem intraoperativem Verlauf der Pars-plana-Vitrektomie am 30. November 2018 zeitgerechte und reizarme Befunde (Urk. 5/36/1). Zu vermeiden seien eine Rückenlage in der Nacht, Aufenthalte in grosser Höhe, Flugzeugreisen und das Heben von Lasten über 8 kg. Eine Vollbelastung sei nach ca. vier Wochen wieder möglich (Urk. 5/36/2).

Gemäss Formularbericht vom 20. Mai 2019 erfolgte der Behandlungsabschluss am 26. März 2019 (Urk. 5/41/2). Bei stabilem Befund wurden ein trockenes Auge und ein Status nach Netzhautoperation mit Macula off-Situation mit reduziertem Visus von 0,6 diagnostiziert. Es wurde angemerkt, die

Diagnosen könnten sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (Urk. 5/41/3). Trotz Kenntnis des bisherigen Arbeitspensums von 80 % als IT-Supporter

konnte die Frage nach möglichen Einschränkungen in dieser Tätigkeit nicht beantwortet werden (vgl. Urk. 5/41/4). Indessen wurde festgehalten, die bisherige Tätigkeit sei nach Eingewöhnung, abhängig vom Verlauf, bis zum vormaligen Pensum zumutbar (Urk. 5/41/5). 4.6

In Kenntnis der vorstehenden fachärztlichen Abklärungen berichtete Dr. med. C.____ , praktischer Arzt, am 2 1. Juni 2018 zunächst, der Beschwerdeführer leide an einer Stimmungsminderung und diffusen körperlichen Schmerzen (vgl. Urk. 5/11/8: HWS, linke Schulter, Dupuytren -Kontrakturen linke Hand) . Seit dem 2 6. März 2018 sei dieser voll arbeitsunfähig (Urk. 5/11/10).

Am 1. November 2018 stellte er beim Beschwerdeführer anhaltende Schmerzen im Bereich von HWS und Kopf mit organischen Befunden , ausstrahlende Schmerzen in beiden Hände und Schmerzen im linken Bein fest (Urk. 5/20/1). Immer vor dem PC zu sitzen , sei dem Beschwerdeführer nicht möglich: Dessen Konzentrationsfähigkeit sei eingeschränkt, seine Hände schmerzten und er habe Schmerzen im Bereich der HWS (Urk. 5/20/3). Dr. C.____

diagnostizierte eine Fibromatose (ICD-10: M72.0) , eine Spondylose (ICD-10: M47.0), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und sonstige abnorme Hörempfindungen (ICD-10: H9 3.2) . Er erachtete den Beschwerdeführer als weiterhin voll arbeitsunfähig (Urk. 5/20/5).

Im Bericht vom 2 5. März 2019 führte Dr. C.____ aus, es bestünden anhaltende Schmerzen beider Daumen und Schultern (Kapsulitis rechts, links Schmerzen seit dem Jahr 2016) sowie im Bereich der HWS . Zudem leide der Beschwerdeführer an einem Tinnitus, einer Depression und dementiellen Entwicklung (Urk. 5/32/1). Dazu stellte er die Diagnosen Polyarthrose (ICD-10: M15.0), mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), idiopathischer Hörsturz (ICD-10: F91.2), Zervikal neuralgie (ICD-10: M54.2) und Takotsubo -Syndrom (ICD-10: I51.81). Auch körperlich leichte Arbeiten seien dem Beschwerdeführer nicht möglich. Er sei nicht belastbar und verfüge aktuell über keine Ressourcen (Urk. 5/32/5). Im Haushalt seien die Wäsche und der Einkauf nicht möglich (Urk. 5/32/7).

Ergänzend ergibt sich aus dem Bericht der Physiotherapeutin vom 8. Februar 2019 , die Therapie bei ihr sei beendet. Die Nackenschmerzen seien rückläufig, das Kribbeln in den Fingern praktisch nicht mehr vorhanden. Der Beschwerdeführer habe starke Triggerpunkte im Musculus

Infraspinatus beidseits, die das Kribbeln in den Fingern auslösen würden . Der Tinnitus habe mittels Detonisation nicht verändert werden können (Urk. 5/35/2). 4.7

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens veranlasste der Hausarzt so dann eine arbeitsmedizinische Abklärung bei Dr. med. D.____ , Facharzt für Allgemeine Medizin und Arbeitsmedizin. Er diagnostizierte eine schwere Anpassungsstörung im Rahmen eines Erschöpfungsprozesses (Burnout) bei Erfüllung aller Haupt- und mehrerer Nebenkriterien einer Depression , schwerer Degeneration von Sympathikus und Parasympathikus im Rahmen einer chronischen Stresskrankheit (differenzialdiagnostisch Diabetes mellitus II) , multiplen psychosomatischen Beschwerden und voller Arbeitsunfähigkeit . Dazu erläuterte er, der Beschwerdeführer befinde sich in einer schweren depressiven Episode – ausgelöst durch eine chronische Stressbelastung in den letzten zehn Jahren am Arbeitsplatz, endend mit einer Kündigung. Er empfahl eine psychotherapeutische Behandlung, allenfalls eine antidepressive Therapie, einen Mindfulness

Based Stress Reduction (MBSR)-Kurs, einen stationären Aufenthalt in einer Burnoutklinik sowie das Erlernen von Entspannungstechniken. Des Weiteren stellte Dr. D.____ im

24-Stunden -Elektro kardio gramm (EKG) eine höhergradige Rhythmusstörung fest und empfahl eine sofortige Kontrolle beim Kardiologen. Sollte das Vorhofflimmern länger als 30

Sekunden pro 24 Stunden andauern, wäre eine Antikoagulation einzuführen (Urk. 5/51/2 und 5/51/11).

Unter Hinweis auf die vorstehende Erstdiagnose im September 2019 wurde im Kurzaustrittsberichts des Kantonsspitals E.____ vom 5. Juni 2020 ein anfallsartiges Vorhofflimmern/-flattern mit einem Status nach Synkopen in den Jahren 2019/2020 diagnostiziert. Aus dem Bericht ergibt sich, dass in der Tele metrie vom 2. Juni 2020, durchgeführt nach einer Synkope mit Verkehrsunfall am 31. Mai 2020 (vgl. Urk. 13/2) , ein Vorhofflattern mit einer Frequenz bis zu 150-mal pro Minute und eine Asystolie von 7 Sekunden dokumentiert wurden , worauf dem Beschwerdeführer am 5. Juni 2020 ein DDDR-Schrittmacher im plantiert und am 6. Juni 2020 eine Antikoagulation begonnen wurde . Weiter diagnostizierte man

eine koronare Eingefässerkrankung , erstmals festgestellt im Jahr 2011, wobei die proximale RIVA mit 75 %

gemäss der Koronarangiographie vom 2. Juni 2020 nicht interventionsbedürftig sei. Aufgrund der Echokardiographie vom 3. Juni 2020 wurde zudem erstmals eine atypische Form der aperiodischen Form der hypertrophen Kardiomyopathie bei insbesondere befriedigender linksventrikulärer Funktion (LV)

diagnostiziert. Abschliessend wurde auf den Status nach zerebrovaskulärem Infarkt im Jahr 2011 ohne Sekundärprophylaxe mit Aspirin (abgelehnt vom Beschwerdeführer) und seither Verschluss der Arteria

radialis links

hingewiesen . Erwähnt wurden ferner anamnestisch der Verdacht auf einen Alkoholüberkonsum sowie ein gelegentlicher Cannabiskonsum (Urk. 13/1). 5.

E. 9

0.-- ein Invalideneinkommen von mindestens Fr. 64'502.-- gegenüberzustellen . Es resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 14 % .

Gründe für einen leidensbedingten Abzug sind im Kompetenzniveau 2 , das

keine komplexen

Tätigkeiten umfasst , übrigens nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

7.

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die bisherigen Akten mit Verfügung vom 4. Oktober

2019

einen Rentenanspruch verneinte. Der Beschwerdeführer vermochte mit seinen Ausführungen keinen weiteren medizinischen Abklärungsbedarf aufzuzeigen. Die Leiden, für die objektive Anhaltspunkte bestehen und die geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit zu beeinflussen , sind hinreichend abgeklärt.

Selbst unter Berücksichtigung des von Dr. Y.____ definierten, leicht eingeschränkten Z
umutbarkeitsprofil s

wird d er Mindestinvaliditätsgrad für eine Rente von 40 % nicht erreicht. Die Beschwerde
ist folglich abzuweisen. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das
Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfah rens aufwand
unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69
Abs. 1 bis IVG). Diese sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld -
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 Bundes
gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel
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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelBonetti

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