

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00212 vom 10. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00212

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00212 du 10 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00212 del 10 ottobre 2011

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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 gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 2

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 betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

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

E. 1.2

Der Versicherte meldete sich am 18. Juli 2016 unter Hinweis auf eine Blasen- und Darmstörung sowie eine Depression, zunehmend seit Herbst 2015, erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 7/36).

Die IV-Stelle forderte den Versicherten darauf hin mit Schreiben vom 27. Juli 2016 (Urk. 7/39) auf, bis spätestens am 27. August 2016 entsprechende aktuelle Beweismittel zur Prüfung des Anspru ches einzureichen, unter Androhung, dass ansonsten auf sein Gesuch nicht ein getreten werde.

In der Folge wurden meh rere medizinische Berichte (Urk. 7/46-48) eingereicht.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/50-59), in welchem der Ver si cherte einen weiteren Arztbericht (Urk. 7/54) einreichte, trat die IV Stelle mit Verfügung vom 10. April 2017 (Urk. 7/60) auf das neue Leistungs be gehen des Versicherten nicht ein.

Die vom Versicherten dagegen am 18. Mai 2017 erhobene Beschwerde (Urk. 7/62/3-7) hiess das hiesige Gericht im Verfahren Nr. IV.2017.00560 mit Urteil vom

E. 1.3

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 Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 1. 5

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invaliden einkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil

des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2018 vom 24. Januar 2019 E. 4.3.2 mit Hinweis auf Urteil 8C_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 9. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C_675/2016 vom 8. April 2017 E. 3.2.1). 2.

E. 2

3. Oktober 2017 in dem Sinne gut, dass die angefochtene Verfügung vom 10. April 2017 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit diese über die Neuanmeldung materiell befunde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2020 (Urk. 2) gestützt auf das eingeholte Gutachten davon aus, dass im Rahmen der Abklärungen eine Verschlechterung festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei nun zusammenfassend in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit noch zu 70 % arbeitsfähig. Dies entspreche einem Invaliditätsgrad von 30 % , womit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung seien keine Kriterien für eine andauernde Persönlichkeitsstörung festgestellt worden. Die koronare Gefässerkrankung werde aus internistischer Sicht im Zuge der Begutachtung als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingeschätzt (Urk. 2 S. 2) .

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend (Urk. 1), der psychiatrische Gutachter erläutere nur inwiefern die Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt seien, nicht aber, weshalb die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode nicht erfüllt seien. Obwohl seitens des behandelnden Therapeuten auch die Verdachtsdiagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung gestellt worden sei, habe sich der psychiatrische Gutachter bei der Beurteilung mit keinem Wort mit dieser Diagnose auseinandergesetzt (S. 4) . Die Gutachter hätten als angestammte Tätigkeit eine Bürotätigkeit angenommen. Dies entspreche jedoch in keiner Weise dem angestammten Tätigkeitsprofil, auch nicht in einem reduzierten Pensum. Seine bisherige Arbeit als Fachspezialist Wertschriftensadministration sei stressig und hektisch gewesen. Aufgrund

von Abgabe terminen am gleichen Tag sei er permanent unter Zeitdruck gewesen. Einzelbüros gebe es in dieser Branche keine mehr. Die Bankenbranche sei seit Jahren immer wieder mit Stellenabbau in den Medien präsent, weshalb er mit seinen Einschränkungen und seinem Lebenslauf in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr Fuß fassen werde. Aus diesen Gründen sei die bisherige Tätigkeit auch in einem reduzierten Pensum nicht mehr möglich (S. 5). Ein Prozentvergleich, wie ihn die Beschwerdegegnerin vorgenommen habe, sei somit nicht zulässig. Es sei ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Das Valideneinkommen sei aufgrund des erzielten Lohnes an seiner letzten Arbeitsstelle festzusetzen und für das Invalideneinkommen sei auf ein durchschnittliches Einkommen für einfache kaufmännische Tätigkeiten basierend auf der Lohnstrukturerhebung abzustellen (S. 6).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob seit der Verfügung vom 10. Oktober 2011 (Urk. 7/35) eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist und ob ihm infolgedessen ein Anspruch auf eine Rente zusteht (vgl. vorstehend E. 1.3).

3.

3.1

Der ursprünglichen Verfügung vom 10. Oktober 2011 (Urk. 7/35) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Berichte zu Grunde: 3.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 9. Mai 2010 (Urk. 7/13) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Status nach Analooperation (1993) wegen Karzinom und Bestrahlung mit postaktinischer Analkanalstenose (1994) - Dysthymie (ICD-10 F34.1) bei Status nach unerwarteter Kündigung des Arbeitsplatzes im Dezember 2007

Er führte aus, dass zurzeit keine Therapie stattfinde (S. 1 Ziff. 1.2). Die Prognose werde aus psychiatrischer Sicht als gut erachtet, wenn eine Therapie lege artis in die Wege geleitet werde. Er empfehle eine ambulante Therapie, die die Problematik aufgreife und dem Beschwerdeführer ermögliche zu lernen, mit der Symptomatik klar zu kommen und diese zu überwinden (S. 2 Ziff. 1.4-1.5). Es bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Bankangestellter seit Dezember 2007. Es lägen Konzentrationsprobleme, eine Verlangsamung im Denken, depressive Verstimmungen und zudem Schmerzen und Brennen im Analbereich vor (S. 2 Ziff. 1.7). 3.3

Die Ärzte des Universitätsspitals B.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten am 25. Mai 2011 ihr psychiatrisches Gutachten gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. Januar 2011 (Urk. 7/23). Sie nannten folgende Diagnose (S. 19 Ziff. 6): - Dysthymia (ICD-10 F34.1), bestehend seit zirka Oktober 2007

Sie führten aus, dass sich in der Begutachtungssituation keine Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit sowie keine Störungen der Gedächtnisfunktionen, jedoch sich eine leichtgradige Umständlichkeit sowie leichtgradige Grübelneigung zeigten. Deutlich würden eine leichtgradige Reizbarkeit und Dysphorie sowie Insuffizienzgefühle und vermindertes Selbstwertgefühl. Im Antriebsbereich scheine der Beschwerdeführer überwiegend ausgeglichen, wenn sich auch phasenweise themenabhängig eine leichtgradige

psychomotorische Unruhe zeige (S. 19). Aus psychiatrischer Sicht bestehe im Rahmen der beschriebenen Defizite aufgrund der attestierten Dysthymia eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % für ange stammte und angepasste Tätigkeiten seit Herbst 2007. Prognostisch sollte unter einer adäquaten Therapie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit innerhalb von maximal einem Jahr wieder herstellbar sein (S. 21). 3.4

Die Ärzte des Universitätsspitals B.____, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, erstatteten am 27. Mai 2011 ihr internistisches Gutachten gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 23. November 2010 (Urk. 7/25/1-5). Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 5.1): - mässig differenziertes Adenokarzinom des Rektums mit lymphangiosis

carcinomatosa - Status nach tiefer vorderer Rektumresektion Januar 1993 - Status nach kombinierter Radio-Chemotherapie November 1993 bis März 1994 - neurogene Blasen-, Erektions- und Ejakulationsstörung - Status nach Adhäsiolyse und Dünndarmresektion Dezember 1994 wegen Ileus - letzte koloskopische Kontrolle 1997 - Dysthymie (ICD-10 F34.1) Sie führten aus, dass aufgrund der derzeit zu objektivierenden Befunde im internistischen Fachgebiet und der psychiatrischen Diagnose als Mitarbeiter im Back office einer Bank eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, entsprechend 6.75 Stunden pro Tag bestehe. Die Einschränkungen gegenüber einem vollen Pensum würden sich mit der Notwendigkeit zu vermehrten Entleerungen begründen, was sub jek tiv angegeben werde und objektiv nicht auszuschliessen sei, sowie den Befun den einer vermehrten Grübelneigung, einer vermehrten Reizbarkeit und Dysph orie, einem Insuffizienz- und vermindertem Selbstwertgefühl (S. 4). 4.

4.1

Für die Zeit nach der ursprünglichen Verfügung vom 10. Oktober 2011 (Urk. 7/35) finden sich in den Akten die folgenden medizinischen Berichte: 4.2

Die Ärzte des Universitätsspitals B.____, Klinik für Urologie, berichteten am 29. Februar 2016 (Urk. 7/48/6-7) und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Blasenentleerung und Blasenspeicherstörung am ehesten neurogene Ursache im Rahmen von Diagnose II - Differentialdiagnose (DD): chronische Blasenentleerungsstörung mit Über laufblase - Urge -, Stuhl- und Urininkontinenz - Blasenentleerung mittels Crède-Manouver seit 1993 - zusätzliche Stuhlinkontinenz - schwere psychologische Belastung - Status nach tiefer Rektumresektion mit End to End Anastomose 1993 - Kombinierte Radio/Chemotherapie November 1993 bis März 1994 - mässig differenziertes Adenokarzinom des Rektums mit lymph an gio sis

carcinomatosa Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer über eine deutliche Verschlech terung seit zwei Monaten sowohl der Urin- als auch der Stuhlinkontinenz be richte. Wenn er den Harndrang verspüre und dann sofort die Toilette erreiche, sei keine Inkon tinenz-Episode vorhanden. Schaffe er dies nicht, verliere er den Urin unkontrol liert. Bei der Miktion würde er gleichzeitig stuhlen. Nachts be merke er keinen Harndrang, stehe jedoch mehrmals auf mit dann nasser Unter wäsche und nassem Bett. Dies belaste ihn sehr. Er ziehe sich privat und sozial zurück (S. 1) Die sich beim Beschwerdeführer zeigende kombinierte Blasenent lee rungsstörung sowie Blasenspeicherstörung mit Urininkontinenz sei am ehes te n auf den operativen Eingriff vor 23 Jahren zurückzuführen. Es sei eine Zystos kopie sowie eine urody na mische Abklärung notwendig (S. 2). 4.3

Die Ärzte des Universitätsspitals B.____, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, berichteten am 7. März 2016 (Urk. 7/48/3-5) über die gleichentags durchgeführte 3d-anorektale Manometrie des Beschwerdeführers und führten aus, dass sich keine Hinweise für eine

Sphinkterinsuffizienz zeigen würden. Es habe sich lediglich eine verminderte Rektalkapazität bei jedoch erhaltener initialer Perzeption und Stuhldrang gezeigt (S. 2). 4.4

Die Ärzte des Universitätsspitals B.____, Klinik für Urologie, berichteten am 23. Juni 2016 (Urk. 7/54) über die urodynamische Untersuchung des Beschwerdeführers und nannten folgende Diagnosen: - neurogene Blasen- und Darmfunktionsstörung bei Diagnose 2 - Status nach tiefer Rektumresektion mit End to End Anastomose 1993

Sie führten aus, dass sich in der Video- Urodynamik eine hyperkapazitive, hyposensitive und überaktive Harnblase zeige. Die Detrusorüberaktivität in Kombination mit der verminderten Blasensensation dürfte die Ursache für die Urininkontinenz sein. In der Situation sei die medikamentöse Therapie zur Reduktion der maximalen Detrusordruckamplituden indiziert. Dies dürfte jedoch zur Verschlechterung der Miktions- und Erhöhung der Restharmengen führen (S. 3). 4.5

Die Ärzte des Sanatoriums C.____ berichteten am 19. September 2016 (Urk. 7/47) und führten aus, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 6. Juni 2016 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung im Ambulatorium befinde. Die Behandlung finde auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis im Einzelsetting statt. Im Verlauf erfolge zudem gegebenenfalls eine Beratung bezüglich einer etwaigen psycho-pharmakologischen Behandlung, sollte dies notwendig sein. Der Beschwerdeführer habe eine depressive Symptomatik entwickelt, welche aktuell als mittelgradig eingeschätzt werde (ICD-10 F32.11). Im Vordergrund stünden eine bedrückte Stimmungslage, Ein- und Durchschlafstörungen, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, ein leichtes Morgentief sowie ein verminderter Antrieb, ein sozialer Rückzug und intermittierend suizidale Gedanken. Zudem berichte der Beschwerdeführer von starken Ängsten bezüglich einer weiteren Verschlechterung des körperlichen Zustandes sowie von Schmerzen. Der Beschwerdeführer sei durch die somatischen und psychischen Beschwerden im Alltag stark eingeschränkt. In Bezugnahme auf ein Gutachten vom Jahr 2010, in welchem damals eine Dysthymie beschrieben worden sei, sei davon auszugehen, dass sich das psychische Gesundheitsbild im Verlauf der Jahre verschlechtert habe. Weitere mögliche erschwerende Faktoren wie beispielsweise interaktionelle Schwierigkeiten hätten im bisherigen Zeitraum noch nicht ausführlich exploriert werden können (S. 1). Aufgrund der multifaktoriellen Beschwerden sei davon auszugehen, dass bei unveränderter Situation ein deutlich erhöhtes Risiko einer Chronifizierung und Zunahme der psychischen Beschwerde bestehe (S. 2). 4.6

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 27. September 2016 (Urk. 7/46) und führte aus, dass die Arbeit des Beschwerdeführers als Bankangestellter durch die intestinalen und urologischen Störungen in einem so erheblichen Mass eingeschränkt würden, dass er den üblichen Anforderungen seines Berufs nicht mehr genügen könne. Oft könne er nicht zur normalen Zeit am Arbeitsort erscheinen, weil er am Morgen noch zu lange auf die Toilette gehen müsse, die Defäkation oder/und die Miktions- aber nicht so schnell, wie dies bei gesunden Personen möglich sei, erledigt werden könne. Er habe im Tag bis zu 30 Defäkationen. Die Körperhygiene-Arbeit benötige beim Beschwerdeführer sehr viel Zeit. Die ungenügend kontrollierbaren Miktions- seien oft, insbesondere

beim Schlafen, mit Inkontinenz verbunden, oder würden den Beschwerdeführer oft dazu zwingen, auf die Toilette gehen zu müssen (S. 1). Der Beschwerdeführer müsse insgesamt wegen der Dysfunktion von Darm und Blase zu oft und zu lange auf die Toilette gehen. Die ungenügend kontrollierbaren Flatulenzen seien für den Beschwerdeführer ein grosses psychisches Problem, weil es – besonders auch am Arbeitsplatz – die zwischen menschlichen beziehungsweise sozialen Kontakte stark störe, was ihn sehr unsicher mache, so dass er sich stark zurückziehe. Der Beschwerdeführer sei deswegen auch in psychiatrischer Behandlung. Ein normales Berufsleben sei unter diesen Umständen nicht möglich. Der Beschwerdeführer sei deswegen seit dem 19. Januar 2016 in seiner Tätigkeit als Bankmitarbeiter zu 100 % arbeitsunfähig. Ein wichtiges Problem sei, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Krankheit nicht regelmässig arbeiten und regelmässige Arbeitszeiten nicht einhalten könne. Die Arbeitsfähigkeit werde somit praktisch auch in Zukunft um mindestens 50 % vermindert sein, nicht nur in seinem Beruf als Bankmitarbeiter, sondern auch in anderen Tätigkeiten. Das Leiden des Beschwerdeführers habe wie erwähnt 1993 begonnen. Die Störungen hätten seit 2007 und noch mehr in den letzten zwei Jahren deutlich zugenommen (S. 2). 4.7

Lic. phil. E.____, Psychologe, Sanatorium C.____, berichtete am 16. Mai 2017 (Urk. 3/6) und führte aus, dass der Beschwerdeführer infolge eines Darmkarzinoms, welches 1993 und 1994 operiert worden sei, einer daraus resultierenden Inkontinenz sowie einem Stellenverlust im Februar 2016 wie auch vorangehenden anamnestisch berichteten wiederholten Stellenverlusten eine depressive Symptomatik entwickelt habe, welche aktuell als mittelgradig eingeschätzt werde (ICD-10 F32.11). Im Vordergrund stünden eine bedrückte Stimmungslage, Ein- und Durchschlafstörungen, Freudlosigkeit, Interesslosigkeit, ein leichtes Morgentief sowie ein deutlich verminderter Antrieb, ein sozialer Rückzug und intermittierend suizidale Gedanken. Zudem berichte der Beschwerdeführer von starken Ängsten bezüglich einer weiteren Verschlechterung des körperlichen Zustandes sowie von Schmerzen. Aufgrund interaktiver Auffälligkeiten bestehe zudem der Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete andauernde Persönlichkeitsänderung, möglicherweise in Folge der chronischen Belastungssituation (ICD-10 F62.9). Aufgrund der multifaktoriellen Beschwerden sei davon auszugehen, dass bei unveränderter Situation ein deutlich erhöhtes Risiko einer Chronifizierung und Zunahme der psychischen Beschwerden bestehe. Aus psychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt nicht gegeben. 4.8

Pract. med. F.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 15. Oktober 2016 Stellung (Urk. 7/49/2) und führte aus, dass in den vorliegend eingereichten medizinischen Unterlagen im Rahmen der augenblicklichen gesundheitlichen Einschränkungen lediglich psychosoziale Faktoren genannt würden, welche zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes geführt hätten. Somit würden die medizinischen Unterlagen zusammenfassend aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Veränderung des Gesundheitszustandes begründen. 4.9

PD Dr. med. G.____, Facharzt für Urologie, berichtete am 14. Februar 2018 (Urk. 7/69) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 2.5): - neurogene Blasen-, Darm und Sexualdysfunktion bei Status nach tiefer Rektumresektion 1993 wegen eines Adenokarzinoms, Status nach Chemo- und Radiotherapie - depressive Episoden

Er führte aus, durch ihn seien keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausgestellt worden (S. 1 Ziff. 1.3). 4.10

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. E.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, berichteten am 16. April 2018 (Urk. 7/74) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - Verdacht auf nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsveränderung, möglicherweise in Folge der chronischen Belastungssituation (ICD-10 F62.9)

Sie führten aus, die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit sei aufgrund der somatischen Beschwerden sowie der oben beschriebenen psychischen Folgeerkrankung deutlich eingeschränkt. Es sei jedoch davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit durchaus eine Teilarbeitsfähigkeit wiedererlangen könnte. Er könnte eventuell seine kaufmännische Tätigkeit in einem Teilzeitpensum ausüben, wenn die Möglichkeit gegeben wäre, auf seine somatischen Beschwerden Rücksicht zu nehmen. Dies könnte mit einer Verbesserung des affektiven Zustandsbildes einhergehen. Aufgrund der Vorgeschichte bestehe die Gefahr, dass sich der Beschwerdeführer überfordere (S. 1 f.).

Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 6. Juni 2016 beim Referenten in Behandlung. Infolge eines Darmkarzinoms und der damit verbundenen Operationen und Therapien sei es im Nachgang dazu gekommen, dass der Beschwerdeführer unter teilweise unkontrollierbarer Defäkation und Harnblasenstörungen leide. Die somatischen Beschwerden hätten sich stark auf die Psyche des Beschwerdeführers in Form einer depressiven Entwicklung ausgewirkt. Zudem sei davon auszugehen, dass sich die chronische Belastungssituation auf die interaktionellen Fähigkeiten des Beschwerdeführers ausgewirkt hätten. Die somatischen Beschwerden würden ihn im Alltag, dem Bereich Arbeit und Partnerschaft stark einschränken. Im Verlauf habe sich eine Zunahme der affektiven Beschwerden gezeigt. Es sei insgesamt eine Chronifizierung und Zunahme der Beschwerden zu verzeichnen. Der Beschwerdeführer erscheine nur in grossen zeitlichen Abständen zur Therapie und zeige Schwierigkeiten, sich auf das Behandlungsangebot einzulassen (S. 2). Er berichte neben den somatischen Beschwerden vor allem von Symptomen im Rahmen der affektiven Störung. Im Vordergrund der psychischen Beschwerden stünden eine deprimierte Stimmungslage, negatives Gedankenkreisen, Ein- und Durchschlafstörungen, Motivations- und Antriebslosigkeit. Zudem sei er teils schnell reizbar und leide oft unter starken Schamgefühlen (S. 2 f.). Gegenwärtig finde eine psychotherapeutische Behandlung auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis im Einzelsetting statt. Begleitend bestehe die Möglichkeit einer medikamentösen Beratung durch Dr. H.____. Aufgrund der multifaktoriellen Beschwerden sei davon auszugehen, dass bei unveränderter Situation ein deutlich erhöhtes Risiko einer weiteren Chronifizierung und Zunahme der psychischen Beschwerden bestehe. Den psychischen Beschwerden lägen hauptsächlich die somatischen Beschwerden beziehungsweise der Umgang mit den Folgen der Erkrankung und die daraus resultierenden sozialen Probleme zugrunde (S. 3). 4.11

Die Ärzte der Z.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 4. Februar 2019 (Urk. 7/89) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.2.1): - mässig differenziertes Adenokarzinom des Rektums mit Lymphangiosis

carcinomatosa - Status nach tiefer vorderer Rektumresektion Juli 1993 - Status nach kombinierter Radiochemotherapie von November 1993 bis März 1994 - Status nach Adhäsiolyse und Dünndarmresektion 6. Dezember 1994 wegen Ileus - verminderte Rektalkapazität bei normaler initialer Perzeption und Stuhlgang sowie normaler Ruhe- und Klemmdruck - aktuell: palpatorisch sowie im Becken-MRI Darstellung einer sehr ausgeprägten Narbenformation, zirka 5 cm ab ano in der Mittellinie mit Verdacht auf Granulationsgewebe und vermehrten Gefäßstrukturen; dadurch Stuhl- und Urininkontinenz - leichte depressive Störung (ICD-10 F32.01) - Dysthymia (ICD-10 F34.1)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie folgende (S. 5 Ziff. 4.2.2): - anamnestisch erektile Dysfunktion - koronare Dreifässerkrankungen - Hypothyreose, Erstdiagnose 9. November 2018, unter Substitution Sie führten aus, die im Jahr 2016 durchgeführte hochauflösende anorektale Manometrie im Universitätsspital B. ___ habe keinen Anhalt für eine Sphinkter-Insuffizienz ergeben. Es seien lediglich eine verminderte Rektalkapazität bei erhaltener initialer Perzeption und Stuhlgang festgestellt worden. Dieser Befund sei aus urologischer und allgemein-internistischer Sicht durchaus vereinbar mit dem Befund bei Status nach tiefer vorderer Rektumresektion und Status nach Radiatio. Im aktuell durchgeführten Becken-MRI sei eine deutliche Narbenformation beschrieben worden. Es sei nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer unter einer solchen narbigen Veränderung im Becken-Ausgangsbereich stark leide und im Alltag eingeschränkt sei. Therapeutisch würden Stuhlgangregulation und Biofeedback empfohlen sowie eine weitere regelmässige Nachsorge. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung habe nach mehrmaligem Befragen heraus kristallisiert werden können, dass der Beschwerdeführer in Stresssituationen eine gewisse Zunahme des imperativen Stuhlindrangs verspüre und sich die Beschwerden erst vor drei bis vier Jahren zugespitzt hätten, parallel zum Stresspegel am Arbeitsplatz. Die Kriterien zur Diagnosestellung einer Dysthymie im Sinne einer depressiven Persönlichkeit würden erfüllt. Ebenso seien die Kriterien für das Bestehen einer leichten depressiven Episode erfüllt (S. 4 Ziff. 4.1).

Es bestehe eine leichte Beeinträchtigung in der Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Bei Proaktivität und Spontanaktivitäten bestehe eine mässige Beeinträchtigung. Trotz widriger Umstände habe es der Beschwerdeführer zwischen 1993 und 2015 geschafft, ein durchgehendes 100%iges Arbeitsverhältnis zu unterschiedlichen Arbeitgebern aufrecht zu erhalten (S. 5 f. Ziff. 4.5). Grundsätzlich seien die Angaben des Beschwerdeführers mit seinem Krankheitsbild plausibel nachvollziehbar. Auffallend im Rahmen der Begutachtung sei gewesen, dass trotz der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers, dass er unter Flatulenz und häufigen Stuhlentleerungen leide, er sich nicht ansatzweise beklagt habe, dass er Bauchkrämpfe verspüre oder dass er die Toilette dringend besuchen müsse (S. 6 Ziff. 4.6). Anamnestisch gehe der Beschwerdeführer alle 1-2 Stunden zum Wasserlösen bei einer Trinkmenge von 2 Litern pro Tag. Den Stuhlgang spüre er ebenfalls nicht, er müsse Windeln tragen. Der Stuhlgang komme unvorbereitet, er müsse ständig mit der Entsorgung des Stuhlgangs beschäftigt sein (S. 6 Ziff. 4.11). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe für die angestammte und angepasste Tätigkeit eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf ein 100% Pensum. Somit könne von einer leichten Verschlechterung gegenüber dem Vorgutachten im Jahr 2011 gesprochen werden. Aus urologischer und psychiatrischer Sicht bestehe eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Addition der Arbeitsunfähigkeit erfolge nicht (S. 6 Ziff. 4.8-4.9).

Zusätzlich zur Dysthymie sei im gutachterlichen Gespräch eine leichte depressive Störung zu verzeichnen. Gegenüber 2011 habe sich die Situation wahrscheinlich auch durch zusätzliche Vernarbung in punkto Defäkation und Miktion leicht verschlechtert. In angestammter Tätigkeit, als Bankangestellter, sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. Insbesondere die Erfahrungen in Grossraumbüros mit häufigem Kollegenkontakt hätten immer wieder zu Verschlechterungen der Arbeitsleistung geführt. In angepasster Tätigkeit, also insbesondere in einer Tätigkeit mit optimiertem Arbeitsplatz (Nähe der Toiletten, Einzelbüro, kein Zeitdruck), habe sich die Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht seit 2011 von 20 % auf 30 % leicht verändert (S. 7 Ziff. 4.11 ; vgl. hierzu Korrektur des Schreibfehlers in E. 4.12). Der urologische Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer merke den Miktions- und Defäkationsdrang nicht. Die Blase überlaufe, dann seien die Windeln nass. Er äussere ebenfalls eine Stuhlinkontinenz, die schlimmer geworden sei (S. 9). Der Beschwerdeführer müsse alle 45 Minuten auf die Toilette für zirka 5-10 Minuten, anschliessend sei das Arbeiten wieder möglich (S. 10). Bei der klinischen Untersuchung verliere der Beschwerdeführer im Stehen keinen Urin (S. 11). Tagsüber gehe er alle ein bis zwei Stunden zum Wasserlösen. Den Stuhlgang spüre er ebenfalls nicht, er müsse Windeln tragen. Der Stuhlgang komme unvorbereitet. Gegenüber 2011 habe sich die Situation wahrscheinlich durch zusätzliche Vernarbung in punkto Defäkation verschlechtert, in punkto Miktion sei es auch schlimmer mit der Überlaufblase (S. 13). Der psychiatrische Gutachter führte aus, der Belastungsfaktor der Blase stelle für den Beschwerdeführer ein besonders grosses Problem dar. Insbesondere wenn er das Haus verlasse sei er sowohl stuhl- als auch harninkontinent. Nachts sei er immer nass, so dass er Windeln tragen müsse. Wie oft er auf die Toilette gehen müsse, könne er nicht mehr genau sagen. Er leide unter leicht reduzierter Energie. Er schlafe schlecht, insbesondere bestünden Ein- und Durchschlafstörungen. Er empfinde selten Freude. Die Hoffnung sei, auch insbesondere kulturbedingt, grundsätzlich vorhanden, guten Mutes sei er aber schon seit längerem nicht mehr. Zusätzlich habe er Gedankenkreisen an den Schmerz, den er zwischen der ersten und der zweiten Operation erlitten habe (S. 15). Der Beschwerdeführer berichte, dass er die Arbeit aus körperlichen Gründen nicht mehr machen könne. Insbesondere die häufigen Toilettengänge schränkten ihn ein. Im Kontakt mit anderen empfinde er eine starke seelische Belastung. Häufiges Arbeiten in Grossraumbüros, die Ängste welche er empfinde, wenn etwas «in die Hose gehe», würden ihn sehr belasten (S. 16). Im Gespräch sei immer wieder versucht worden, detailliert bezüglich der als stark belastend empfundenen Blasen- und Stuhlinkontinenz nachzufragen. Die vom Beschwerdeführer gemachten Angaben hätten sich insgesamt sehr ungenau gezeigt. Er habe keine detaillierten Angaben bezüglich der Frequenz pro Tag machen können. Der Beschwerdeführer trage keinerlei Wechselkleidung mit sich rum. In der Untersuchungssituation habe der Beschwerdeführer keine Windeln getragen. Während der gutachterlichen Situation sei es trotz Angebot zu keinem Zeitpunkt zum Aufsuchen der Toilette gekommen (S. 17 f.). Aus psychiatrischer Sicht handle es sich beim Beschwerdeführer um eine Double Depression. Die Kriterien zur Diagnosestellung einer Dysthymie im Sinne einer depressiven Persönlichkeit würden erfüllt. Ebenso seien die Kriterien für das Bestehen einer leichten depressiven Episode erfüllt (S. 19). Trotz widriger Umstände habe es der Beschwerdeführer zwischen 1993 und 2015 geschafft, ein durchgehendes 100%iges Arbeitsverhältnis zu unterschiedlichen Arbeitsgebern aufrecht zu erhalten. Die seit zwei Jahren bestehende Beziehung habe trotz dysthymischer Stimmungslage und depressiven Episoden sowie bestehendem Libidoverlust und der eigenen Angaben nach

Unfähigkeit sexuellen Kontakt ausüben zu können, aufrechterhalten werden können. Trotz des langen Leidensweges gebe das kulturell, buddhistisch-bedingte Lebenskonzept einen prinzipiell positiven Lebensentwurf (S. 21). Aus psychiatrischer Sicht liege beim Beschwerdeführer eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit vor. In angepasster Tätigkeit, also unter den Bedingungen, dass der Beschwerdeführer keinem Zeitdruck ausgesetzt sei, die Toilette in unmittelbarer Nähe wäre, ein Einzelbüro vorhanden sei, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 21 f.).

Die allgemein-internistische Gutachterin führte aus, grundsätzlich seien die Angaben des Beschwerdeführers mit seinem Krankheitsbild plausibel nachvollziehbar. Es könne natürlich auch ein Zufall sein, aber auffallend im Rahmen der Begutachtung sei gewesen, dass er kein einziges Zeichen einer ausgeprägten Flatulenz gezeigt habe oder er den Drang verspürt habe, zur Toilette zu gehen. Aus allgemein-internistischer Sicht sei es nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer unter vermehrten Stuhlentleerungen leide, weshalb genügend Zeit für seine Hygiene beziehungsweise vermehrten Entleerungen eingeräumt werden müsste. Als Ressourcen seien die gute Ausbildung sowie die intakte Partnerschaft zu vermerken. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von etwa 20 % zugunsten der vermehrten Stuhlentleerungen und die Notwendigkeit von entsprechenden Hygienemaßnahmen (S. 28). 4.12

Am 17. Mai 2019 (Urk. 7/93) nahmen die Gutachter der Z.____ Stellung zu den Rückfragen der Beschwerdegegnerin und führten aus, nach nochmaliger polydisziplinärer Durchsicht der medizinischen Unterlagen könne abschliessend gesagt werden, dass die Begründung aus urologischer Sicht etwas ungenau und missverständlich erfolgt sei betreffend die zeitlichen Angaben. Gemeint sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung bei einem Arbeitstag von 8.4 Stunden von 30 %. Aus polydisziplinärer Sicht sei bei der Gesamtarbeitsunfähigkeit keine Addition beziehungsweise Kumulation der urologischen, psychiatrischen und allgemein-internistischen Beurteilung durchzuführen. An der retrospektiven Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Höhe von 20-30 % habe sich seit 2016 keine relevante Änderung ergeben.

Am 7. Juni 2019 (Urk. 7/95) führten die Gutachter der Z.____ auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin aus, dass in der zitierten Passage statt Arbeitsfähigkeit Arbeitsunfähigkeit stehen sollte. 4.13

Pract. med. F.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 18. Juni 2019 Stellung (Urk. 7/98/6-7) und führte aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne auf das Gutachten der Z.____ abgestellt werden. In der bisherigen Tätigkeit als Bankangestellter bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Es sei somit von einer leichten Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit seit 2011 auszugehen. 5. 5.1

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ist auf das Gutachten der Z.____

(vorstehend E. 4.

E. 7

/ 109 = Urk. 2) einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung.
2.

Der Versicherte erhob am 30. März 2020 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 24. Februar 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine halbe Rente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 1 und 2). Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, Eingliederungsmassnahmen zu prüfen (S. 2 Ziff. 3), eventuell sei die Angelegenheit zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zur Erstellung eines Einkommensvergleichs an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2020 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 3. Juni 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 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. 11

) abzustellen. Das Gutachten umfasst die Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Urologie, wobei es

sich für die zu beurteilenden Frauen als umfassend erweist. Die Ärzte berücksichtigten die geklagten Beschwerden und das Verhalten des Beschwerdeführers

in angemessener Weise und erstellten das Gutachten in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten, wozu sie auch Stellungnahmen. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 5.2

Aus somatischer Sicht lässt die Gegenüberstellung der bei der letzten Rentenprüfung vorhandenen mit den seither eingegangenen medizinischen Berichten auf eine leichte Verschlechterung schliessen.

Anlässlich der seit der erneuten Anmeldung erfolgten Abklärungen wurde eine ausgeprägte Narbenformation ab ano in der Mittellinie mit Verdacht auf Granulationsgewebe und vermehrten Gefässstrukturen als neuer objektiver klinischer Befund erhoben. Der urologische Gutachter erachtete Beschwerden als Folge einer solchen narbigen Veränderung im Becken-Ausgangsbereich als nachvollziehbar. Gegenüber 2011 habe sich die Situation durch diese zusätzliche Vernarbung in punkto Defäkation und Miktion verschlechtert, was eine Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit begründe, indem der Beschwerdeführer durch die Stuhl- und Urininkontinenz mit Schmerzen im Becken-Ausgangsbereich in seiner Konzentration als Bankangestellter eingeschränkt sei.

Der Beschwerdeführer wurde aus urologischer Sicht sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit als zu 70 % arbeitsfähig beurteilt (Urk. 7/89 S. 12 f.). Aus allgemein-internistischer Sicht wurde die neu diagnostizierte Diagnose einer koronaren Dreifässerkrankung als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Vor einer

Woche sei beim Beschwerdeführer eine Stenteinlage erfolgt, womit ein gutes Resultat erreicht worden sei (S. 24, S. 27). Aus internistischer Sicht aufgrund der in der Begutachtungssituation erhobenen Befunde und unter Würdigung der vorliegenden ärztlichen Dokumente befinde sich der Beschwerdeführer in einem stabilen Zustand (S. 27).

Somit stehen aus somatischer Sicht nach wie vor die Folgen des Adenokarzinoms des Rektums mit Status nach tiefer vorderer Rektumsresektion und damit verminderte Rektalkapazität im Vordergrund, wobei durch die neu diagnostizierte Narbenformation im Becken-Ausgangsbereich zusammenfassend seit 2011 eine Verschlechterung der Stuhl- und Urininkontinenz eingetreten ist. Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers hat sich aus somatischer Sicht sowohl in angestammter Tätigkeit als Bankangestellter als auch in angepasster Tätigkeit von 20 % auf 30 % verschlechtert (S. 7) . 5.3

Bezüglich des aktuellen psychiatrischen Gesundheitszustandes diagnostiziert der psychiatrische Gutachter eine leichte depressive Störung sowie eine Dysthymie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und attestiert dem Beschwerdeführer eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 20 f.). Dies erweist sich als nachvollziehbar. So erhob der psychiatrische Gutachter im Psychostatus leichte bis mittelschwere Konzentrationsstörungen, eine leichte Aufmerksamkeitsstörung sowie eine leichte Störung des Kurzzeitgedächtnisses. Er führte weiter nachvollziehbar aus, der affektive Rapport sei gut herstellbar und im Affekt sei der Beschwerdeführer schwingungsfähig. Es bestehe eine reduzierte Energie mit Tagesmüdigkeit bei Ein- und Durchschlafstörungen und der Antrieb sei leicht reduziert (S. 18). Die gestellten Diagnosen wurden ausführlich sowie unter Bezugnahme auf die ICD-Kriterien (vgl. Klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour / Schmidt (Herausgeber), 10. überarbeitete Auflage, Bern 2015) hergeleitet und begründet (S. 19 f.). Der Beschwerdeführer sei zu keinem Zeitpunkt psychopharmakologisch behandelt worden und die vor zweieinhalb Jahren begonnene psychotherapeutische Begleitung sei in den letzten Monaten aufgrund von somatischen Beschwerden sistiert worden. Trotz der Einschätzung einer Verschlechterung der depressiven Situation sei es im Verlauf nicht zu einer Etablierung einer pharmakologischen antidepressiven Therapie gekommen (S. 20 f.). Der Beschwerdeführer sei in der Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit leicht beeinträchtigt. Eine mässige Beeinträchtigung bestehe bei der Proaktivität und Spontanaktivitäten sowie in der Gruppenfähigkeit. Es bestehe zudem eine mässig ausgeprägte Widerstands- und Durchhaltefähigkeit. Der Beschwerdeführer habe es trotz widriger Umstände geschafft, zwischen 1993 und 2015 ein durchgehendes 100%iges Arbeitsverhältnis sowie die seit zwei Jahren bestehende Beziehung aufrecht zu erhalten. Das kulturell buddhistisch-bedingte Lebenskonzept gebe trotz des langen Leidenswegs einen prinzipiell positiven Lebensentwurf (S. 21). Im Vergleich zu 2011 sei es zu einer Verschlechterung gekommen, indem zusätzlich zur Dysthymie eine leichte bis mittelschwere depressive Störung zu verzeichnen sei. In angestammter Tätigkeit als Bankangestellter sei der Beschwerdeführer aufgrund der Konzentrationsstörungen zu 30 % eingeschränkt. In angepasster Tätigkeit mit optimiertem Arbeitsplatz habe sich die Arbeitsfähigkeit seit 2011 mit 80 % nicht verändert (S. 22).

Der psychiatrische Gutachter setzte sich vorliegend mit den Standardindikatoren auseinander und seine Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte

Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt und hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind. Seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektiver Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist demnach zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist. 5.4

Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind nach dem Gesagten aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Der medizinische Sachverhalt ist dahingehend erstellt, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als Bankangestellter sowie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist.

Zusammenfassend ist somit gestützt auf das Gutachten der Z. ___ von einer leichten Verschlechterung seit 2011 in dem Sinne auszugehen, dass aufgrund der neu festgestellten Vernarbungen im Becken-Ausgangsbereich und der depressiven Störung die Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie einer angepassten Tätigkeit um 30 % (anstatt bisher 20 %) reduziert ist. 6. 6.1

Dem Beschwerdeführer ist gemäss Gutachten der Z. ___ sowohl seine bisherige Tätigkeit als Bankangestellter als auch eine angepasste Tätigkeit mit optimiertem Arbeitsplatz zu 70 % zumutbar, womit es sich rechtfertigt, sowohl für die Bemessung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf den gleichen Lohn abzustellen (vgl. vorstehend E. 1.5). Unter Berücksichtigung des dem Beschwerdeführer zumutbaren Arbeitspensums von 70 % resultiert demnach bei identischem Lohn für die Ermittlung des Validen- und des Invalideneinkommens ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 30 %. 6. 2

Nach dem Gesagten ist eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht ausgewiesen, weshalb die Beschwerde gegen einen Leistungsanspruch zu Recht verneint hat. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auch in der angestammten Tätigkeit erscheint eine Selbsteingliederung grundsätzlich als zumutbar. Nachdem die Beschwerdegegnerin jedoch zur Frage der Eingliederung im angefochtenen Entscheid keine Stellung genommen hat, steht es dem Beschwerdeführer frei, sich mit einem entsprechenden Gesuch an die Beschwerdegegnerin zu wenden und gegebenenfalls eine anfechtbare Verfügung zu verlangen.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 7.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss 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: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri -
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 Bundesge
setzes 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 Lu zern, zuzu
stellen.

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 Mosimann Schüpbach

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