

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00602 vom 1. September 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-09-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00602

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00602 du 1 septembre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00602 del 1 settembre 2008

Erwägungen

E. 2

2.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob beim Beschwerdeführer ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt.

2.2. Gestützt auf das neurologische Gutachten von Dr. C. ___ sowie auf das psychiatrische Gutachten von Dr. D. ___ ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass beim Beschwerdeführer kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden vorliege, da ihm eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit weiterhin zu 100 % zumutbar sei (Urk. 2 S. 3 Mitte).

2.3. Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, auf das Gutachten von Dr. D. ___ könne nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 6 Mitte). Gestützt auf den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. E. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, machte er geltend, dass alleine aufgrund der psychiatrischen Einschätzung in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 80-90 % vorliege und in einer anderen Tätigkeit eine solche von mindestens 70 %. Die Ärzte des Universitätsospitals F. ___ (F. ___) hätten zudem eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert, womit eine weitere fachärztliche Erkenntnis vorliege, welche das Gutachten von Dr. D. ___ als unvollständig und unrichtig erscheinen lasse (Urk. 1 S. 6 unten).

E. 3

3.1. Vom 31. Januar bis 28. Februar 2001 hielt sich der Beschwerdeführer ein erstes Mal zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik G. ___ auf. Im Austrittsbericht vom 14. März 2001 nannten Dr. med. H. ___, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Prof. Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, folgende Diagnosen (Urk. 14/21/91):

- Myotendinosen im Halswirbelsäulen- und Nackenbereich mehr als im Schultergürtel und Rücken mit
- chronischem Spannungskopfschmerz beidseits und Wärmegefühl in der Stirn
- vor allem hypochondrischer Entwicklung und Somatisierungsstörung
- Generalisierungstendenz der Weichteilproblematik

Der Beschwerdeführer weise weder sensomotorische Defizite noch eine Brachialgie oder relevante Schwindelsymptomatik auf. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht (Urk. 14/21/91 unten).

In den nahezu taglichen Visitengesprachen habe sich in Übereinstimmung mit dem psychiatrischen Konsilium der Verdacht auf das Vorliegen einer Somatisierungsstörung erhortet (Urk. 14/21/93 unten).

Vom 12. Dezember 2001 bis 23. Januar 2002 hielt sich der Beschwerdeführer ein weiteres Mal stationär in der Rehaklinik G.____ auf. Im Austrittsbericht vom 24. Januar 2002 (Urk. 14/21/60-68) nannten Dr. H.____ und Dr. med. J.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, folgende Diagnosen (Urk. 14/21/60-61):

- chronischer Spannungskopfschmerz mit
- Myotendinosen und starken Ansatzdendinosen an der Linea nuchae
- Hypochondrie und Somatisierung
- Status nach Metakarpale IV-Fraktur rechts im Juli 2001 mit
- geringen Belastungsschmerzen
- ohne Dystrophiezeichen
- ohne Bewegungseinschränkung der Gelenke
- psychiatrische Diagnose: verstärkte Chronifizierungszeichen

In allen Therapien sei die hypochondrische Schilderung der Kopfschmerzen im Vordergrund gestanden. Der Versuch einer berufsorientierten Ergotherapie sei gescheitert, weil keine verwertbare Leistung erbracht worden sei. Der Beschwerdeführer halte sich aufgrund der Kopfschmerzen für nicht arbeitsfähig (Urk. 14/21/62 unten f.).

Die Halswirbelsäule und die Schultergelenke seien unauffällig beweglich gewesen. Unverändert bestnden deutliche Zeichen für eine Hypochondrie und Somatisierung bei dem ansonsten gesunden und athletischen Beschwerdeführer. Eine psychologische Begleitung sei dringend indiziert (Urk. 14/21/63 unten).

Aktivitäten im Gehen, Stehen und Sitzen seien uneingeschränkt möglich. Bei statischen Belastungen im Schultergrtelbereich sollten kurzzeitige Pausen oder Wechselbelastungen möglich sein. Das Heben und Tragen von Gewichten sei repetitiv bis 10 kg, vereinzelt bis 15 kg möglich. Für eine leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer erachte sich jedoch auch für leichte Arbeiten als nicht arbeitsfähig (Urk. 14/21/64 oben).

3.2  Am 26. April 2002 wurde der Beschwerdeführer im F.____, Neurologische Klinik, im Rahmen einer interdisziplinären Sprechstunde anästhesiologisch, neurologisch und psychiatrisch abgeklärt (Urk. 14/9/7). Im entsprechenden Bericht (Urk. 14/9/7-11) nannten Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Neurologie, Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Neurologie, Dr. med. M.____, Fachärztin FMH fr Anästhesiologie und Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen (Urk. 14/9/10):

- chronischer zervikozephaler und Spannungstypkopfschmerz mit/bei:
- Status nach Heckauffahrunfall am 9. Februar 2000
- Status nach Auffahrkollision von links am 18. Mai 2001

- hypochondrischem Verarbeitungsmodus und Hinweisen fÃ¼r
- Symptomausweitung mit beginnender Entwicklung einer SomatisierungsstÃ¶rung (ICD-10: F45.0).
- chronischem Analgetika-Abusus
- leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.00)
- Status nach Metakarpale IV-Fraktur im Juli 2001

Die neurologische Untersuchung sei normal. Deutlich werde, dass der BeschwerdefÃ¼hrer subjektiv ihn quÃ¶lende (Kopf-)Schmerzen erlebe und unter diesen ebenso wie unter der infolge der Krankheitsentwicklung belasteten Sozialsituation leide. Dies zeige sich insbesondere in dem aktuell festzustellenden depressiven Zustandsbild, welches sekundÃ¤r im Krankheitsverlauf aufgetreten sei. Die Symptomatik werde sicherlich auch durch die belastete Familiensituation mit insbesondere zu InvaliditÃ¤t fÃ¼hrenden Schmerzsyndromen bei Vater, Mutter und Schwester mitbestimmt. Erschwerend wirke sich das auf PassivitÃ¤t und Schonung ausgerichtete SchmerzverstÃ¤ndnis mit einer Tendenz zu hypochondrischem Verarbeiten mit vor allem Selbstbeobachtung und Symptomausweitung aus. Zudem sei die Haltung, erst nach vollstÃ¤ndiger Symptomfreiheit die Arbeit wieder aufnehmen zu kÃ¶nnen, ungÃ¼nstig (Urk. 14/9/10 Ziff. 1).

In erster Linie sollte ein stationÃ¤rer Medikamentenentzug mit Anschlussprogramm erfolgen (Urk. 14/9/10 unten). Dringend empfohlen werde zudem eine gesprÃ¤chstherapeutische Begleitung mit Fokus auf Psychoedukation und AktivitÃ¤tenaufbau sowie Vermittlung von EntspannungsÃ¼bungen und Coping-Strategien. Es sollte mÃ¶glichst rasch ein Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess, vorerst im Teilpensum, erfolgen (Urk. 14/9/11 Ziff. 6).

3.3.3 Am 25. Juli 2002 erstattete Dr. med. O.____, Allgemeine Medizin FMH, der den BeschwerdefÃ¼hrer seit anfangs 2000 hausÃ¤rztlich betreut, einen Bericht zu dessen Arbeitsbelastbarkeit (Urk. 14/9/3-4). Darin hielt er fest, dass dem BeschwerdefÃ¼hrer die bisherige TÃ¤tigkeit halbtags zumutbar sei (Urk. 14/9/4).

In seinem Bericht vom 26. Juli 2002 nannte Dr. O.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÃ¤higkeit (Urk. 14/9/5 lit. A):

- chronischer zervikozephaler Spannungskopfschmerz bei Status nach zweimaliger Auffahrkollision im Februar 2000 und im Mai 2001
- SomatisierungsstÃ¶rung
- DepressivitÃ¤t
- Status nach Metakarpal-IV-Fraktur rechts im Juli 2001 mit persistierenden Beschwerden

Vom 31. Juli 2001 bis 26. Januar 2002 sei der BeschwerdefÃ¼hrer zu 100 % arbeitsunfÃ¤hig gewesen, seit dem 27. Januar 2002 bestehe eine 50%ige ArbeitsunfÃ¤higkeit (Urk. 14/9/5 lit. B).

Der Gesundheitszustand sei besserungsfÃ¤hig (Urk. 14/9/5 lit. C.1).

In einem ergÃ¤nzenden Schreiben vom 22. April 2003 (Urk. 14/19) wies Dr. O.____ darauf hin, dass beim BeschwerdefÃ¼hrer seit dem 1. April 2003 eine 100%ige

Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 14/19).

3.4.4.4. Am 9. Oktober 2002 wies Dr. L.____, Neurologische Klinik und Poliklinik, F.____, darauf hin, dass der Beschwerdeführer den anlässlich der interdisziplinären Untersuchung vom 26. April 2002 empfohlenen Medikamentenentzug (vgl. vorstehend Erw. 3.3) leider nicht angetreten habe (Urk. 14/12 S. 3 lit. E).

Im Schreiben vom 3. Dezember 2002 (Urk. 14/21/17-18) bestätigte Dr. O.____ seine am 25. Juli 2002 genannten Diagnosen (vgl. vorstehend Erw. 3.4) und wies darauf hin, dass der Verlauf insgesamt ungünstig sei und auch durch psychosoziale Faktoren (Arbeitslosigkeit, familiäre Probleme) begünstigt werde (Urk. 14/21/17 Ziff. 2a). Seit dem 27. Januar 2002 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Eine weitere Steigerung der Arbeitsunfähigkeit sei zur Zeit unrealistisch (Urk. 14/21/18 Ziff. 4a).

Im Bericht vom 22. April 2003 (Urk. 14/24/4) hielt Dr. M.____, Institut für Anästhesiologie, F.____, fest, der chronische Schmerzverlauf sei beim Beschwerdeführer weiterhin schlecht, insbesondere sei es in den letzten Wochen erneut zu einer Schmerzzunahme gekommen. Derzeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 14/24/4).

Am 11. November 2003 erstattete Dr. phil. P.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und für Psychotherapie, der den Beschwerdeführer zwischen Januar und Mai 2003 anlässlich von insgesamt acht Therapiesitzungen betreut hatte, einen Bericht (Urk. 14/34/151-152). Der Beschwerdeführer sei sehr fixiert darauf, dass ihm ein Arzt seine Schmerzen wegnehmen könne. Er habe versucht, dem Beschwerdeführer beizubringen, dass es für eine Reduktion der Schmerzen unabdingbar sei, dass er mehr Selbstkontrolle und mehr Selbstverantwortung für den Umgang mit seinen Schmerzen übernehme (Urk. 14/34/151).

3.5.4.4. Am 28. Januar 2005 erstattete Dr. C.____ ein neurologisches Gutachten zu Händen des Unfallversicherers (Urk. 14/34/94-102). Darin nannte er folgende Diagnosen (Urk. 14/34/99 Ziff. 1.1):

- Somatisierung bei histrionischer Persönlichkeitsstruktur
- Status nach Unfällen, davon 1. Unfall im Februar 2000 Bagatellunfall
- Status nach Fraktur Metacarpale IV rechts im Juli 2001 nach operativer Versorgung und Entfernung des Osteosynthese-Materials
- Medikamentenmissbrauch

Keine dieser Beschwerden sei organischer Genese (Urk. 14/34/99 Ziff. 1.2). Es lägen keine typischen Beschwerden nach einer Distorsion der Halswirbelsäule vor, eine traumatische Hirnverletzung könne mit Sicherheit ausgeschlossen werden (Urk. 14/34/99 Ziff. 2.2). Die Unfallereignisse spielten nur eine geringe Rolle in der gesamten Dynamik. Die massive Verschlechterung sei über ein Jahr nach den Unfallereignissen aufgetreten (Urk. 14/34/99 Ziff. 3.1).

Anlässlich der Exploration habe sich der Beschwerdeführer in schwer leidendem Zustand präsentiert. Im Gespräch sei er vollständig auf die Situation fixiert gewesen (Urk. 14/34/98 oben). Er habe sich massiv gegen die Untersuchung der Kopfbeweglichkeit gestemmt. Spontan sei jedoch die Kopfbeweglichkeit frei, dies sei schon bei früheren Untersuchungen so vermerkt worden (Urk. 14/34/100 Ziff. 3.2).

Bei histrionischer Persönlichkeitsstruktur und familiär ungünstigen Vorbildern mit invalidisierenden Rückenschmerzen habe sich der Beschwerdeführer entschieden, dieses Leben mit psychischen Schmerzen zu führen und sich vollständig auf seine Krankheits- und Invalidenrolle zu fixieren. Offensichtlich gelinge es ihm so, einigermaßen sein Leben zu strukturieren und sicherlich auch Zuwendung durch die Umgebung zu erhalten. Der Beschwerdeführer werde offensichtlich nicht bloss durch seine Ehefrau, sondern ebenfalls durch seine Mutter betreut. Der Gutachter äusserte seine Überzeugung, dass die Situation derart fixiert sei, dass praktisch kein Zugang mehr möglich sei, da bei einer Lösung der Situation der Beschwerdeführer wahrscheinlich weiter an Selbstwertgefühl verlieren würde (Urk. 14/34/100 Ziff. 4). Solange er sich seiner Krankheitsrolle hingebend beziehungsweise diese als Lebensentwurf akzeptiere, sei er arbeitsunfähig. Zudem sei bereits in früheren Berichten immer wieder darauf hingewiesen worden, dass der Beschwerdeführer von sich aus nicht aktiv werde, sondern eine Besserung des Gesundheitszustandes passiv erwarte (Urk. 14/34/101 Ziff. 8.2).

Die histrionische Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers trete vollständig in den Vordergrund, die Unfallereignisse seien nur nebensächlich. Die ganze Entwicklung sei nicht nachzuvollziehen, auch nicht die Intensität der Schmerzen über 24 Stunden sowie deren Unbeeinflussbarkeit durch Medikamente trotz Medikamentengebrauch mit zusätzlicher hoher Dosierung an Antidepressiva (Urk. 14/34/101b Ziff. 6).

3.6 Am 2. August 2005 erstattete Dr. D. ein psychiatrisches Gutachten zu Händen des Unfallversicherers (Urk. 14/34/12-32).

Es sei schwierig, sich ein Bild davon zu machen, wie der Beschwerdeführer seinen Tag verbringe (Urk. 14/34/22 oben). Dieser besuche regelmässig seinen Hausarzt, in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung befinde er sich dagegen nicht (Urk. 14/34/22 unten).

Der Beschwerdeführer leide vor allem unter Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, einem nicht genauer definierten Zittern im Kopf und schlafe schlecht. Er brauche warme Wickel und vor allem Medikamente (Tramadol). Psychologische Gespräche würden ihm nichts bringen (Urk. 14/34/23 oben).

Nach dem am 9. Februar 2000 erlittenen Distorsionstrauma der Halswirbelsäule, welches anlässlich einer unfallanalytischen Abklärung als Bagatellunfall zu qualifizieren sei (vgl. Urk. 14/34/142 unten), seien anhaltende Nacken- und Kopfschmerzen und seit Ende 2000 zusätzliche Rückenschmerzen aufgetreten, wobei es dem Exploranden aber möglich gewesen sei, weiterhin voll zu arbeiten. Ein zweiter Auffahrunfall am 18. Mai 2001 habe zu einer Verstärkung der Nacken- und Kopfschmerzen geführt, der Beschwerdeführer sei aber weiterhin arbeitsfähig gewesen (Urk. 14/34/23 unten). Erst nach einem Sturz am 30. Juli 2001 mit erlittener Metacarpal-IV-Fraktur der rechten Hand sei es zu einer vollständigen und bis heute andauernden Arbeitsunfähigkeit gekommen (Urk. 14/34/24 oben).

Im Bericht der Neurologischen Klinik und Polyklinik des F. vom 26. April 2002 sei erstmals von einem chronischen Analgetika-Abusus gesprochen und ein stationärer Medikamentenentzug empfohlen worden, worauf der Beschwerdeführer jedoch nicht eingegangen sei (Urk. 14/34/24 oben).

Anlässlich der Exploration habe der Beschwerdeführer sich von Anfang an als schwer leidend präsentiert, habe teilweise ein schmerzverzerrtes Gesicht gemacht und immer wieder leise vor sich hin gestöhnt. Die Fragen des Gutachters habe dieser zuerst nur mit einem kurzen Stöhnen quittiert. Nachdem der Gutachter darauf bestanden habe, die Fragen von ihm und nicht von seiner Ehefrau, welche ihn zur Exploration begleitet hatte, beantwortet zu haben, sei er sehr wohl in der Lage gewesen, diese zu beantworten, auch wenn die Antworten teilweise sehr knapp und zum Teil ungenau gewesen seien (Urk. 14/34/24 unten).

Die Konzentration sei aufgrund des Fixiertseins auf die somatische Problematik eingeschränkt. Im affektiven Bereich habe es keine Hinweise für eine genuine depressive Stimmung gegeben. Das Leitsymptom sei die völlige Fixierung auf die Schmerzsymptomatik gewesen, indem sich der Beschwerdeführer als schwer leidender Patient präsentiert habe. Dabei hätten die Art sowie das Ausmass der demonstrierten Beschwerden etwas Karikaturhaftes an sich gehabt. Eindringlich seien die ausgeprägten Anspruchs- und Begehrenshaltung sowie das völlige Ignorieren von ärztlichen Beurteilungen (Urk. 14/34/25 oben).

Nach dem Sturzereignis im Juli 2001 mit Handfraktur habe der Beschwerdeführer vollständig die Rolle eines Schwerkranken angenommen, wobei die Familie (insbesondere die Mutter und die Ehefrau) die eingetretene Situation unterstützt hätten (Urk. 14/34/25 unten).

Für eine genuine Persönlichkeitsstörung beständen aus psychiatrischer Sicht keine Anhaltspunkte. Das beim Beschwerdeführer bestehende somatisch nicht erklärbares Schmerzsyndrom mit Symptomausweitung und der eingetretene Opioid-Abusus seien in psychiatrischer Hinsicht klar als anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10: F45.4) mit erheblicher Aggravation (ICD 10: F68.0) und Verdacht auf Tramadol-Abusus (ICD 10: F11.1) zu klassifizieren (Urk. 14/34/26 unten).

Eine psychiatrische Komorbidität zum klinischen Beschwerdebild könne nicht gefunden werden (Urk. 14/34/26 unten). Abgesehen vom angegebenen Schmerzsyndrom, das der Beschwerdeführer in teilweise karikiertem Art und Weise beklage, könne keine psychische Störung von Krankheitswert diagnostiziert werden. Entsprechend sei auch anlässlich der beiden psychosomatischen Konsilien (vom 15. Februar 2001 und vom 19. Dezember 2001) im Rahmen der stationären Aufenthalte in der Rehaklinik G.____ ebenfalls keine psychiatrische Störung festgestellt worden (Urk. 14/34/26 unten).

Eine von Dr. C.____ angenommene histrionische Persönlichkeitsstörung könne ebenfalls ausgeschlossen werden, da der Beschwerdeführer prämorbid psychisch nicht auffällig gewesen sei und da auch heute eine mit einer solchen Persönlichkeitsstörung einhergehende Symptomatik nicht festgestellt werden könne. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung verlange ein alle Lebensbereiche betreffendes pathologisches Einstellungs- beziehungsweise Verhaltensmuster, das in der Persönlichkeit angelegt oder früh erworben sei und sich infolgedessen auch früh manifestiere. Beim Beschwerdeführer finde sich dagegen eine unauffällige Lebensentwicklung, die in der Folge eines Bagateltraumas unvermittelt in eine passive, zur völligen Aufgabe jeglicher Eigenverantwortung führende Lebenshaltung umgeschlagen habe. Das Fixiertsein des Beschwerdeführers auf die Schmerzsymptomatik könne auch nicht als neurotisch verursachte Schmerzstörung verstanden werden, weil der dahinter zu fordernde

emotionale (Ä■neurotischeÄ■) Konflikt oder die spezielle psychosoziale Belastungssituation nicht ausgemacht werden können (Urk. 14/34/27 oben).

Beim Beschwerdeführer bestehe vielmehr eine Begehrenstendenz beziehungsweise eine Begehrenshaltung im Sinne einer tendenziellen Unfall- oder Krankheitsreaktion. Dafür spreche auch die mangelnde Kooperationsbereitschaft hinsichtlich des schon im Jahr 2002 gemachten Vorschlages eines Medikamentenentzuges (Urk. 14/34/27 unten).

Insgesamt gelange er zur Beurteilung, dass beim Beschwerdeführer mit Ausnahme des psychogenen Schmerzsyndroms kein psychiatrisches Krankheitsbild im eigentlichen Sinne vorliege, insbesondere keine klinisch manifeste Depression, keine neurotische Störung sowie auch keine posttraumatische Störung (Urk. 14/34/27 unten).

Es sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der motivationalen Faktoren und familiären ungünstigen Vorbilder (Invalidisierung des Vaters und der älteren Schwester sowie Teilinvalidisierung der Mutter) ein maladaptives Bewältigungsmuster entwickelt habe, das in der Entwicklung und progressiven Ausgestaltung einer manipulativen Krankenrolle bestehe. Dabei könne dem Beschwerdeführer eine Steuerungsfähigkeit und damit Verantwortung für die eingetretene Situation nicht abgesprochen werden (Urk. 14/34/38 oben).

Es müsse offen bleiben, ob der Beschwerdeführer nicht eine grössere Menge des Opioids Tramadol einnehme, als er angebe. Auch schon bei einer Dosis von etwa 150 mg täglich seien Nebenwirkungen wie Stimmungsschwankungen, speziell Dysphorie, Schwindel und allgemeine Demotivation nicht auszuschliessen, zumal die Kombination mit trizyklischen Antidepressiva im Sinne einer möglichen Potenzierung der Nebenwirkungen eher ungünstig sei (Urk. 14/34/28 unten).

Bei den geklagten Beschwerden handle es sich weder um die Folgen einer Distorsion der Halswirbelsäule noch könnten diese auf eine psychische Störung von Krankheitswert zurückgeführt werden (Urk. 14/34/28 unten).

Eine psychotherapeutische Intervention würde nur dann erfolgsversprechend sein, wenn der Beschwerdeführer zumindest eine Restmotivation dafür hätte, für sein Leben wieder Verantwortung zu übernehmen und von seiner passiven, fordernden und einen Medikamenten-Abusus einschliessenden Krankheitsrolle Abstand zu nehmen. Hierfür beständen jedoch keine Anhaltspunkte (Urk. 14/34/30 oben).

Es liege keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Störung von Krankheitswert vor (Urk. 14/34/30 Ziff. 7).

Der bisherige Verlauf lasse darauf schliessen, dass mit medizinischen Interventionen, medikamentösen Therapien (speziell Opioide) und weiteren Abklärungen äusserst sorgsam umgegangen werden sollte, da jede weitere derartige Massnahme dazu führe, dass der Beschwerdeführer seine Krankenrolle weiter ausbaue (Urk. 14/34/32 Ziff. 10).

Eine Schmerzüberwindung sei nicht nur zumutbar, sondern für den Beschwerdeführer die einzige Chance, sein Leben wieder in die Hand zu nehmen. In diesem Sinne wäre als erster Schritt eine Reduzierung und folgende völlige Entöhnung von der Opioid-Medikation vorzunehmen (Urk. 14/34/32 unten).

3.7.7. Am 14. November 2005 berichtete Dr. M. ____, Institut für Anästhesiologie, F. ____, dass der Beschwerdeführer nach der interdisziplinären

Schmerzsprechstunde vom 26. April 2002 (Bericht vgl. vorstehend Erw. 3.2) sporadisch nachkontrolliert worden sei. Die Schmerzen nÄhmen stetig zu, wobei das Korrelat dazu fehle. Die Schmerzen seien begleitet von psychovegetativen Beschwerden wie Schwindel, Kraftlosigkeit und einer ausgeprÄgten NervositÄt. Der BeschwerdefÄhrer werde aktuell nicht psychiatrisch begleitet und eine psychiatrische Hospitalisation zur Stabilisierung der psychischen Komponente wÄre bei einem schweren chronischen Schmerzsyndrom angebracht (Urk. 14/57/20).

Am 14. Juni 2006 erstattete Dr. E.____, der den BeschwerdefÄhrer seit FrÄhjahr 2006 psychotherapeutisch betreut (vgl. Urk. 14/57/22 oben), anÄsslich des seinerzeitigen Beschwerdeverfahrens einen Bericht (Urk. 14/57/24-37). Darin Äusserte er sich ausÄhrlich zur Lebensgeschichte, zu den Befunden sowie zu den Angaben des BeschwerdefÄhrers (Urk. 14/57/24-28 unten).

Als Diagnosen nannte er eine psychovegetative ErschÄpfung als reaktives PhÄnomen sowie eine somatoforme SchmerzstÄrung (Urk. 14/57/32 Mitte), wobei er darauf hinwies, dass die therapeutischen MÄglichkeiten eingeschrÄnkt seien (Urk. 14/57/32 unten). Das Auseinanderklaffen von objektivierbaren Befunden und subjektivem Leiden sei fÄr den vorliegenden Fall typisch, so in der Erscheinung der somatoformen SchmerzstÄrung, deutlich weniger aber im Bild der vegetativen ErschÄpfungsreaktion (Urk. 14/57/32 unten f.).

Allein das psychische Befinden bedinge eine merkliche EinschrÄnkung der ArbeitsfÄhigkeit. Er schÄtze diese, infolge der hohen kognitiven Anforderungen, auf 80-90 % in der angestammten TÄtigkeit, in leichteren TÄtigkeiten auf ca. 70 %. Eine EinsatzfÄhigkeit fÄr leichtere beziehungsweise den Beschwerden angepasste TÄtigkeiten sei angesichts des geringen Leistungsniveaus nicht erkennbar (Urk. 14/57/37 unten).

Dr. E.____ Äusserte sich des Weiteren ausÄhrlich zu den beiden Gutachten von Dr. C.____ sowie von Dr. D.____ (Urk. 14/57/33-37).

3.8Ä Ä Ä Ä Am 26. Juli 2006 nannte Dr. O.____ die Diagnose eines chronifizierten, therapieresistenten Schmerzsyndroms (somatoforme SchmerzstÄrung), ohne sich zur ArbeitsfÄhigkeit des BeschwerdefÄhrers zu Äussern (Urk. 14/57/22).

Am 25. August 2006 wurde der BeschwerdefÄhrer ein weiteres Mal im Rahmen einer interdisziplinÄren Schmerzsprechstunde am F.____ beurteilt. Im entsprechenden Konsiliarbericht (Urk. 14/58 = Urk. 14/59 = Urk. 14/61) nannten Dr. med. Q.____, FachÄrztin FMH fÄr Innere Medizin und Psychosoziale Medizin, Dr. M.____, Dr. med. R.____, Facharzt FMH fÄr Neurologie, Dr. med. S.____, AssistenzÄrztin Neurologie, Dr. med. T.____, Facharzt FMH fÄr Rheumatologie sowie fÄr Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Dr. med. U.____, AssistenzÄrztin AnÄsthesie, F.____, folgende Diagnosen (Urk. 14/58 S. 5):

- mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11)
- MigrÄne ohne Aura
- MedikamentenÄbergebrauchskopfschmerz
- chronische zerviko-zepales Schmerzsyndrom
- Status nach Autounfall im Februar 2000 sowie im Mai 2001

- sekundär chronifizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) nach rezidivierenden Unfällen, vorhanden seit dem 3. Unfall im Juli 2001

Der Beschwerdeführer weise ein ausgeprägtes Gedankenkreisen auf, das er kaum unterbrechen könne. Inhaltlich sei er auf seine Schicksalsschläge, Entwertungen sowie das Schmerzgeschehen fixiert (Urk. 14/58 S. 4 unten). Zur Zeit leide der Beschwerdeführer an einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode mit somatischem Syndrom. Die depressive Episode sei eine Folge rezidivierend erlebter Schicksalsschläge (Unfälle, körperliche Veränderungen, Kündigung), in denen sich der Patient ohnmächtig gefühlt habe und die zu wiederholten Entwertungen und Kränkungen geführt hätten (Urk. 14/58 S. 5 oben).

Der Beschwerdeführer leide seit seinem ersten Unfall an chronisch-progredienten Kopfschmerzen. Der Neurostatus sei ohne Hinweis auf sekundäre Kopfschmerzgenese, so dass eine weiterführende Abklärung nicht indiziert sei. Aus rheumatologischer Sicht fände sich eine leichte Fehlform- und Fehllhaltung der Wirbelsäule mit Haltungsinsuffizienz. Konventionell radiologisch fanden sich keine pathologischen Befunde im Bereich der Halswirbelsäule. Auch fanden sich klinisch und radiologisch keine pathologischen Befunde im Bereich der rechten Hand (Urk. 14/58 S. 5 Mitte).

Erneut dringend empfohlen sei ein stationärer Medikamentenentzug mit anschliessender Rehabilitation in einer psychosomatischen Klinik, ebenso das Weglassen der Akutanalgetika (Urk. 14/57 S. 6 Ziff. 1). Nach Stabilisierung der psychischen Situation sei eine Einbindung in eine Wochenstruktur (Tagesklinik) angezeigt (Urk. 14/57 S. 6 Ziff. 2). Solange die sozialversicherungsrechtliche Situation nicht geklärt sei, könne kein therapeutischer Fortschritt erfolgen (Urk. 14/57 S. 6 Ziff. 4).

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserten sich die Ärzte der Schmerzprechstunde nicht.

Am 1. November 2006 berichteten Dr. R. und Dr. S., Neurologische Klinik und Polyklinik, F., erneut über den Beschwerdeführer (Urk. 14/67). Dabei bestätigten sie die Diagnosen, welche sie bereits im Konsiliarbericht der interdisziplinären Schmerzprechstunde vom 25. August 2006 genannt hatten (Urk. 14/67 S. 1 lit. A; vgl. vorstehend Erw. 3.2).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als technischer Koordinator am Flughafen Kloten sei der Beschwerdeführer vom 31. Juli 2001 bis 26. Januar 2002 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Vom 27. Januar 2002 bis 31. März 2003 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden und vom 1. April 2003 bis 7. November 2006 sei der Beschwerdeführer erneut zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 14/67 S. 1 lit. B).

Am 8. Juni 2007 erstatteten Dr. med. V., Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, Dr. med. W., Oberärztin, und Dr. med. X., Assistenzärztin, Hohenklinik Z., wo sich der Beschwerdeführer vom 10. bis 31. Mai 2007 stationär aufhielt, einen Bericht (Urk. 14/74). Darin nannten sie folgende Diagnosen (Urk. 14/74 S. 1):

- somatoforme Schmerzstörung mit/bei:

- chronifiziertem therapieresistentem zervikovertebralem und zervikozephallem Schmerzsyndrom

- Status nach zweimaligem Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule
- Status nach Handfraktur Metakarpale IV rechts mit Fehlstellung im Juli 2001
- reaktive depressive Störung mit Ängsten, aktuell mittelgradig
- vor allem somatoforme autonome Funktionsstörung bei anamnestisch wechselnden epigastrischen Schmerzen mit/bei:
 - unauffälliger Gastroskopie
 - arterielle Hypertonie

Der Beschwerdeführer schein stark schmerzfixiert und es sei immer wieder schwierig gewesen, andere thematische Schwerpunkte mit ihm zu besprechen. Es habe sich im Verlauf herausgestellt, dass Angst und Panik als Folge der Schmerzen eine wesentliche Rolle spielten und ganz offensichtlich zur Schmerzverstärkung führten. Es sei ein verbesserter Umgang mit der Angst als Ziel formuliert worden, dieser hätte aber bisher nicht erreicht werden können. Bei starken Schmerzen sei der Beschwerdeführer zusehends in eine passive Erwartungshaltung geraten und ausgeprägte Ängste mit teilweise dramatisch wirkendem Hilfesuchverhalten seien aufgetreten (Urk. 14/74 S. 2 unten). Es hätten sich Hinweise für ängstlich-abhängige Persönlichkeitszüge ergeben, weshalb sie eine stationäre Psychotherapie empfehlen würden. Der Beschwerdeführer wolle jedoch zunächst noch einen ambulanten Versuch machen. Dabei würden sie unbedingt die Berücksichtigung systemischer familiärer Aspekte empfehlen (Urk. 14/74 S. 3 oben). Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres, voraussichtlich längerfristig, zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 14/74 S. 3 unten).

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer wurde mehrfach interdisziplinär abgeklärt, wobei unter anderem auch radiologische Untersuchungsmethoden zur Anwendung gelangten. Anlässlich der interdisziplinären Schmerzsprechstunde im F. ___ vom 26. April 2002 wurde festgestellt, dass die neurologische Untersuchung normal gewesen sei (Urk. 14/9/10 Ziff. 1). Im Rahmen einer weiteren Schmerzsprechstunde hielten die Ärzte des F. ___ am 25. August 2006 zudem fest, konventionell radiologisch fanden sich keine pathologischen Befunde im Bereich der Halswirbelsäule. Auch fanden sich klinisch und radiologisch keine pathologischen Befunde im Bereich der rechten Hand (Urk. 14/58 S. 5 Mitte). In seinem neurologischen Gutachten vom 28. Januar 2005 wies Dr. C. ___ darauf hin, dass eine traumatische Hirnverletzung mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne (Urk. 14/34/99 Ziff. 2.2) und die geklagten Schmerzen nicht organischer Genese seien (Urk. 14/34/99 Ziff. 1.2).

Aufgrund der vorhandenen Arztberichte ist somit von der Sachverhaltsfeststellung auszugehen, dass von somatischer Seite her kein die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden vorliegt.

4.2 Aus den Arztberichten ergibt sich dagegen die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung. Gemäss gefestigter Rechtsprechung ist eine solche jedoch nur ausnahmsweise geeignet, zu einer massgebenden Arbeitsunfähigkeit respektive einer Invalidität zu führen (vgl. vorstehend Erw. 1.4).

Der Beschwerdeführer brachte vor, bei ihm liege eine somatoforme Schmerzstörung mit psychischer Komorbidität vor, weshalb es ihm weder zumutbar noch möglich sei,

die Schmerzstörung zu überwinden (Urk. 1 S. 7 unten). Dabei stützte er sich auf den Bericht von Dr. E. ___ vom 14. Juni 2006 (Urk. 14/57/24-37), welcher sich mit der Begutachtung durch Dr. D. ___ auseinandergesetzt und dessen Schlussfolgerungen in Frage gestellt hatte. Der Beschwerdeführer machte deshalb gestützt auf den Bericht von Dr. E. ___ geltend, auf das Gutachten von Dr. D. ___ könne nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 6 Mitte).

Dr. E. ___ diagnostizierte beim Beschwerdeführer genau wie Dr. D. ___ eine somatoforme Schmerzstörung (Urk. 14/57/32 Mitte). Dabei attestierte er diesem alleine aus psychischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 80-90 % in der angestammten Tätigkeit, in einer leichteren Tätigkeit eine solche von ungefähr 70 % (Urk. 14/57/33), ohne jedoch näher zu begründen, weshalb die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der von ihm gestellten Diagnose so erheblich eingeschränkt sei soll. Ferner äußerte sich Dr. E. ___ nicht schlüssig dazu, weshalb es dem Beschwerdeführer ausnahmsweise nicht möglich sein sollte, die zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzstörung aufzubringen. Da die Einschätzung von Dr. E. ___ weder in sich schlüssig noch nachvollziehbar ist, kann nicht auf sie abgestellt werden. Die vom Gutachten abweichende Beurteilung ist jedoch insofern nachvollziehbar, als es sich bei Dr. E. ___ um den behandelnden Psychiater des Beschwerdeführers handelt. Bei der Würdigung seines Berichtes ist deshalb der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass er im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher geneigt ist, die Arbeitsfähigkeit zu Gunsten des Beschwerdeführers zu beurteilen (vgl. vorstehend Erw. 1.5).

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, die Ärzte des F. ___ hätten bei ihm eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert, womit eine weitere fachärztliche Erkenntnis vorliege, welche das Gutachten von Dr. D. ___ als unvollständig und unrichtig erscheinen lasse (Urk. 1 S. 6 unten). Mit diesem Vorbringen verkennt der Beschwerdeführer aber, dass es sich bei der von den Ärzten des F. ___ diagnostizierten depressiven Episode mit somatischem Syndrom letztlich um eine Umschreibung desselben Beschwerdebildes handelt, wie bei der von Dr. D. ___ genannten Diagnose der somatoformen Schmerzstörung. Bei beiden Diagnosen manifestiert sich die psychische Problematik in somatischen Beschwerden, wobei ein organisches Korrelat zu den geklagten Beschwerden nicht feststellbar ist. Dieser Einwand des Beschwerdeführers vermag folglich das Gutachten von Dr. D. ___ ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen.

4.3 Die Begutachtung durch Dr. D. ___ (Urk. 14/34/12-32) beruht auf den erforderlichen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und setzt sich mit diesem und dessen Verhalten umfassend auseinander. Zudem basiert es auf den vorhandene Vorakten, mit welchen sich der Gutachter im übrigen sorgfältig auseinandergesetzt hatte. Sodann leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Situation ein. Folglich erfüllt das Gutachten von Dr. D. ___ die praxisgemässen Voraussetzungen (vgl. vorstehend Erw. 1.4) vollumfänglich, weshalb diesem voller Beweiswert zukommt und für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

In seinem Gutachten diagnostizierte Dr. D. ___ eine somatoforme Schmerzstörung mit erheblicher Aggravation und Verdacht auf einen Tramadol-Abusus (Urk. 14/34/26 unten). Abgesehen vom psychogenen Schmerzsyndrom liege kein psychiatrisches Krankheitsbild im eigentlichen Sinne vor, insbesondere keine klinisch manifeste Depression, keine

neurotische Störung sowie keine posttraumatische Störung (Urk. 14/34/27 unten). Es bestanden weder Hinweise für eine vorbestehende psychische Erkrankung noch solche für eine sich unabhängig vom Unfallereignis entwickelnde psychische Störung (Urk. 14/34/29 Ziff. 5.4). Ferner sei eine Schmerzüberwindung nicht nur zumutbar, sondern für den Beschwerdeführer die einzige Chance, sein Leben wieder in die Hand zu nehmen. In diesem Sinne wäre als erster Schritt eine Reduzierung und folgende völlige Entwöhnung von der Opioid-Medikation vorzunehmen (Urk. 14/34/32 unten).

4.4.4 Anlässlich der beiden stationären Rehabilitationsaufenthalte in G.____ vom 31. Januar bis 28. Februar 2001 sowie vom 12. Dezember 2001 bis 23. Januar 2002 konnte keine eigenständige psychiatrische Diagnose genannt werden (vgl. Urk. 14/21/91 unten, Urk. 14/21/60-61). Anlässlich der interdisziplinären Schmerzsprechstunde am F.____ vom 26. April 2002 wurde beim Beschwerdeführer eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert, welche letztlich dieselbe Symptomatik umschreibt wie die somatoforme Schmerzstörung. Anlässlich des stationären Aufenthaltes in der Häfenklinik Z.____ vom 10. bis 31. Mai 2007 wurde beim Beschwerdeführer sodann eine reaktive depressive Störung, aktuell mittelgradig, diagnostiziert (Urk. 14/74 S. 1). Da es sich bei der genannten depressiven Störung um eine reaktive Begleiterscheinung des vom Beschwerdeführer entwickelten chronischen Schmerzsyndroms handelt, stellt diese keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2007, I 290/06, Erw. 2). Dr. D.____ legte in seinem Gutachten zudem schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb beim Beschwerdeführer keine psychische Komorbidität vorliege.

Aufgrund der vorhandenen Arztberichte ist beim Beschwerdeführer keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ausgewiesen. Fraglich ist, ob sonstige Umstände vorliegen, welche es dem Beschwerdeführer ausnahmsweise verunmöglichen, die somatoforme Schmerzstörung mit einer zumutbaren Willensanstrengung zu überwinden (vgl. vorstehend Erw. 1.4).

Vorliegend ist das Kriterium eines mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufes mit unveränderter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung gegeben. Chronische körperliche Begleiterkrankungen konnten dagegen nicht diagnostiziert werden. Auch ein sozialer Rückzug in sämtlichen Belangen des Lebens fand nicht statt. Ferner liegt das Kriterium eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlaufes einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) nicht vor. Offensichtlich ist vielmehr der ausgeprägte sekundäre Krankheitsgewinn des Beschwerdeführers. In den vorliegenden ärztlichen Berichten ist immer wieder nicht nur die Rede davon, dass der Beschwerdeführer von seiner Ehefrau intensiv betreut und umsorgt wird, sondern ebenfalls von seiner Mutter. Dr. D.____ wies in seinem Gutachten sodann ausdrücklich darauf hin, dass der Beschwerdeführer vollständig die Rolle eines Schwerkranken angenommen habe, wobei die Familie die eingetretene Situation unterstützt hätte (Urk. 14/34/25 unten).

Bereits anlässlich der zweiten Hospitalisation in der Rehaklinik G.____ vom 12. Dezember 2001 bis 23. Januar 2002 (Urk. 14/21/60) wurde eine psychologische Begleitung als dringend indiziert beurteilt (Urk. 14/21/63 unten). Im Bericht der Schmerzsprechstunde vom 26. April 2002 hielten die Ärzte des F.____ fest, eine gesprächstherapeutische Begleitung mit Fokus auf Psychoedukation und Aktivitätsaufbau sowie Vermittlung von Entspannungsübungen und Coping-Strategien werde dringend empfohlen (Urk. 14/9/11

Ziff. 6). Trotz dieser ärztlich indizierten Behandlungen nahm der Beschwerdeführer - mit Ausnahme von insgesamt acht Sitzungen bei Dr. P. ___ in der Zeit von Januar bis Mai 2003 (vgl. Urk. 14/34/151) - erst im Frühjahr 2006 die Therapie bei Dr. E. ___ auf (Urk. 14/57/22 oben). In den ärztlichen Berichten ist zudem mehrfach die Rede davon, dass der Beschwerdeführer sehr darauf fixiert sei, dass ihm ein Arzt seine Schmerzen wegnehme (Urk. 14/34/151, Urk. 14/34/101 Ziff.8.2) und dass er der Ansicht sei, er könne erst dann wieder einer Arbeit nachgehen, wenn er vollständig symptomfrei sei (Urk. 14/9/10 Ziff. 1) respektive erachte sich selbst für leichte Tätigkeiten als vollständig arbeitsunfähig (Urk. 14/21/64 oben).

Hinzuweisen ist zudem auf den Verdacht eines Medikamentenabusus, welcher bereits anlässlich der Schmerzprechstunde im F. ___ vom 26. April 2002 geäußert wurde (Urk. 14/9/10) und welcher in der Folge sowohl durch Dr. C. ___ (Urk. 14/34/99 Ziff. 1.1) als auch durch Dr. D. ___ (Urk. 14/) bestätigt wurde. Dem Beschwerdeführer wurde mehrfach ein dringend indizierter stationärer Medikamentenentzug empfohlen (Urk. 14/9/10, Urk. 14/57 S. 6 Ziff. 1). Dennoch hat sich der Beschwerdeführer bis heute einer entsprechenden Therapie nicht unterzogen. Angesichts dieser Umstände ist das Vorliegen einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung klar zu verneinen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer durchaus noch Möglichkeiten zur Verbesserung seines Gesundheitszustandes gegeben sind, wobei jedoch die Kooperationsbereitschaft sowie die Motivation des Beschwerdeführers bezüglich der ärztlich indizierten Therapien angezweifelt werden müssen. So hielt beispielsweise auch Dr. D. ___ in seinem Gutachten fest, es beständen keinerlei Anhaltspunkte für eine Restmotivation des Beschwerdeführers, für sein Leben wieder Verantwortung zu übernehmen und von seiner passiven, fordernden und einen Medikamenten-Abusus einschliessenden Krankheitsrolle Abstand zu nehmen (Urk. 14/34/30 oben).

Zusammenfassend ergibt sich, dass abgesehen vom Kriterium des mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung keine weiteren Kriterien erfüllt sind, welche es dem Beschwerdeführer ausnahmsweise verunmöglichen würden, die erforderliche Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzstörung aufzubringen (vgl. vorstehend Erw. 1.4). Das Vorliegen dieses Kriteriums alleine ist jedoch nicht geeignet, die zumutbare Willensanstrengung im zu beurteilenden Fall zu verneinen. Folglich ist es dem Beschwerdeführer zumutbar, die nötige Willenskraft aufzubringen, um seine Schmerzen zu überwinden und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Diese Beurteilung deckt sich im Übrigen mit der Einschätzung von Dr. D. ___, welcher in seinem Gutachten ausdrücklich darauf hinwies, dass es dem Beschwerdeführer zumutbar sei, seine Schmerzen zu überwinden (Urk. 14/34/32 unten).

Wie vorstehend in Erw. 4.3 ausgeführt, kommt dem Gutachten von Dr. D. ___ voller Beweiswert zu, weshalb für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darauf abgestellt werden kann. Da dieser beim Beschwerdeführer keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Störung von Krankheitswert diagnostizieren konnte (Urk. 14/34/30 Ziff. 7), ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen.

Folglich hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

5. Das vorliegende Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten werden ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festgesetzt und dem Beschwerdeführer als unterliegender Partei auferlegt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christoph Häberli

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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