

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00102 vom 29. März 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00102

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00102 du 29 mars 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00102 del 29 marzo 2009

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Verwaltung hat die massgebenden Gesetzesbestimmungen über die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und die Bemessung der Invalidität (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) in der Begründung der angefochtenen Verfügung zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2 War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 Erw. 3a mit Hinweis).

1.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbezüegers 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, 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 Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C_562/2000, Erw. 2.1 mit Hinweis).

1.4. Erwerbslosigkeit aus invaliditätsfremden Gründen vermag keinen Rentenanspruch zu begründen (ZAK 1976 S. 99 f.). Die Invalidenversicherung hat nicht dafür einzustehen, wenn Versicherte zufolge ihres Alters, wegen mangelnder Ausbildung oder Verstärkungsschwierigkeiten keine entsprechende Arbeit finden. Zwar erlangen diese Faktoren bei der Prüfung der einer versicherten Person in einem konkreten Fall noch zumutbaren Arbeiten durchaus Bedeutung. Doch sind solche Aspekte keine zusätzlichen Umstände, die neben der Zumutbarkeit einer Arbeit das Ausmass der Invalidität beeinflussen würden, wenn sie das Finden einer Stelle und damit die Verwertung der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit erschweren oder gar verunmöglichen (BGE 107 V Erw. 2c; AHI 1999 S. 238 Erw. 1 mit Hinweis). Invaliditätsfremde Gesichtspunkte sind im Rahmen des Einkommensvergleichs nach Art. 28 Abs. 2 IVG (seit 1. Januar 2003: in Verbindung mit Art. 16 ATSG) überhaupt nicht oder dann bei beiden Vergleichsgrössen gleichmässig zu berücksichtigen (BGE 129 V 225 Erw. 4.4; vgl. auch BGE 134 V 322 Erw. 4.1)

1.5. 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 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2.

2.1. Strittig und zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer seit Erlass der rentenablehnenden Verfügung vom 23. Dezember 2004 (Urk. 9/30) eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, welche nunmehr einen rentenrelevanten Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zur Folge hätte. Diese Frage beurteilt sich durch einen Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 23. Dezember 2004 (Urk. 9/30), mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 19. Dezember 2007 (Urk. 2).

2.2. Im Zeitpunkt der ursprünglichen rentenablehnenden Verfügung vom 23. Dezember 2004 stellte sich die Beschwerdegegnerin sowie auch das hiesige Gericht (Urteil vom 11. Juli 2006, Urk. 9/53) zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auf das Gutachten von Dr. med. E. ___ vom 22. November 2004, wonach der Beschwerdeführer an einer hypertensiven Herzkrankheit mit linksventrikulärer Hypertrophie, einem Diabetes mellitus Typ II, einer Adipositas, einem Nikotinabusus sowie einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom litt (Urk. 9/27 S. 3). Das Gericht ging von einer mindestens 80%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Chauffeur, Magaziner und Lagerist aus (Urk. 9/53 S. 10 Ziff. 3.2.6). In psychischer Hinsicht ergab sich damals aus dem Bericht von Dr. med. D. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 28. Juni 2005, die Diagnose einer reaktiven mittelgradigen Depression (ICD-10: F32.1; Urk. 9/52/4). Da jedoch der Bericht von Dr. D. ___ nach dem Verfügungszeitpunkt (23. Dezember 2004, Urk. 9/30) datierte und das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Entscheiderlasses gegeben ist, beurteilt (BGE 121 V 366 Erw. 1b mit Hinweisen), konnte

dieser keine Berücksichtigung finden.

2.3

2.3.1 Anlässlich der Neuanschreibung reichte der Beschwerdeführer wiederum einen Bericht des ihn seit 21. April 2005 behandelnden Dr. D. ___ vom 31. August 2006 ein, welcher wiederum eine reaktive mittelgradige Depression (ICD-10: F32.1) diagnostizierte (Urk. 9/54 S. 1). Diese bestehe seit Beginn der Behandlung, wobei er aus verschiedenen Gründen davon ausgehe, dass diese mindestens mittelgradige Depression spätestens seit Herbst 2003 bestehe und sich vor allem anfangs in Form eines somatischen Syndroms äussert habe, das heisse in frühmorgentlichem Erwachen zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit, in einem deutlichen Libidoverlust, in einer psychomotorischen Hemmung, Antriebsmangel und Energielosigkeit, in einer mangelnden Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung emotional zu reagieren und in einem Morgentief mit Tagesmüdigkeit. Seit seinem letzten Bericht vom 26. Juni 2006 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers trotz intensiver psychiatrisch-psychopharmakologischer Bemühungen verschlechtert. Diese unterdessen chronifizierte, das heisst auch schwierig zu behandelnde psychische Störung, habe zu einer deutlichen Leistungsbeeinträchtigung geführt, so dass aus rein psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % ausgegangen werden müsse. In Anbetracht der Gesamtsituation des Beschwerdeführers müsse aber seit mindestens eineinhalb Jahren von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Die Prognose sei aufgrund der bereits chronifizierten Gesamtsituation und der Polymorbidität ungünstig, weshalb auch auf längere Sicht nicht mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (Urk. 9/54 S. 1 f.).

2.3.2 Dr. med. F. ___, Facharzt für Innere Medizin, speziell Herzkrankheiten, der den Beschwerdeführer als Hausarzt betreut, berichtete am 13. Oktober 2006, er habe den Beschwerdeführer notfallmässig am 16. November 2004 kennen gelernt und dabei die schwerwiegende Diagnose einer Lungenembolie verifizieren müssen. Sicherlich sei der Beschwerdeführer durch sein schwer depressives chronisches Zustandsbild, verbunden mit Diabetes mellitus und massivem Übergewicht in ausgesprochen voreingenommener Haltung von verschiedenen Ärzten falsch beurteilt worden. Der Beschwerdeführer leide trotz diätetischer und medikamentöser Behandlung an massivem Übergewicht. Infolgedessen ergäben sich schwerwiegende Probleme im Bereich des Achsenskeletts (statische Wirbelsäulenbeschwerden, Schultergelenkschmerzen rechts und Kniebeschwerden). Zudem leide der Beschwerdeführer unter einer diabetischen Stoffwechsellage mit Gefässstörungen im Bereich der Füsse sowie Komplikationen eines neu vor vier Wochen aufgetretenen grossen Abszesses am Rücken (Urk. 9/59 S. 1). Des Weiteren bewirke das Übergewicht ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom schweren Grades, wodurch dem Beschwerdeführer drohe, seine bereits vorhandene deutlich erhöhte Tagesschlafträgheit durch einen geistigen Abbau zur vollen Demenz hin zu entwickeln. Wegen dieser desolaten Lebenslage sei der Beschwerdeführer schwerst depressiv und ausgesprochen weinerlich trotz einer dreifachen Therapie. All diese Umstände würden aufgrund des Übergewichts und der Probleme des Achsenskeletts eine Invalidität von etwa 70 % bewirken und seitens der diabetischen Stoffwechsellage mit Gefässstörungen im Bereich der Extremitäten eine solche von 50 % sowie aufgrund des schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms von mindestens 70 %. Gesamthaft sei der Beschwerdeführer vollumfänglich invalide

und höchstens in einer sitzenden Tätigkeit mit einem Pensum von 20 % bis 30 % einsetzbar. Leider sei er durch seinen intellektuellen Abbau und die italienische Muttersprache zusätzlich zu seiner nur fragmentarischen Schulbildung nicht für intellektuell fordernde Tätigkeiten einsetzbar (Urk. 9/59 S. 2).

2.3.3.3. In seinem Bericht vom 23. Januar 2007 nannte Dr. D. ___ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10: F32.11) bestehend seit 2004. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er eine Adipositas mit ungeeigneter Ernährungsweise, einen Diabetes mellitus II, eine Hypertonie sowie einen Heuschnupfen an (Urk. 9/67 S. 1 lit. A). Dr. D. ___ hielt fest, die Arbeitsunfähigkeit betrage spätestens seit Behandlungsbeginn am 21. April 2005 50 %. Seit Spätsommer habe sich die rein psychiatrisch bedingte Arbeitsfähigkeit erneut verschlechtert und betrage ab Mitte Oktober 2006 mindestens 80 % (Urk. 9/67 S. 1 lit. B). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtere sich und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (Urk. 9/67 S. 1 lit. C). Die psychiatrisch-psychopharmakologische Behandlung, unterdessen mit einem Antidepressivum, einem Stimulans, einem Tranquilizer, einem Hypnotikum sowie einem integrativen psychotherapeutischen Vorgehen habe kaum etwas an der ausgeprägten Beeinträchtigung verbessert. Die vermutlich bereits seit 2004 bestehende und unterdessen therapieresistente angstgefärbte Depression werde höchstwahrscheinlich auch längerfristig zu einer ausgeprägten Einbusse der Leistungsfähigkeit im Sinne einer mindestens 80%igen Arbeitsunfähigkeit führen (Urk. 9/67 S. 3 Ziff. 7).

2.3.4. Die untersuchenden Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin, G. ___, nannten als Diagnose ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Bezüglich der übrigen Diagnosen verwiesen sie auf Dr. F. ___ und Dr. D. ___ (Urk. 9/76/1 S. 1 lit. A). Sie gaben an, unter regelmässiger CPAP-Therapie hätten sich die Schlafdauer und die Einschlafneigung reduziert. Die Nykturie sei kaum mehr vorhanden und die Tagesmüdigkeit, Antriebslosigkeit und schnelle Erschöpfbarkeit seien weitgehend unverändert geblieben (Urk. 9/76/1 S. 2 lit. D Ziff. 7). Der Einfluss des therapierten obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms auf die Gesundheit sei als minimal zu betrachten. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei sicher zu 50 % eingeschränkt, jedoch nicht aufgrund des therapeutisch kompensierten Schlafapnoe-Syndroms oder einer anderen primären Schlafstörung; vielmehr seien die Tagesmüdigkeit und reduzierte Belastbarkeit des Beschwerdeführers auf psychiatrische und internistische Ursachen zurückzuführen, so dass die entsprechenden Fachärzte über die Arbeitsfähigkeit und das mögliche Arbeitsprofil bestimmen sollten (Urk. 9/76/1 S. 2 unten).

2.3.5. Am 1. Oktober 2007 erstatten die Gutachter des Medizinischen Zentrums H. ___ (H. ___) ihr im Auftrage der Beschwerdegegnerin erstelltes interdisziplinäres medizinisches Gutachten (Urk. 9/83). Sie hielten fest, es beständen keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und nannten folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/83 S. 31 Ziff. 4):

- Adipositas Grad II
- Diabetes mellitus Typ II
- hypertensive Kardiopathie

- Â chronisch obstruktive Pneumopathie bei Nikotinabusus
- Â chronisch venöse Insuffizienz Stadium II im Bereich der unteren Extremitäten
- Â chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit radikulären Ausstrahlungen
- Â leichte Periarthropathie humeroscapularis tendomyotica rechts
- Â seborrhoische Dermatitis
- Â Status nach reaktiver mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10: F32.1).

Die Gutachter berichteten, aus internistischer Sicht leide der Beschwerdeführer unter ausschliesslichen Folgen seines schweren Übergewichts und seines Nikotinkonsums. Im Vergleich zu den Befunden im Gutachten von Dr. E. ___ vom 22. November 2004 habe sich aber die Gesamtsituation des Beschwerdeführers kaum verändert. Für eine leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit, wie die zuletzt ausgeübte als Chauffeur und Magaziner bestehe aus internistischer Sicht keine begründbare Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/83 S. 34 Mitte).

Von Seiten des Bewegungsapparates bestehe einerseits ein vorwiegend anamnestisches, rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen und andererseits eine leichte Periarthropatia tendomyotica des rechten Schultergelenks mit funktionell leichter Einschränkung der Innenrotation. Aus rein orthopädischer Sicht lasse sich aufgrund der beschriebenen und wenig spektakulären Veränderungen des Bewegungsapparates in der zuletzt ausgeübten, wie auch in einer der Gesamtsituation angepassten, Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (Urk. 9/83 S. 35 oben).

Die aktuelle psychiatrische Exploration ergebe sehr wenig ausgeprägte Residualbeschwerden bei Status nach depressiver Episode. Aktuell bestünden Ein- und Durchschlafstörungen sowie tageweise anhaltende depressive Verstimmungszustände. Der Beschwerdeführer leide an diesen Tagen an den bestehenden Residualbeschwerden, habe aber keinerlei Schwierigkeiten, seine sozialen Aktivitäten fortzusetzen oder gar aufzugeben. Versicherungspsychiatrisch seien angesichts der aktuell sehr gering ausgeprägten psychischen Beschwerden keine Funktionsbeeinträchtigungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit festzustellen. Dabei könne der Versicherte aus versicherungspsychiatrischer Sicht die zuletzt ausgeübte, wie auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit, ohne Einschränkungen ausüben. Es sei also eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgewiesen. In Bezug auf den Arztbericht von Dr. D. ___ sei eine deutliche Besserung des psychischen Gesundheitszustandes festzustellen (Urk. 9/83 S. 35 Mitte).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer sowohl aus internistischer als auch aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht für seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit und für alle behinderungsangepassten Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Im Vergleich zur Begutachtung im Jahr 2004 sei bezüglich der Arbeitsfähigkeit keine Verschlechterung ausgewiesen. Es bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden (Urk. 9/83 S. 35 unten). Der Beschwerdeführer sei für eine körperlich leichte, intermittierend mittelschwere Tätigkeit ohne körperliche Höchstleistungen, ohne aufwändige bis ausschliessliche Körperkorporarbeiten rechts und ohne

repetitive Kraftanwendungen rotatorischer oder elevatorischer Art im rechten Schultergürtel zu 100 % arbeitsfähig. Schicht- oder Nacharbeiten seien ihm aufgrund der Schlafapnoe-Problematik nicht mehr zumutbar (Urk. 9/83 S. 37 Mitte).

Die von Dr. D. ___ diagnostizierte mittel- bis schwergradige depressive Episode lasse sich derzeit nicht mehr objektivieren. Es sei von einer deutlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes auszugehen. Dr. D. ___ beschreibe weder diagnostische ICD-10: F32.1 Kriterien, noch daraus abgeleitet, die arbeitsfähigkeits tangierende Funktionseinschränkungen. Insofern sei die dargestellte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % als nicht nachvollziehbar einzustufen (Urk. 9/83 S. 37 unten). Bei der gesamthaften Beurteilung aller vorliegenden Informationen lasse sich für den Zeitraum Oktober 2006 bis Januar 2007 eine vorübergehende Verschlechterung des psychischen Gesundheitsschadens belegen. Für die Zeit vor Oktober 2006 lasse sich die Existenz einer therapieresistenten Depression nicht nachvollziehen. Als Indiz für den eher gering ausgeprägten Schweregrad der durch die depressive Symptomatik verursachten Funktionsbeeinträchtigungen sei auch die Tatsache anzusehen, dass die therapieresistente Depression nicht entsprechend behandelt worden sei (Urk. 9/83 S. 38). Die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ab Oktober 2006 sei vorübergehender Natur gewesen und habe zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr festgestellt werden können. Sodann sei die Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis 70 % durch Dr. F. ___ in seinem Bericht vom 13. Oktober 2006 medizinisch nicht plausibel und könne nicht nachvollzogen werden. Dr. F. ___ erwähne lediglich die medizinischen Diagnosen, ohne deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten darzustellen. Der Beschwerdeführer sei trotz seiner diversen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht derart eingeschränkt, dass er seine ursprüngliche Arbeitstätigkeit nicht wieder aufnehmen könnte (Urk. 9/83 S. 39 oben). Derzeit bestehe kein psychisches oder somatisches Leiden, das eine Arbeitsunfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht begründen würde. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit 2002 keiner beruflichen Tätigkeit nachgegangen sei, beruhe ausschliesslich auf IV-fremden Gründen (Urk. 9/83 S. 39 Mitte).

E. 3

3.1 Aus den genannten ärztlichen Beurteilungen geht hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der rentenablehnenden Verfügung vom 23. Dezember 2004 (Urk. 9/30) nicht wesentlich verschlechtert hat.

Es ist diesbezüglich auf das H. ___-Gutachten vom 1. Oktober 2007 (Urk. 9/83) abzustellen, welches für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht (Urk. 9/83 S. 17 ff. Ziff. 3), die geklagten Beschwerden berücksichtigt (Urk. 9/83 S. 15 ff. Ziff. 2.4) und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandersetzt (Urk. 9/83 S. 31 ff. Ziff. 5). Schliesslich wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten abgegeben (Urk. 9/83 S. 1 ff. Ziff. 1). Sodann leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet. Es erfüllt daher die praxismässigen Kriterien (vgl. vorstehend Erw. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

3.2 Die von Dr. F. ___ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % bis 80 % ist hingegen nicht nachvollziehbar. Er begründet diese Arbeitsunfähigkeit insbesondere

mit den von ihm gestellten Diagnosen, verkennt dabei aber, dass nicht jede gestellte Diagnose per se eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Vielmehr ist entscheidend, welche Auswirkung die Diagnose auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Sodann attestierte Dr. F. ___ auch aufgrund des Schlafapnoe-Syndroms eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %, obwohl die untersuchenden Fachärzte des Zentrums für Schlafmedizin eine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneinten (Urk. 9/76/1 S. 1 lit. A, S. 2 unten). Ferner nannte Dr. F. ___ in seinem Bericht auch invaliditätsfremde Gründe (italienische Muttersprache und fragmentarische Schulbildung), welche keinen Rentenanspruch zu begründen vermögen (vgl. vorstehend Erw. 1.4). Des Weiteren erachtete sich der Beschwerdeführer selbst aus rein somatischer Sicht für seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als voll arbeitsfähig (Urk. 9/83 S. 17 oben). Aus den genannten Gründen kann auf die Einschätzung von Dr. F. ___ nicht abgestellt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich ist hinzuzufügen, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt auch für die Beurteilung durch Dr. D. ___ als behandelnder Psychiater. Dessen Beurteilung der psychischen Gesundheit liegt mit der Einschätzung des H. ___ diametral auseinander. Diesbezüglich fällt auf, dass anamnestisch ein recht aktiver Beschwerdeführer beschrieben wird, der sowohl einem geregelten Tagesablauf nachgeht, als auch diverse Sozialkontakte pflegt (Urk. 9/83 S. 26 f.). Dies schliesst eine invalidisierende Depression aus, weshalb die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80 % aus psychischen Gründen nicht nachvollziehbar ist. Daran vermag auch das von Dr. D. ___ im Zusammenhang mit dem vorliegenden Beschwerdeverfahren verfasste Schreiben vom 22. Januar 2008 (Urk. 3/3) nichts zu ändern, jedenfalls lässt es nicht, wie beschwerdeweise geltend gemacht (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 7.1), die Abklärungen durch den psychiatrischen H. ___-Gutachter als unvollständig erscheinen. Vielmehr ist es so, dass die von Dr. D. ___ erhobenen Befunde im Rahmen des H. ___-Gutachtens nicht erhoben werden konnten, da im Zeitpunkt der Begutachtung lediglich gering ausgeprägte Residualbeschwerden bei Status nach depressiver Episode auszumachen waren (Urk. 9/83 S. 35), welche nicht das Ausmass einer invalidisierenden Depression erreichen.

3.3 Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ist der Beschwerdeführer gestützt auf das H. ___-Gutachten aus internistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht für seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit und für alle behinderungsangepassten Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Im Vergleich zu seinem Gesundheitszustand im Dezember 2004 ist demnach keine Verschlechterung ausgewiesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mithin ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. André Largier
- 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.