

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00508 vom 21. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00508

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00508 du 21 novembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00508 del 21 novembre 2007

Erwägungen

E. 2

/

E. 3

Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. In Härtefällen besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Laut Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 gÄ¼ltigen Fassung haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

2.3Ä Ä Ä Ä Bei erwerbstÄ¼tigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchf¼hrung der medizinischen Behandlung und allfÄ¼lliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare TÄ¼tigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kÄ¼nnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen kÄ¼nnte, wenn sie nicht invalid geworden wÄ¼re (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmÄ¼ssig mÄ¼glichst genau ermittelt und einander gegen¼bergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lÄ¼sst (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4Ä Ä Ä Ä Um den Invaliditätsgrad bemessen zu kÄ¼nnen, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ä¼rztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verf¼gung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ä¼rztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezÄ¼glich welcher TÄ¼tigkeiten die versicherte Person arbeitsunfÄ¼hig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die Ä¼rztlichen AuskÄ¼nfte eine wichtige Grundlage fÄ¼r die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden kÄ¼nnen (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

2.5. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsräger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, sowie ob der Experte nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihm die Beantwortung der Fragen erschweren, gegebenenfalls deutlich macht (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c, je mit Hinweisen; Meyer-Blaser in: H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4., ergänzte Auflage 2003, S. 24 f.)

3. 3.1.

3.1. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

3.2. Die Beschwerdegegnerin macht geltend, D. vom RAD sei in seinen Stellungnahmen vom 12. Januar und 6. Juni 2005 zum Schluss gekommen, dass in somatischer Hinsicht aufgrund der Wirbelsäulenproblematik von einer Arbeitsunfähigkeit für schwere körperliche Arbeiten auszugehen sei; für eine körperlich leichte Arbeit mit Wechselbelastung bestehe somatisch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Eine zusätzliche invaliditätsrelevante eigenständige psychische Störung sei nach der zutreffenden Auffassung von D. nicht ausgewiesen (Urk. 2 Seite 3 und Urk. 8 Seite 3). Ausgehend von einem Valideneinkommen 2004 von Fr. 64'941.-- und einem Invalideneinkommen 2004 von Fr. 49'479.-- resultiere ein Invaliditätsgrad von 24 %. Es bestehe daher kein Rentenanspruch (Urk. 9/20 und Urk. 2).

3.3. Der Beschwerdeführer lässt dagegen vorbringen, dass sowohl der Hausarzt des Beschwerdeführers, B., als auch sein ehemaliger Psychiater, A., eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis 100 % als ausgewiesen betrachteten. Der Gutachter, C., sehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % als erwiesen (Urk. 1 Seite 3). Abgesehen davon, dass der Beschwerdeführer auch bei Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von nur 50 % Anspruch auf eine ganze Rente hätte, vermöge die von C. vorgenommene Beurteilung nicht zu überzeugen. Die Klinik Y. sehe im Gegensatz zu C. in der somatoformen Schmerzproblematik nur einen Teilaspekt einer komplexeren Situation. Die Abweisung eines Rentenanspruches lasse sich mit dem vorliegenden Abklärungsergebnis nicht begründen (Urk. 1 Seiten 9 und 10).

E. 4.1

4.1.1.1. Im - vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten - Bericht des Stadtsitals X.____ an E.____ vom 24. März 1999 wurden ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Wirbelsäulenfehlform und muskulärer Dysbalance, eine Auftreibung im Bereich des Tibiaschaftes links vorderhand unbekannter Dignität sowie ein Diabetes mellitus II, Erstdiagnose 1996, aktuell mit oralen Antidiabetika eingestellt, diagnostiziert, und es wurde ihm für die Zeit vom 8. Januar bis "vorerst" 31. März 1999 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 3/3).

Im - von B.____ eingereichten - Bericht des Stadtsitals X.____ an E.____ vom 24. Juni 1999 wurden (nur noch) ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Wirbelsäulenfehlform und muskulärer Dysbalance sowie ein Diabetes mellitus II, Erstdiagnose 1996, aktuell mit oralen Antidiabetika eingestellt, erhoben. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurden darin keine Angaben gemacht (Urk. 9/12).

4.1.2. Der Hausarzt des Beschwerdeführers, B.____, erhob in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 26. Januar 2004 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Wirbelsäulenfehlform und muskulärer Dysbalance, einen Diabetes mellitus II, Erstdiagnose 1996, mit oralen Antidiabetika eingestellt, eine Oberbauchsymptomatik (Gastroskopie am 25. März 2003, ohne pathologischen Befund), ein chronisches depressives Zustandsbild, rezidivierende Harnwegsinfekte, einen Verdacht auf Gonarthrose rechtes Kniegelenk sowie eine ängstlich agitierte Depression und unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" Residuen einer wahrscheinlich peripheren Facialisparese links (Urk. 9/10/5). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär (Urk. 9/10/2). In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schlosser sei er seit dem 5. August 2002 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 9/10/1). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit könne er aus somatischer Sicht 8 Stunden pro Woche arbeiten (Urk. 9/10/4). Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht angezeigt (Urk. 9/10/2).

4.1.3. Der ehemalige Psychiater des Beschwerdeführers, A.____, führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15. Dezember 2003 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" eine depressive Entwicklung, bestehend seit August 2002, sowie Rückenbeschwerden bei Status nach akuter Lumbalgie, bestehend seit ca. 1997, und unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" einen Diabetes mellitus an. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei er seit August 2002 bis auf weiteres zu 80-90 % arbeitsunfähig. Die Prognose sei eher ungünstig. Es bestehe ein Verdacht auf eine somatoforme Störung (Urk. 9/9).

4.1.4. C.____ diagnostizierte in seinem - von der Beschwerdegegnerin eingeholten - psychiatrischen Gutachten vom 11. Dezember 2004 "Angst und depressive Störung, gemischt" (ICD-10 F41.2) sowie einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0 [Urk. 9/17/5]). Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Akten und der gegenwärtigen Beschwerden schliesse er darauf, dass eine Angst und depressive Störung vorläge, dass ihre Intensität veränderlich sei und in Verbindung mit einer

ungünstigen psychosozialen Situation stehe. Aufgrund des gebotenen Zustandsbildes sei er der Meinung, dass der Beschwerdeführer teilweise arbeitsunfähig sei, wobei der Grad der Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen 50 % betrage. Die Arbeitsunfähigkeit dauere seit dem 5. August 2002. Sie beziehe sich sowohl auf die bisherige Tätigkeit als auch auf die angepassten Tätigkeiten. Ein voller Dispens von der Arbeit sei kontraproduktiv und in psychischer Hinsicht nachteilig. Daher empfehle er Wiedereingliederungsmassnahmen. Der Beschwerdeführer habe Erfahrungen in vielen Tätigkeiten, er sei trotz momentaner Schwierigkeiten lernfähig und eingliederbar. Er dürfte gegenwärtig keine Tätigkeiten ausüben, die stressig oder körperlich anstrengend sind. Einer beruflichen Tätigkeit käme auch eine therapeutische Bedeutung zu. An einer geeigneten Arbeitsstelle wäre sogar mit einer Besserung des psychischen Zustandsbildes zu rechnen. Nur eine Teilberentung wäre die schlechteste Lösung, auch vom prognostischen Standpunkt aus (Urk. 9/17/6).

4.1.5. D. ___ vom RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2005 fest, dass somatisch ein "lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Wirbelsäulenfehlform und muskulärer Dysbalance" ausgewiesen sei. Die muskuläre Dysbalance trage wahrscheinlich massgeblich zu den belastungsabhängigen Wirbelsäulenbeschwerden bei. Diese Dekonditionierung der Muskeln lasse sich durch entsprechendes Training beheben und sei invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant. Das lumbospondylogene Syndrom für sich bewirke eine Einschränkung für schwere körperliche Arbeiten, für leichte körperliche Tätigkeiten bestehe medizinisch-theoretisch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Die vom Hausarzt, B. ___, zusätzlich ausgewiesenen Befunde eines Diabetes mellitus, rezidivierende Harnwegsinfekte und unspezifische (abgeklärte) Bauchschmerzen seien nicht invalidisierend. Bezüglich der angeführten Verdachtsdiagnose einer Gonarthrose rechts würden im Bericht keinerlei Befunde ausgewiesen. Auch seien im Rahmen der ärztlichen Sorgfaltspflicht keine weiteren fachärztlichen Abklärungen veranlasst worden, weshalb davon auszugehen sei, dass kein grösserer Leidensdruck bzw. Abklärungsbedarf bestanden habe. Die Facialisparese stelle ebenfalls keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urk. 9/39/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führte D. ___ in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2005 aus, es gehe aus dem psychiatrischen Gutachten eindeutig hervor, dass aufgrund der Befunde wenig Anhaltspunkte für eine Depression im Sinne einer invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz vorlägen. So werde in der Beurteilung auch von einer "Angst und depressiven Stimmung" gesprochen, welche in der Intensität veränderlich ist und in Verbindung mit einer ungünstigen psychosozialen Belastung stehe". In diesem Zusammenhang bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Versicherungstechnisch sei die psychosoziale Komponente auszuscheiden. Die depressive Stimmung für sich sei invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant, da sie zu wenig ausgeprägt sei. Es werde auch ausdrücklich festgehalten, dass ein voller Dispens von der Arbeit kontraproduktiv wäre. Eine Therapie scheine nicht notwendig zu sein. Die Therapie und Besserungsfähigkeit würden in einer beruflichen Tätigkeit gesehen (Urk. 9/19/4).

4.1.6. Im - seitens des Beschwerdeführers im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten - Bericht von F. ___ und G. ___ von der Klinik Y. ___ an B. ___ vom 3. März

2006 wurden ein chronisch rezidivierendes Schmerzsyndrom (Erstmanifestation 1990) bei/mit breitbasiger rechtsbetonter Diskushernie L3/4 mit relativer Spinalkanalstenose und Kontakt zur Nervenwurzel L3 beidseits, fortgeschrittener Diskopathie mit Segmentdegeneration L4/5 (MRI der Lendenwirbelsäule vom 20. September 2005), Status nach periradikulärer Infiltration L3 links am 7. Dezember 2005 und Status nach provokativer Diskographie L3/4 und L4/5 am 8. Februar 2006, belastungsabhängige Unterschenkelbeschwerden links unklarer Genese (Erstmanifestation 1999, Exazerbation August 2005) bei Fehllhaltung der Wirbelsäule bei Entlastung des linken Beines und muskulärer Dysbalance, klinisch ohne fokalneurologische Defizite, ein Diabetes mellitus Typ 2 unter oralen Antidiabetika, eine arterielle Hypertonie sowie eine residuelle Facialparese links diagnostiziert. Zum "Procedere" wurde festgehalten: "Wiederholung MRI der LWS mit Frage nach Verlauf der vorbeschriebenen Lumbalkanalstenose und Frage nach Neurokompression. Röntgen linkes Knie und Unterschenkel in zwei Ebenen mit Frage nach Hinweisen für Neoplasie / M. Paget. Breites rheumatologisches Labor. Neurophysiologische Untersuchung mit Frage nach Hinweisen für lumbale Reizleitungsstörung (inkl. lange Bahnen) oder Polyneuropathie (bei bekanntem Diabetes mellitus unter OAD). Klinische Verlaufskontrolle mit Befundbesprechung in unserer Sprechstunde in zwei Wochen, ggf. Diskussion einer intensiven multimodalen stationären Therapie im Hause." Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurden keine Angaben gemacht (Urk. 3/2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der - vom Gericht beigezogenen - ergänzenden Stellungnahme vom 11. Juli 2007 führte G. ___ von der Klinik Y. ___ - auf entsprechende Fragen hin - aus, dass die im Bericht des Ambulatoriums für Rheumatologie vom 3. März 2006 vorgeschlagenen Untersuchungen durchgeführt und am 13. März 2006 in einer Folgekonsultation besprochen worden seien. Vom 3. Mai bis 24. Mai 2006 sei ein stationärer Rehabilitationsversuch auf der Rheumatologie der Klinik Y. ___ erfolgt. Dieser habe das Schmerzsyndrom nicht beeinflusst. Anlässlich einer letzten Nachkontrolle auf dem rheumatologischen Ambulatorium am 19. Juni 2006 sei mit dem Beschwerdeführer eine nochmalige Überweisung auf die Wirbelsäulenorthopädie vereinbart worden, wobei hätte geprüft werden sollen, ob Aussichten für eine Verbesserung des Schmerzsyndroms durch einen allfälligen wirbelsäulenorthopädischen Eingriff beständen. Diese Abklärung habe nicht stattgefunden, die Gründe dafür seien nicht eruierbar. Zu den getätigten Untersuchungen könne zusammengefasst festgehalten werden, dass sich im MRI (vom 9. März 2006) eine mäßiggradige degenerativ bedingte Einengung des lumbalen Nervenwurzelkanales auf Höhe des Segmentes L3/L4 mit elektrophysiologischen Zeichen einer beginnenden Nervenwurzeleinklemmung L3 bis S1 links besttigt habe. Die umfangreichen Laboruntersuchungen und die konventionelle Radiologie seien hinsichtlich der rheumatologischen Erkrankung unauffällig ausgefallen. Durch diese Untersuchungen hätten sich die früheren Diagnosen nicht geändert, in der letzten Diagnoseliste vom 19. Juni 2006 seien alle Befunde zusammengefasst. Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, so lasse sich dem stationären Austrittsbericht vom 5. Juli 2006 entnehmen, dass seitens der Klinik Y. ___ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen körperlich belastenden Arbeitstätigkeit als Mechaniker vom 25. Mai bis 8. Juni 2006 attestiert worden sei. Retrospektiv lasse sich die Arbeitsfähigkeit für eine wechselbelastende, körperlich leichte Tätigkeit nicht exakt angeben, sie dürfe aber mindestens 50 % betragen. Über ein Jahr nach der letzten Konsultation seien auch keine Angaben zur aktuellen

Arbeitsfähigkeit möglich. Zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei ein interdisziplinäres Gutachten am geeignetsten. Wie im stationären Austrittsbericht vom 5. Juli 2006 angeführt, komme dabei einer schmerzpsychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit besonderes Gewicht zu (Urk. 20).

In der von G.____ erwähnten "Diagnoseliste" vom 19. Juni 2006 wurden ein chronisch-rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (Erstmanifestation 1990; Differentialdiagnose: symptomatische Spinalkanalstenose L3/4) bei/mit Spinalkanalstenose bei breitbasiger, nach foraminal beidseits ausladender Diskusprotrusion L3/L4 und breitbasiger Diskusprotrusion L4/L5 (MRI LWS vom 20. September 2005 und 9. März 2006) und Denervierungszeichen im linksseitigen Musculus vastus medialis, Musculus tibialis anterior und Musculus gastrocnemius (neurophysiologische Untersuchung vom Februar 2006) sowie ferner ein Diabetes mellitus Typ 2 (unter oralen Antidiabetika), eine arteriellen Hypertonie sowie eine residuelle Facialisparese links angeführt (Urk. 21/1).

E. 4.2

4.2.1 Aufgrund der medizinischen Akten steht fest und ist unbestritten, dass beim Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht unter anderem ein chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform und muskulärer Dysbalance besteht und er deswegen keine körperlich schweren Arbeiten mehr verrichten kann.

4.2.2 Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Auffassung, dass für eine leichte körperliche Tätigkeit mit Wechselbelastung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, auf die Stellungnahmen von D.____ vom RAD vom 12. Januar und 6. Juni 2005 (Urk. 9/19/4 und Urk. 9/39).

4.2.3 Dazu ist vorab zu bemerken, dass Aufgabe der regionalen ärztlichen Dienste die Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen ist (Art. 59 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 4 IVV). Demgemäss haben sie einerseits zu prüfen, ob der Invaliditätsbegriff (Art. 8 ATSG) erfüllt ist, und andererseits, ob die Invalidität die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG). In diesem Zusammenhang obliegt ihnen zum einen, die medizinischen Akten anhand der unter Erwägung 2.5 dargelegten Kriterien auf ihre Beweistauglichkeit hin zu überprüfen, und zum anderen, sich in Auseinandersetzung mit den darin gemachten Angaben hinsichtlich der noch vorhandenen und zumutbaren Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit im Sinne des IVG zu äussern. Angesichts der Tatsache, dass die Invalidenversicherung nur Beeinträchtigungen gesundheitlicher Art versichert, haben sich die RAD vor allem auch darüber auszusprechen, ob für eine Minderung des Erwerbs gesundheitliche oder allenfalls soziale oder wirtschaftliche Gründe im Vordergrund stehen (vgl. Hedwig Kurth, Die Aufgaben der RAD-Ärztinnen und Ärzte, in: Soziale Sicherheit CHSS 5/2005 Seite 298). Als Berichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 IVV dienen sie der versicherungsinternen Entscheidungsfindung. Ihnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass die RAD von den IV-Stellen eingerichtet werden und der direkten fachlichen Aufsicht des Bundesamtes für Sozialversicherung unterstehen (Art. 59 Abs. 2 IVG), lässt nicht

schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. An die Unparteilichkeit und Zuverlässigkeit solcher Grundlagen sind jedoch strenge Anforderungen zu stellen (vgl. BGE 122 V 157 ff.).

4.2.4.4 Zur Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lagen D. ___ vom RAD - einzig - die Berichte des Stadtspitals X. ___ vom 24. Juni 1999 (Urk. 9/12) sowie von B. ___ vom 26. Januar 2004 (Urk. 9/10) vor.

Dem Beschwerdeführer ist darin beizupflichten, dass seitens der Beschwerdegegnerin resp. des RAD an sich auch der Bericht des Stadtspitals X. ___ vom 24. März 1999 (Urk. 3/3) hätte beigezogen werden müssen, zumal im genannten Bericht des gleichen Spitals vom 24. Juni 1999 (Urk. 9/12) bezüglich "Zwischenanamnese" ausdrücklich darauf verwiesen wurde und sich auch die Befunde, welche zur Diagnose des "lumbospondylogenen Syndroms bei Wirbelsäulenfehlform und muskulärer Dysbalance" führten, ausschliesslich in diesem Bericht finden.

Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, stehen die im Bericht des Stadtspitals X. ___ vom 24. März 1999 erhobenen Befunde der von D. ___ vom RAD vorgenommenen Einschätzung, wonach - aus somatischer Sicht - das "lumbospondylogene Syndrom bei Wirbelsäulenfehlform und muskulärer Dysbalance" für leichte körperliche Tätigkeiten mit Wechselbelastung keine Einschränkung bewirkt, nicht entgegen. Gleiches gilt auch für die Feststellungen im Bericht von G. ___ und F. ___ von der Klinik Y. ___ vom 3. März 2006 (Urk. 3/2), in der ergänzenden Stellungnahme von G. ___ vom 11. Juli 2007 (Urk. 20) und in den dieser beiliegenden Berichten der Abteilung für Rheumatologie vom 27. Februar, 13. März, 19. Juni und 5. Juli 2006 (Urk. 21/1-4).

4.2.5.5 Aus dem Bericht des Stadtspitals X. ___ vom 24. März 1999 geht hervor, dass beim Beschwerdeführer seit 1990 chronisch rezidivierende Lumbalgien, seit 1998 mit Ausstrahlungen ins rechte Bein, bestanden. Deswegen wurde er im Februar/März 1999 im Stadtspital X. ___ einlässlich abgeklärt. Aufgrund der Ergebnisse der von ihnen durchgeführten Untersuchungen (Röntgen Lendenwirbelsäule ap/seitl. vom 19. Januar 1999: "Bis auf traction-spurs im Bereich vom LWK 4 und 5 keine degenerativen Veränderungen, keine verschmälerten Bandscheibenzwischenräume"; Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 5. Februar 1999 [auswärts]: "Diskusprotrusion L3/4 sowie L5 rechts mit einem diskreten rechtsseitigen Volumen plus auf Höhe L3/4. Keine Diskushernie, wenig spondylotische Veränderungen. Keine signifikante Spondylarthrose. Degenerative Veränderungen beider ISG"; Röntgen Thorax pa stehend vom 12. März 1999: "Leichte Betonung der Lungengefässe. Sonst alters- und konstitutionsentsprechender Befund"; Röntgen Knie mit Unterschenkel links in 2 Ebenen vom 12. März 1999: "Leichte Auftreibung im metaphysären Bereich des Tibiaschaftes. Eine solitäre Läsion lässt sich hier jedoch nicht abgrenzen. Gegebenenfalls weitere Abklärung in Bezug auf metabolische Aktivität"; Sonographie der Weichteile paravertebral vom 16. März 1999; "Es handelt sich im Bereiche der Weichteilformation paravertebral rechts um Muskulatur, welche von der Binnenstruktur her im Seitenvergleich keine Unterschiede aufweist." [Urk. 3/3 Seite 2]), gelangten die Ärzte des Stadtspitals X. ___ zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer im Wesentlichen ein lumbospondylogenes Syndrom rechts, aktuell ohne fassbare Radikulopathie bei einer

Wirbelsäulenfehlform und muskulärer Dysbalance besteht, und leiteten deswegen eine physikalische Behandlung ein. Sodann veranlassten sie zum Ausschluss eines knochenstoffwechselaktiven Prozesses im Bereich der proximalen Tibia links eine weitere skelettszintigraphische Abklärung (Urk. 3/3 Seite 3), welche offenbar ergebnislos blieb (Urk. 9/12/1). Nach einer weiteren Untersuchung am 3. Mai 1999, welche bezüglich des lumbospondylogenen Syndroms keine neuen klinischen Aspekte ergab, wurde die Behandlung im Stadtpital X.____ auf Wunsch des Beschwerdeführers abgeschlossen (Urk. 9/12/2).

Den genannten Berichten der Klinik Y.____ ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ca. 2003 ein progredientes Entlastungshinken wegen Schmerzen im linken Unterschenkel entwickelte. Wegen einer Exazerbation der Lumbalgien im August 2005 wurde er im September 2005 der Wirbelsäulensprechstunde der Klinik Y.____ zugewiesen. Anlässlich des dort am 20. September 2005 durchgeführten MRI der Lendenwirbelsäule wurden zwar eine breitbasige rechtsbetonte Diskushernie L3/4 mit relativer Spinalkanalstenose und Kontakt zur Nervenwurzel L3 beidseits sowie eine fortgeschrittene Discopathie mit Segmentdegeneration L4/5 festgestellt (Urk. 3/2 Seite 1). Die Ursachen für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (progrediente Lumbalgien sowie belastungsabhängige Unterschenkel- und Armschmerzen links, neu intermittierend auch Armschmerzen rechts [Urk. 3/2 Seite 2]) konnten jedoch nach periradikulärer Infiltration L3 links am 7. Dezember 2005 und provokativer Discographie L3/4 und L4/5 nicht geklärt werden (Urk. 3/2 Seite 2 und Urk. 21/2 Seite 3). Im Februar/März 2006 wurden deshalb erneut ein MRI der Lendenwirbelsäule, Röntgen-, neurophysiologische sowie Laboruntersuchungen durchgeführt. Die neurophysiologische Untersuchung vom 28. Februar 2006 ergab dabei zwar eine radikuläre Läsion der Wurzeln L3 und S1 links, geringgradig auch S1 rechts. Das MRI der Lendenwirbelsäule vom 9. März 2006 zeigte jedoch (lediglich): "L3/L4: Breitbasige, nach foraminal beidseits ausladende Diskusprotrusion. Zusätzlich dorsale Spondylose und hypertrophe Ligamenta flava mit mässiger zentraler Einengung des Spinalkanals; L4/L5: Degeneration der Bandscheibe mit Höhenminderung. Breitbasige Diskusprotrusion bis foraminal beidseits ausladend. Leichtgradige zentrale Einengung des Spinalkanals. Die intervertebralen Foramina sind gering eingeengt, keine Kompression neurogener Strukturen bei erhaltenem Fettgewebe um die Nervenwurzeln; L5/S1: Normal, regelrechte Lage des Conus medullaris." Eine Diskushernie fand sich somit nicht mehr. Das Beschwerdebild wurde deshalb als mechanisch bedingtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Beginnstigung durch eine Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur interpretiert (Bericht der Klinik Y.____ vom 13. März 2006 [Urk. 21/3]). In der Folge fand vom 3. bis 24. Mai 2006 in der Klinik Y.____ ein stationärer Rehabilitationsversuch statt, wobei aber keine Verbesserung der Beschwerdesymptomatik erreicht werden konnte. Aufgrund des protrahierten Verlaufes wurde deshalb ein psychiatrisches Konsil mit den Fragen nach einer Schmerzverarbeitungsstörung und Einsatz schmerzmodulierender Medikation veranlasst. Dabei konnte keine Psychopathologie für sich alleine mit relevantem Krankheitswert gefunden werden (Urk. 21/2 Seite 3).

Wie bereits die Ärzte des Stadtpitals X.____ stellten somit auch diejenigen der Klinik Y.____ - nebst einer Fehlstatik des Achsenskelettes sowie einer Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur - (zwischenzeitlich leicht fortgeschrittene) degenerative Veränderungen der Bandscheiben (Diskusprotrusionen) in den Segmenten

L3/4 und L4/5 fest. Die Zuordnung der Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass (tieflumbale linksbetonte Schmerzen mit belastungsabhängigen vermehrten Schmerzen im linken Bein [Urk. 21/2 Seite 1]) zu einem morphologischen Korrelat gelang ihnen aber letztlich ebenfalls nicht. Insbesondere fanden auch sie keine Hinweise für eine radikuläre Kompression. Anzeichen für eine rheumatologische Erkrankung fanden sie ebenfalls nicht (Urk. 20 Seite 1). Dementsprechend erhoben sie ebenfalls ein chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, mithin - lediglich - einen rezidivierenden Schmerzzustand im lumbalen Bereich (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 2. August 2006 in Sachen P., U 58/06, Erwägung 4.2.1, mit Hinweisen).

4.2.6. Mit Blick auf die vom Stadtpital X. sowie von der Klinik Y. erhobenen objektiven Befunde lässt sich wegen der Problematik der Wirbelsäule zwar eine Arbeitsunfähigkeit für schwere körperliche Arbeiten begründen. Die Ausübung einer leichten körperlichen Tätigkeit mit Wechselbelastung erscheint deswegen indessen gleichwohl uneingeschränkt zumutbar. Dies gilt umso mehr, als sowohl die Ärzte des Stadtpitals X. als auch diejenigen der Klinik Y. die lumbalen Beschwerden unter anderem auf eine Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur zurückführten; eine solche kann aber, wie D. zu Recht bemerkt (Urk. 9/39/2), - in der Regel - durch entsprechendes Training behoben werden und ist daher bei der Beurteilung der Invalidität, welche definitionsgemäss auf Dauer beruht (Art. 8 ATSG), - in der Regel - ausser Acht zu lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 15. März 2006 in Sachen M., I 884/05, Erwägung 2.2).

4.2.7. Dass D. den übrigen, vom Stadtpital X. im Bericht vom 24. Juni 1999 (Urk. 9/12) sowie von B. im Bericht vom 26. Januar 2004 (Urk. 9/10) gestellten somatischen Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass, ist ebenfalls nicht zu beanstanden. So wurde von beiden Seiten vermerkt, dass der Diabetes mellitus mit oralen Antidiabetika eingestellt ist. B. wies sodann ausdrücklich darauf hin, dass die im März 2003 wegen der Oberbauchsymptomatik durchgeführte Gastroskopie keinen pathologischen Befund ergeben habe. Schliesslich hat er zwar einen Verdacht auf eine Gonarthrose links erhoben. Er sah sich aber offenbar nicht veranlasst, diesbezüglich eine fachärztliche Abklärung zu veranlassen. Sodann geht auch aus den Berichten der Klinik Y. nicht hervor, dass sich dieser Verdacht je bestätigt hätte (Urk. 3/2 und Urk. 21/1-4).

4.2.8. Die Beurteilung von D., wonach aus somatischer Sicht für leichte körperliche Tätigkeiten mit Wechselbelastung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, erscheint somit überzeugend.

4.2.9. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers vermögen die von B. in seinem Bericht vom 26. Januar 2004 (Urk. 9/10) sowie von G. von der Klinik Y. in der ergänzenden Stellungnahme vom 11. Juli 2007 (Urk. 20) vorgenommenen Einschätzungen kein abweichendes Ergebnis zu begründen.

Zur Beurteilung von B., wonach dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit aus somatischer Sicht nur während 8 Stunden pro Woche zumutbar sei (Urk. 9/10/4), ist vorab zu bemerken, dass er als Hausarzt mitunter im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung geneigt sein dürfte, in Zweifelsfällen eher zu Gunsten des Beschwerdeführers auszusagen (Urteil des

Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 18. Dezember 2006 in Sachen S., I 482/06, Erw. 3.3, unter Hinweis auf BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Es entsteht denn auch der Eindruck, dass er bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgeblich auf dessen Angaben abgestellt hat, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Dies wäre aber erforderlich gewesen, zumal zumindest bei der geklagten Oberbauchsymptomatik auch er selber eine Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den subjektiven Beschwerden feststellte und ihm auch bekannt war, dass A.____ den Verdacht auf somatoforme Störungen erhob (Urk. 9/10/5-6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä G.____ von der Klinik Y.____ hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 11. Juli 2007 (Urk. 20), wie erwähnt, festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer wechselbelastenden körperlich leichten Tätigkeit "mindestens" 50 % betragen dürfte. Daraus sowie aus seiner weiteren Angabe, wonach einer schmerzpsychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit besonderes Gewicht zukomme, geht hervor, dass er als Rheumatologe ein grösseres Pensum als zumutbar betrachtet, die abschliessende Zumutbarkeitsbeurteilung - angesichts der seinerseits (ebenfalls) festgestellten Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden - aber einem Psychiater resp. einer Psychiaterin überlassen will.

E. 4.3

4.3.1 Ä Was ein allfälliges psychisches Leiden mit Krankheitswert (vgl. Erwägung 2.1) betrifft, so diagnostizierte C.____ in seinem Gutachten vom 11. Dezember 2004 "Angst und depressive Störung, gemischt" (ICD-10 F41.2) sowie einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0 [Urk. 9/17/5]). Der ehemalige Psychiater des Beschwerdeführers, A.____, erhob in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 15. Dezember 2003 eine depressive Entwicklung, bestehend seit August 2002, sowie ferner ebenfalls einen Verdacht auf somatoforme Störungen (Urk. 9/9/1-2). Während C.____ dem Beschwerdeführer aus psychischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem 5. August 2002 attestierte (Urk. 9/17/6), ging A.____ davon aus, dass eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 10 bis 20 % nicht realistisch sei (Urk. 9/9/1, vgl. Urk. 9/30/2). D.____ vom RAD stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, die festgestellte psychische Störung sei invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant (Urk. 9/19/4).

4.3.2 Ä Das Gutachten von C.____ vom 11. Dezember 2004 (Urk. 9/17) basiert auf einer psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis der Berichte des Stadtsitals X.____ vom 24. Juni 1999 (Urk. 9/12), von B.____ vom 26. Januar 2004 (Urk. 9/10) sowie von A.____ vom 15. Dezember 2003 (Urk. 9/9) verfasst (Urk. 9/17/1-2). Es gibt die Angaben des Beschwerdeführers zur persönlichen Anamnese sowie zu den gegenwärtigen Beschwerden detailliert wieder (Urk. 9/17/2-3). Im Weiteren enthält es einen - vollständigen - Psychostatus ("Untersuchungsbefund" [Urk. 9/17/3-4]) und ist von daher grundsätzlich nicht zu beanstanden (vgl. Erwägung 2.5). Dass es nur auf einer einmaligen Konsultation beruht, ändert daran - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 Seiten 9 und 10) - nichts, kann doch von der Dauer der Untersuchung nicht auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen Stellungnahme geschlossen werden (Urteil des EVG vom 20. Januar 2006 in Sachen F., I 748/05, Erwägung 2.2.4).

4.3.3 Ä Zur von C.____ gestellten Diagnose nach ICD-10 F41.2 (Angst und depressive Störung, gemischt) ist vorab zu bemerken, dass gemäss der Internationalen

Klassifikation psychischer Krankheiten, ICD-10 Kapitel V [F], 4. Auflage, Bern 2000, Seite 162, diese Kategorie bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden soll, jedoch nur, wenn keine der beiden Störungen ein Ausmass erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde. Treten beide Syndrome in so starker Ausprägung auf, dass beide einzeln kodiert werden können, soll diese Kategorie nicht verwendet werden.

Wie C.____ selber bemerkte, hat er bei seiner Diagnose nach ICD-10 F41.2 insbesondere auch die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Schlafstörungen, Freud- und Lustlosigkeit, Verlangen nach Ruhe, Meiden von Kontakten, schlecht kontrollierbares Verhalten mit Jähzorn und aggressiven Ausbrüchen, Angst vor eigenen Gedanken sowie vor der Möglichkeit, plötzlich unkontrolliert zu reagieren, jemandem etwas Böses anzutun, zu täten [Urk. 9/17/5]) berücksichtigt. Die von ihm erhobenen - objektiven - Untersuchungsbefunde ("... Er war bewusstseinsklar, allseits orientiert und geordnet. Er gab prompt adäquate Antworten auf die gestellten Fragen. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, die er in der Anamnese erwähnte, lassen sich nicht gesprächsmässig feststellen. Keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Sinnestäuschungen. Der Patient befand sich in einer mittleren Stimmungslage. An dieser änderte sich während der gesamten Dauer der Exploration nichts. Die affektiven Schwingungen lagen im Rahmen der Norm. Verhaltensmässig fiel der Patient von einer angenehmen Seite auf. Die Kooperationsbereitschaft war gut. Er hinterliess einen freundlichen Eindruck. Über seine Beschwerden berichtete der Patient konkret und sachlich ohne jegliche Tendenz zur Aggravation" [Urk. 9/17/4-5]) würden hingegen nicht auf einen pathologischen Zustand schliessen lassen.

4.3.4 Was die von C.____ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit betrifft, ist vorab zu bemerken, dass praxisgemäss leichte psychische Störungen - wie diejenige nach ICD-10 F41.3 - allein grundsätzlich nicht geeignet sind, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 8. Mai 2007 in Sachen M., I 905/06, Erwägung 3.2, mit Hinweisen).

Bei der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörungen ist, wie dargelegt (vgl. Erwägung 2.1), in der Regel von der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen und hievon nur bei Vorliegen besonderer Umstände, welche die Schmerzbewältigung konstant und intensiv behindern, abzusehen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 3. Juli 2006 in Sachen A., I 224/06, Erwägung 2.2.2, mit Hinweisen).

Die rechtsanwendende Behörde (IV-Stelle, im Streitfall das Sozialversicherungsgericht) ist daher auch bei Vorliegen eines grundsätzlich beweistauglichen fachärztlichen Gutachtens nicht davon entbunden, mit aller Sorgfalt die Rechtsfrage zu prüfen, ob ausnahmsweise eine rechtserhebliche Arbeitsunfähigkeit im Sinne der zitierten Rechtsprechung gegeben ist (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 10. Juli 2006 in Sachen C., I 75/06, Erwägung 3.1, mit Hinweis).

4.3.5. C. ___ begründete seine Einschätzung, wonach der Grad der Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen 50 % betrage, wie erwähnt, damit, dass eine "Angst und depressive Störung, gemischt", vorliege, deren Intensität veränderlich sei und in Verbindung mit einer ungünstigen psychosozialen Situation stehe. Der Beschwerdeführer führe ein völlig unausgeglichenes Leben ohne Inhalt, ohne Ziel mit wenigen Aktivitäten wie das Lesen von religiösen Schriften und Spaziergängen. Nach Einstellung der Taggeldzahlungen sei auch die finanzielle Situation angespannt (Urk. 9/17/6).

Dem Beschwerdeführer ist darin beizupflichten, dass C. ___ damit zumindest teilweise die Folgen der Beschwerden zu deren Ursachen machte. Entscheidend ist jedoch, dass beim Beschwerdeführer gemäß den - insoweit überzeugenden - Feststellungen von C. ___ jedenfalls nur eine leichte psychische Störung vorliegt. C. ___ hat denn zur Verbesserung der - von ihm mit lediglich 50 % bezifferten - Arbeitsfähigkeit auch weder eine medikamentöse noch eine therapeutische Behandlung vorgeschlagen. Es ist deshalb nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer - zumindest bei geeigneter medikamentöser und/oder therapeutischer Behandlung - willensmäßig nicht in der Lage sein sollte, vollzeitlich einer den körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit nachzugehen.

4.3.6. Hinsichtlich des von C. ___ erhobenen - blossen - Verdachtes auf eine somatoforme Schmerzstörung ist der Vollständigkeit halber zu bemerken, dass die massgeblichen Kriterien, deren es für die Bestätigung der Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess bedarf, jedenfalls nicht erfüllt sind. So handelt es sich beim psychischen Leiden des Beschwerdeführers nach dem Gesagten fraglos nicht um eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere und Ausprägung. Im Weiteren wies der Beschwerdeführer ausdrücklich darauf hin, dass er - erfallenden - Freizeitaktivitäten nachgehe und seine Familie sowie seine wohl integrierten Kinder habe (Urk. 1 Seite 8). Ein - schwerwiegender - sozialer Rückzug ist somit ebenfalls nicht ausgewiesen.

4.3.7. Zumindest im Ergebnis kann der von D. ___ vertretenen Auffassung, wonach die von C. ___ festgestellte psychische Störung invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant sei, somit gefolgt werden.

4.3.8. Die davon abweichende Beurteilung von A. ___, wonach der Beschwerdeführer zu 80 bis 90 % arbeitsunfähig sei, vermag daran nichts zu ändern, zumal er im Bericht vom 10. Dezember 2003 lediglich eine "depressive Entwicklung" resp. einen "Verdacht auf somatoforme Störungen" und damit - ebenfalls - kein ausgeprägtes psychisches Leiden erhoben hat (Urk. 9/9/1). Zwar scheint er sich im April 2005 gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers dahingehend geussert zu haben, dass er die von C. ___ gestellte Diagnose "Angst und depressive Störung gemischt" als mittelschwer einschätze (Urk. 9/30/2). Worauf er diese Beurteilung stützt, ist jedoch nicht ersichtlich, hat er doch den Beschwerdeführer nur bis Januar 2004 behandelt (Urk. 9/17/5). Davon abgesehen kann wegen der Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden Facharztes abgestellt werden (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes in Sachen vom 25. Juni 2007 in Sachen Z., 9C_41/2007, Erw. 4 mit Hinweis).

4.4 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die - ergänzten - medizinischen Akten ein stimmiges und vollständiges Bild sowohl des physischen als auch des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers abgeben. Weitere Beweiserhebungen erscheinen daher - insbesondere auch mit Blick auf die Beurteilung der Auswirkungen des psychischen Beschwerdebildes auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Erwägung 4.3.4) - unnötig (antizipierte Beweiswürdigung; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 23. August 2006 in Sachen C., I 749/05, Erwägung 2.2.2, mit Hinweisen).

5. Zusammenfassung

5.1 Im Weiteren ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

5.2 Nach der Rechtsprechung sind für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns massgebend, wobei Valideneinkommen und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu ermitteln und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheides zu berücksichtigen sind (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 16. Dezember 2004 in Sachen J., I 770/03, Erwägung 3, mit Hinweisen).

5.3 Gemäss den medizinischen Akten bestand in der angestammten Tätigkeit eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit ab 5. August 2002 (Urk. 9/10/1). Der Rentenbeginn wäre demnach frühestens auf den 1. August 2003 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG).

5.4 Anhaltspunkte für relevante Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheides vom 26. April 2006 (Urk. 2) bestehen nicht.

5.5 Unter dem Valideneinkommen ist jenes Einkommen zu verstehen, welches die versicherte Person als Gesunde tatsächlich erzielen würde (ZAK 1992 S. 92 Erw. 4a, 1961 S. 367).

5.6 Für die Bestimmung des trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) können nach der Rechtsprechung Tabellen ohne herangezogen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die versicherte Person - wie hier - nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, mit welcher sie die ärztlich bestatigte Restarbeitsfähigkeit voll ausschöpft (BGE 126 V 75 ff. Erw. 3b/bb, mit Hinweis). Auszugehen ist dabei von den Tabellen der Zentralwerte des standardisierten monatlichen Bruttolohnes gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (AHI-Praxis 6/1998 S. 291, mit Hinweisen).

5.7 Im Weiteren ist bei der Ermittlung des Invalideneinkommens zu beachten, dass versicherte Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen selbst bei zumutbaren Verweisungstätigkeiten oft das Lohnniveau gesunder Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht erreichen. Nebst gesundheitlichen Problemen können sich persönliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad auf das hypothetische Invalideneinkommen auswirken. Daher ist je

nach den konkreten Umständen des Einzelfalls ein Abzug von den LSE-Tabellenlöhnen von maximal 25 % zu gewähren (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 23. Januar 2004 in Sachen G., U 90/02, Erw. 3.4, mit Hinweis auf BGE 126 V 75; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 9. Mai 2005 in Sachen A., U 268/04, Erw. 3.2).

5.4. Die Beschwerdeführerin geht davon aus, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin in der Firma W.____ als Mitarbeiter in der Abteilung Mechanik/Bohrerei tätig wäre. Nach den Angaben dieser Firma im "Fragebogen für Arbeitgeber" vom 31. Oktober 2003 (Urk. 9/8/2) würde er dort im Gesundheitsfall Fr. 5'300.-- verdienen, was einem Jahreseinkommen von Fr. 63'600.-- (= Fr. 5'300.-- x 12) entspräche. Es ist daher von einem Valideneinkommen 2003 in dieser Höhe auszugehen, was denn seitens des Beschwerdeführers auch nicht mehr bestritten wird (Urk. 1 Seite 3, vgl. demgegenüber Urk. 9/30/2).

5.5. Die Beschwerdeführerin

5.5.1. Das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdeführerin aufgrund des Lohnes für Hilfsarbeiten (Zentralwert) gemäss LSE 2002 (Tabelle TA1), wobei sie ihm einen Abzug von 15 % gewährte.

Die Beschwerdeführerin bringt dagegen vor, er würde auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in einer neuen körperlich leichten Tätigkeit nach der allgemeinen Lebenserfahrung einen unterdurchschnittlichen Lohn erzielen, da sich die fehlende Ausbildung und Erfahrung, mangelnde Deutschkenntnisse, der Ausländerstatus sowie das hohe Alter (Jahrgang 1949) auf den Lohn auswirkten. Es sei daher nicht vom Zentralwert auszugehen, sondern von einem Invalidenlohn im unteren Quartilbereich gemäss LSE 2002, TA7 (Urk. 1 Seite 4).

Dazu ist zu bemerken, dass Faktoren wie mangelnde Ausbildung oder Verständigungsschwierigkeiten infolge ihres invaliditätsfremden Charakters bei der Invaliditätsbemessung grundsätzlich ausser Acht zu lassen sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 14. Juni 2002 in Sachen K., I 644/01, Erwägung 4b/aa, mit Hinweisen). Wird allerdings bei der Bestimmung des hypothetischen Valideneinkommens auf Lohnangaben einer Arbeitgeberfirma abgestellt, welche die geringfügigen Qualifikationen eines Angestellten bei der Entlohnungsfrage berücksichtigt, was sich in einem deutlich unter den branchenüblichen Ansätzen liegenden Gehalt niederschlug, sollen diese invaliditätsfremden Faktoren auch bei der Festlegung des zumutbaren Invalideneinkommens nicht ausser Acht gelassen werden. Im Rahmen des Einkommensvergleiches sind daher die invaliditätsfremden Gesichtspunkte überhaupt nicht oder dann bei beiden Vergleichsgrössen gleichmässig zu berücksichtigen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 16. April 2002 in Sachen S., I 640/00, Erwägung 4a/aa, mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin macht nicht geltend, das bei seiner bisherigen Arbeitgeberin zuletzt erzielte Jahreseinkommen von Fr. 63'600.-- (Urk. 9/8/2) sei unterdurchschnittlich gewesen.

Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass Hilfsarbeiten auf dem ausgeglichenen hypothetischen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und sich das Alter in diesen Tätigkeiten auch nicht lohnsenkend

auswirkt. Die statistischen Löhne gemäss Tabelle TA1 der LSE werden sodann aufgrund der Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung erfasst, weshalb die Nationalität ebenfalls vernachlässigt werden kann (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 20. Juli 2004 in Sachen D., I 39/04, Erwägung 2.4, mit Hinweis).

Es kann daher nicht gesagt werden, dem Beschwerdeführer werde ein statistischer Durchschnittslohn zugerechnet, den er - wegen fehlender Ausbildung, mangelnden Deutschkenntnissen, Ausländerstatus sowie hohen Alters - weder vor noch nach Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte oder realisieren konnte.

Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das hypothetische Invalideneinkommen des Beschwerdeführers aufgrund des Lohnes für Hilfsarbeiten (Zentralwert) gemäss LSE 2002 (Tabelle TA1) berechnet hat.

5.5.2 Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Männer betrug im Jahre 2002 im privaten Sektor Fr. 4'557.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2002 TA1 Seite 43), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahre 2002 (vgl. die Volkswirtschaft 9-2007, Tabelle B9.2 Seite 98) einen monatlichen Verdienst von Fr. 4'750.70 resp. einen Jahresverdienst von Fr. 57'008.40 (=Fr. 4'750.70 x 12) ergibt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung für Männer von 1,3 % im Jahr 2003 (vgl. Bundesamt für Statistik, Nominallohnentwicklung 2004, Tabelle T1.1.93 Seite 36) resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen 2003 von Fr. 57'749.50.

Aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen ist der Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem gesunden Mitbewerber benachteiligt, was sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau auswirkt. Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der statistische Durchschnittslohn zugleich auf dem Einbezug körperlicher Schwerarbeit, welche in der Regel höher entlohnt wird als körperlich leichtere Arbeit, beruht (Jürg Scheidegger, Rechtliche Rahmenbedingungen für die Verwendung von Tabellenlöhnen, in: Schaffhauser/Schlauri, Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 133). Nicht gegeben sind nach dem Gesagten die Abzugskriterien des Alters und der Nationalität, ebensowenig dasjenige der Teilzeitbeschäftigung, besteht doch beim Beschwerdeführer für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Insgesamt erscheint unter den gegebenen Umständen der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 15 % angemessen.

5.5.3 Das zumutbare hypothetische Invalideneinkommen 2003 ist demgemäss auf Fr. 49'087.10 (= 0,85 x Fr. 57'749.50) festzusetzen. Ausgehend vom ermittelten hypothetischen Invalideneinkommen 2003 von Fr. 63'600.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'512.90 resp. ein Invaliditätsgrad von (gerundet) 23 %. Demgemäss steht dem Beschwerdeführer keine Rente zu (Art. 28 Abs. 1 IVG).

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht verneint hat. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 25

- Rechtsanwalt Daniel Bohren

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- U. _____

4. Gegen diese Entscheidung 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 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.