

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00299 vom 11. September 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00299

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00299 du 11 septembre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00299 del 11 settembre 2008

Erwägungen

E. 1

1.1. Der Beschwerdeführer lässt in einem ersten Punkt geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe ihre Begründungspflicht verletzt. Er habe in seiner Stellungnahme vom 18. Dezember 2006 im Wesentlichen ausfallen lassen, das Gutachten des Zentrums W.____ stehe in krassem Widerspruch zum Gutachten von D.____. Es sei nicht nachvollziehbar, warum das Zentrum W.____ zu einem anderen Schluss komme. Trotz dieses Einwandes werde auch im angefochtenen Einspracheentscheid nicht dargelegt, aus welchen Gründen auf das letztere, für ihn ungünstige Gutachten und nicht auf die erstere, für ihn vorteilhaftere Expertise abgestellt werde. Eine diesbezügliche Erläuterung hätte sich vor allem auch aufgedrängt, weil das Vorgehen der Beschwerdegegnerin - das Ersetzen eines missliebigen, das Leistungsbegehren stützenden Gutachtens durch eine konträre, ausschliesslich den Interessen der Beschwerdegegnerin dienende Expertise - den Anschein der Befangenheit erwecke (Urk. 1 Seite 6).

1.2. Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen).. Wesentlicher Bestandteil des Gehörsanspruches ist sodann die Begründungspflicht. Diese soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und es dem Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl er wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 22. Juni 2007 in Sachen M., I 22/07, Erwägung 4.2 mit Hinweisen).

1.3. Die Beschwerdegegnerin forderte zur Begründung ihres Entscheides vom 22. Januar 2007 aus, sie habe aufgrund der Einsprache des Beschwerdeführers den Sachverhalt erneut geprüft. Gestützt auf das Gutachten des Zentrums W. ___ vom 11. September 2006 und unter Berücksichtigung der von seiner Rechtsvertreterin dazu eingereichten Stellungnahmen sei ihm eine angepasste (körperlich leichte, rückschonende und wechselbelastende) Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Damit könne er ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen (Urk. 2 Seite 3).

Mit diesen Ausführungen hat sich die Beschwerdegegnerin zwar mit der seitens des Beschwerdeführers in der Stellungnahme vom 18. Dezember 2006 (Urk. 8/77) vorgenommenen Kritik am Gutachten des Zentrums W. ___ vom 11. September 2006 nicht im Einzelnen auseinandergesetzt. Es geht daraus aber jedenfalls hervor, dass sie auf dieses Gutachten abgestellt, mithin dieses - im Gegensatz zum Beschwerdeführer - als beweistauglich eingestuft hat. Es liegt demnach keine Verletzung der Begründungspflicht vor, zumal der Beschwerdeführer aus der Begründung des Einspracheentscheides ersehen konnte, weshalb die Beschwerdegegnerin die Einsprache abwies. Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 21. Mai 2007 die Gründe, welche zur Abweisung der Einsprache führten, umfassender dargelegt (Urk. 7), und dem Beschwerdeführer wäre es unbenommen gewesen, sich dazu zu äussern. Eine allfällige Verletzung der Begründungspflicht kann daher ausnahmsweise als geheilt betrachtet werden (vgl. BGE 127 V 437 und 438 Erw. 3d/aa).

2. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil der angefochtene Einspracheentscheid am 22. Januar 2007 erging (Urk. 2), gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

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.

Laut Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 gültigen 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.

3.3 Bei erwerbstätigen 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 Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

3.5 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger 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.).

3.6. Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (  26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss st ndiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsstr ger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

4.            

4.1. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

4.2. Die Beschwerdegegnerin macht, wie erwähnt, geltend, gemäss dem Gutachten des Zentrums W.____ vom 11. September 2006 sei dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Damit könne er ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen (Urk. 2 Seite 3).

4.3. Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, im Gutachten von D.____ vom 1. März 2005 werde ausführlich und überzeugend dargelegt, dass er aus psychischen Gründen nicht arbeits- bzw. erwerbsfähig sei (Urk. 1 Seite 7). Das psychiatrische Konsiliargutachten des Zentrums W.____ sei allein schon wegen seines bescheidenen Umfangs von bloss zweieinhalb Seiten nicht sehr beweiskräftig. Eine gebührende Auseinandersetzung mit den übrigen psychiatrischen Beurteilungen finde nicht statt, weshalb das Gutachten auch unvollständig sei. Ausserdem weise es innere, unauf sbare Widersprüche auf. Namentlich würden Antidepressiva empfohlen, obwohl das Vorhandensein eines psychischen Gesundheitsschadens mit Krankheitswert verneint werde. Die Beschwerdegegnerin hätte daher nicht auf das Gutachten des Zentrums W.____ abstellen dürfen (Urk. 1 Seite 8).

E. 5

5.1. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer seit ca. 1994 an lumbalen Rückenschmerzen litt. Anfangs März 2003 kam es nach dem Tragen von schweren Lasten zur einer Schmerzexazerbation mit Ausstrahlung nach gluteal und in den lateralen Unterschenkel rechts (Urk. 8/14/6 und Urk. 8/25/6). Das MRI vom 27. März 2003 zeigte Chondrosen lumbal sowie eine leichte Osteochondrose L3/L4, Diskusprotrusionen auf den Etagen Th12/L1 und L1/L2 ohne Wurzelkompression sowie eine in das Foramen intervertebrale rechts luxierte Diskushernie L4/L5, sicher die Wurzel L4 rechts komprimierend (Urk. 8/24/3). Vom 4. April bis 2. Mai 2003 war der Beschwerdeführer in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals U.____ hospitalisiert. Dort kam es unter passiv betonter Physiotherapie mit Extension, Thermo- und Elektrotherapie zunächst zu einer Verschlechterung der Symptomatik, ebenso auch aufgrund einer CT-gesteuerten Infiltration. Mit der ab der zweiten Woche durchgeführten aktiv betonten Physiotherapie mit Stabilisation und Kräftigung der Rumpfmuskulatur konnte eine Besserung von subjektiv 10 % der Schmerzen erreicht werden. Nach Einschätzung des Physiotherapeuten war jedoch eine Steigerung der

Belastbarkeit erkennbar, bei guter Compliance. Relevante psychosoziale Faktoren, welche den Schmerzverlauf negativ beeinflussten, konnten nicht evaluiert werden (Urk. 8/14/5-6). Am 2. Mai 2003 wurde der Beschwerdeführer in leicht gebessertem Zustand in die ambulante Therapie entlassen (Urk. 8/14/7). Nach einer zweiten epiduralen Steroidinfiltration beklagte der Beschwerdeführer eine kurzzeitige Lähmung des linken Beines und anschliessend zunehmende, nun linksseitige Beschwerden (Urk. 8/25/6, Urk. 8/39/2, Urk. 8/50/7). Im Auftrag des Krankenversicherers wurde der Beschwerdeführer am 12./13. August 2004 im Zentrum V.____ mittels Funktionsorientierter Medizinischer Abklärung (FOMA) untersucht (Bericht des Zentrums V.____ vom 6. Oktober 2004 [Urk. 8/39/1-11]). Im Rahmen dieser Abklärung wurde sodann am 27. August 2004 im Institut T.____, C.____, eine versicherungspsychiatrische Evaluation durchgeführt (Bericht vom 1. September 2009 [Urk. 8/39/12-24]).

E. 5.2

5.2.1.1. A.____ erhebt in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 4./8. Dezember 2003 ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit radikulären Reizungen bei Osteochondrose vor allem L4/5 mit foraminale Stenose vor allem rechts. In seiner bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter sei der Beschwerdeführer seit dem 11. März 2003 zu 100 % arbeitsunfähig und werde es wohl dauernd bleiben. Für eine der Behinderung angepasste Tätigkeit mit wechselnder gehender, stehender und sitzender Arbeit bestehe eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 8/14).

5.2.2.1. H.____ und I.____ von der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals U.____ führten in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 12. Januar 2004 aus, der Beschwerdeführer sei in ihrer Klinik letztmals anlässlich der Hospitalisation vom 4. April bis 2. Mai 2003 behandelt worden. Die Austrittsdiagnosen am 2. Mai 2003 hätten gelautet: "Lumbospondylogenes Syndrom rechts mit/bei mehrsegmentalen Veränderungen, insbesondere auf Höhe L4/5 mit foraminale Stenose und Nervenwurzelkompression L4 rechts (MRI vom 27. März 2003)." Die Arbeitsfähigkeit sei am Austrittstag wie folgt formuliert worden: "100 % vom 4. April bis 1. Juni 2003, 50 % vom 2. bis 15. Juni 2003." Weitere Nachkontrollen hätten nicht stattgefunden, weshalb ihnen eine weiterführende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei (Urk. 8/17/3).

5.2.3.1. B.____ diagnostizierte im - von der Beschwerdegegnerin eingeholten - Gutachten vom 10. August 2004 ein lumbospondylogenes Syndrom beidseits, linksbetont, mit/bei degenerativen Veränderungen mehrsegmental in Form von Chondrosen, vor allem L3/L4, und Diskushernie L4/5 mit foraminale Stenose und Nervenwurzelkompression L4 rechts (MRI vom 27. März 2003) sowie einen Tinnitus links (Urk. 8/25/7). Sie attestiere dem Beschwerdeführer grundsätzlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in seinen angestammten beruflichen Tätigkeiten als Automechaniker und Baggerführer. Als Bauarbeiter gelte eine Einschränkung für das Tragen von schweren Lasten über 10 Kilogramm. Dem Beschwerdeführer könne aber auch eine Anstellung in der Küche, im Lager oder in einer anderen Hilfstätigkeit zu 100 % zugemutet werden (Urk. 8/25).

5.2.4.1. J.____, FMH Innere Medizin, K.____, Physiotherapeutin, sowie E.____ vom Zentrum V.____ erhoben in ihrem Bericht an den Krankenversicherer vom 6. Oktober 2004 ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits mit/bei Fehlform und Fehlhaltung (leichte Abflachung der lumbalen Skoliosierung), Chondrosen lumbal und leichte

Osteochondrose L3/4, rechtsluxierte Diskushernie L4/5 mit Kompression der Nervenwurzel L4 (MRI der Lendenwirbelsäule vom 27. März 2003) sowie einen Tinnitus links (Urk. 8/39/1). In der klinischen Untersuchung habe sich eine schmerzbedingte Einschränkung aller Wirbelsäulenabschnitte, insbesondere lumbal und cervical, mit schmerzbedingter Gegeninnervation gefunden. Ausser einem leichten paravertebralen, linksbetonten Hartspann lumbal links und einer geringgradigen Abflachung der Lordosierung sei die Untersuchung der Lendenwirbelsäule unauffällig gewesen. Die gefundene leichte Hypästhesie am linken Oberschenkel zirkulär und am lateralen Fussrand sei nicht eindeutig dermatombezogen. Der Impingementtest sei im Bereich der linken Schulter positiv gewesen. Zu den auch in der klinischen Untersuchung gefundenen Hinweisen für eine Symptomausweitung (Waddell, Kummel) passe auch die deutlich zu tiefe Selbsteinschätzung im PACT-Test sowie die hohe Einstufung der Schmerzintensität. Von psychiatrischer Seite seien die Defizite der Leistungsfähigkeit (Grad der Behinderung) bei 50 bis 60 % veranschlagt worden (Urk. 8/39/2).

Im Moment stehe das Schmerzverhalten des Beschwerdeführers im Vordergrund. Er habe bei keinem der durchgeführten Tests an seine funktionellen körperlichen Limiten herangeführt werden können und sich unter Angaben von Schmerzen schon bei minimaler Belastung selbst limitiert. In Bezug auf effektive funktionelle Limiten könne aus diesem Grund keine Aussage gemacht werden. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers werde als nicht zuverlässig beurteilt. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die demonstrierte Belastbarkeit sei nur minimal. Die Zumutbarkeit der angestammten beruflichen Tätigkeit als Hilfsmaurer sowie für andere berufliche Tätigkeiten könne aufgrund der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nicht abschliessend beurteilt werden. Im Sinne einer interdisziplinären Beurteilung bestehe aktuell eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %, welche sich aufgrund des psychiatrisch vorliegenden Leidens begründen lasse. Eine Kurzevaluation nach vier bis sechs Monaten zur abschliessenden Verlaufsbeurteilung sei aus psychiatrischer Sicht empfehlenswert. Es verbleibe somit eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % für leichte körperliche Tätigkeiten ohne vermehrte Anstrengungen (Urk. 8/39/2-3).

C.____ führte im Bericht an E.____ vom Zentrum V.____ vom 1. September 2004 unter dem Titel "Arbeitsprognostische Gesamtbeurteilung" aus, medizinisch-theoretisch (abstrakt) sei im Rahmen einer versicherungspsychiatrischen Rezeption des globalen neuropsychischen Funktionspotenzials heute eine 50 - 60%ige Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit ausgewiesen; dies auf dem Boden einer objektivierbaren, arbeitsrelevanten, mittelschweren "unspezifischen" depressiven (psychopathologischen, sozial-interaktionellen und kognitiv-intellektuellen) Alteration mit sekundären psychosozialen Stressoren als "psychisches Beeinträchtigungs- und Defizitsyndrom". Operational-diagnostisch werde das Zustandsbild am ehesten als eine prolongierte gemischte Anpassungsstörung mit Störung der Gefühlslage und des Sozialverhaltens (F43.25), aufgrund auch positiver Zeitkriterien zusätzlich als andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (F62.1) codiert. Differentialdiagnostisch könne zusätzlich und/oder wahlweise bei gesichertem Ausschluss "hauptsächlich organisch bedingter Krankheitsfaktoren" eine anhaltend somatoforme (undifferenzierte) Schmerzverarbeitungsstörung codiert werden, ferner eine Entwicklung körperliche Symptome aus psychischen Gründen (F68 [Urk. 8/39/13]).

Was den Krankheitswert betreffe, so sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht die aktuelle neuropsychische Beeinträchtigung im Rahmen eines integrativen versicherungsmedizinischen Krankheitsverständnisses im Hinblick auf die konkrete krankheitsbedingte (versicherungsmedizinisch) defizitäre Leistungsfähigkeit (Art, Ausmass und Schweregrad der Störung) bei 50 - 60 % anzusiedeln. Das störungsspezifische Ausmass der gesicherten, objektivierbaren psychischen Defizite im Rahmen der nicht-intentionalen Persönlichkeitsumprägung mit Krankheitswert relativ zum prämorbidem Leistungspotential werde normativ-kategorial als "durchgehend relevant bis erheblich", der "Grad der Behinderung" (Defizitprozent als Gesamtanpassungsleistung) heute bei 50 bis 60 % veranschlagt (Urk. 8/39/14).

5.2.5.1 D. ___ erhebt in seinem - im Auftrag der Beschwerdegegnerin - erstatteten Gutachten vom 1. März 2005 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine generalisierte Angststörung mit Hyperventilationssyndrom und Panikattacken (ICD-10 F41.1), eine depressive Entwicklung (ICD-10 F34.1), einen Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) sowie (somatisch) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei lumbaler Diskushernie sowie chronische Schulterschmerzen (Urk. 8/50/9). Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht gemäss der Exploration und dem klinischen Eindruck bei ihm seit dem 11. März 2003 und wahrscheinlich auf Dauer zu 100 % arbeitsunfähig. Prognostisch sei keine Besserungsmöglichkeit sichtbar. Wegen der Persönlichkeitsstörung mit ungenügenden psychischen Bewältigungsfähigkeiten und narzisstischer Unzugänglichkeit sei keine psychiatrische Behandlung möglich. Berufliche Massnahmen seien wegen des Schweregrades der Schmerzsymptomatik nicht indiziert (Urk. 8/50/12).

5.2.6.1 Im Gutachten des Zentrums W. ___ vom 11. September 2006 werden unter dem Titel "Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" ein persistierendes, chronifiziertes und weitgehend therapieresistentes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei beginnenden degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, insbesondere der Bandscheibe L4/L5, aktuell ohne klinisch objektivierbare radikuläre Ausfälle, sowie ein chronisches cervicovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei leichter Fehlf orm und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und unter dem Titel "Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie ein chronischer Tinnitus links erhoben (Urk. 8/71/16). Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für körperliche Schwerarbeit wie als Baggerführer oder Hilfsmaurer nicht mehr einsetzbar und auch nicht vermittelbar. Für körperlich angepasste Tätigkeiten bestehe jedoch keine rentenberechtigende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/71/18). Die internistische Untersuchung sei völlig unauffällig und ergebe keine pathologischen Befunde, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten. Bei der psychiatrischen Exploration könne die bereits vermutete Verdachtsdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestätigt werden. Eine sonstige psychiatrische Komorbidität, insbesondere eine Persönlichkeitsstörung, lasse sich nicht eruieren. Aus psychiatrischer Sicht könne heute, gerade bei unbehandeltem Zustandsbild, nicht von einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer

aufgrund seiner degenerativen Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates für eine körperliche Schwerarbeit auf dem Bau oder als Baggerführer nicht mehr geeignet. Hingegen bestehe weder aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht für eine körperlich leichte, rucksackchonende und wechselbelastende Tätigkeit eine medizinisch begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Obwohl keine eigenständige depressive Erkrankung vorliege, werde dennoch der Einsatz eines Antidepressivums sowie das Etablieren von Tagesstrukturen, allenfalls rehabilitativer Behandlungskonzepte, empfohlen, um den Beschwerdeführer allmählich wieder einer Berufstätigkeit zuzuführen. Unter der ausgesprochenen Selbstlimitierung sei die Prognose bezüglich Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit jedoch als schlecht einzustufen (Urk. 8/71/19).

5.2.7 In den Akten liegen im Weiteren die Berichte von F. und G. an die Beschwerdegegnerin vom 8. Dezember 2006 (Urk. 8/76) sowie von A. an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 20. Dezember 2006 (Urk. 8/78).

F. und G. führen im genannten Bericht vom 8. Dezember 2006 aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 7. November 2006 bei ihnen in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung. Sie hätten den Beschwerdeführer inzwischen acht Mal gesehen (Urk. 8/76/1). Der Beschwerdeführer leide unter einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5), einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) mit vorübergehendem Auftreten von Depression sowie unter einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8). Er sei heute aufgrund seiner Psychopathologie nicht arbeitsfähig und werde aufgrund des Krankheitsbildes sowie -verlaufes auch in Zukunft zu 100 % arbeitsunfähig sein. Seine Erkrankung schein ihnen nicht behandelbar zu sein. Eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung könne höchstens den rasanten negativen Verlauf mildern. Berufliche Massnahmen erschienen ihnen weder möglich noch indiziert (Urk. 8/76/2). Seitens des Zentrums W. sei der Beschwerdeführer vor allem neurologisch und rheumatologisch gründlich untersucht worden. Die Psychiaterin, L., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, welche ohne Dolmetscher mit dem Beschwerdeführer gesprochen habe, bestimme eine somatoforme Schmerzstörung, weitere psychopathologische Symptome sehe sie nicht. Die seitens des Zentrums W. vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stehe in Widerspruch zur Prognose. Eine Begründung dafür fehle. Für die von D. diagnostizierten psychiatrischen Komorbiditäten hätten sie keine Zeichen gefunden. Auf die Diagnosen von C. seien sie nicht eingegangen (Urk. 8/76/3-4).

A. nimmt im genannten Bericht vom 20. Dezember 2006 - auf Ersuchen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hin - ebenfalls zum Gutachten des Zentrums W. vom 11. September 2006 Stellung. Er führt dazu aus, dass in der Diagnose lediglich von einem lumbospondylogenen Syndrom, hingegen nicht von der Diskushernie L4/L5 mit Luxation und Kompression der Wurzel L4 rechts im MRI vom 27. März 2003 gesprochen werde. Da seither kein MRI mehr durchgeführt worden sei, könne auch nicht behauptet werden, dass diese Diskushernie ohne Operation nicht mehr vorhanden sei. Auch wenn sichere radikuläre Ausfälle fehlten, könnten solche Hernien nach wie vor radikuläre Schmerzen oder vor allem radikuläre Reizungen verursachen. Dadurch würden auch leichte Tätigkeiten, zum Beispiel im Sitzen, sehr negativ beeinflusst. Sicher habe sich beim Beschwerdeführer aus einem akuten Beginn

eines lumboradikulären Syndroms eine Chronifizierung entwickelt. Umso mehr können auch viele angepasste Tätigkeiten nicht in Frage. Zudem sei der Beschwerdeführer auf das Einlegen größerer Pausen angewiesen (Urk. 8/78).

E. 5.3

5.3.1 Das Gutachten des Zentrums W.____ vom 11. September 2006 (Urk. 8/71) basiert auf umfassenden (internistischen [inklusive neurologischen], rheumatologischen und psychiatrischen) Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt.

5.3.2 In somatischer Hinsicht stellen die Gutachter des Zentrums W.____ fest, dass der Beschwerdeführer unter einem persistierenden, chronifizierten und weitgehend therapieresistenten lumbovertebralen und lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit/beginnenden degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, insbesondere der Bandscheibe L4/L5, aktuell ohne klinisch objektivierbare radikuläre Ausfälle, sowie unter einem chronischen cervicovertebralen Schmerzsyndrom mit/bei leichter Fehlf orm und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule leidet und ihm deswegen eine körperliche Schwerarbeit auf dem Bau oder als Baggerführer nicht mehr zumutbar ist (Urk. 8/71/16 und Urk. 8/71/19).

Für eine körperlich leichte, rucksackchonende und wechselbelastende Tätigkeit attestieren die Gutachter dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/71/19).

Diese Einschätzung beruht auf den Erhebungen von M.____, FMH physikalische Medizin und Rehabilitation, in ihrem Bericht der rheumatologischen Untersuchungsbefunde vom 23. August 2006 (Urk. 8/71-25-28). Sie führt aus, an klinisch und radiologisch objektivierbaren Befunden hätten sich beim Beschwerdeführer mässige degenerative Veränderungen der unteren Halswirbel- sowie der Lendenwirbelsäule, ohne zur Zeit klinisch objektivierbare radikuläre Ausfälle, insbesondere auch nicht im Bereich der unteren Extremitäten, gefunden. Es bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen den geklagten und den demonstrierten Beschwerden im Vergleich zu den klinisch und radiologisch objektivierbaren Befunden. Zur Zeit liege kein Anhaltspunkt für eine Kompressionssymptomatik der Wurzel L4 rechts bei im MRI der Lendenwirbelsäule vom 27. März 2003 radiologisch dokumentierter Diskushernie L4/L5 mit Luxat und Kompression der Wurzel L4 rechts vor. Wie bereits anlässlich der EFL vom Oktober 2004 festgestellt, beständen ein ausgeprägtes Schmerzverhalten und eine Tendenz zur Selbstlimitierung. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer, wie er sich zur Zeit präsentiere, für körperliche Schwerarbeiten nicht einsetzbar und vor allem auch nicht vermittelbar. Für körperlich angepasste Tätigkeiten bestehe jedoch aus rheuma-orthopädischer Sicht keine rentenberechtigende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/71/27).

Die von M.____ vorgenommene Beurteilung steht mit den von ihr erhobenen Untersuchungsbefunden ("Normosomer, 53-jähriger, etwas vorgealtert wirkender Explorand, Waddellzeichen mehrheitlich positiv. Spricht und versteht nur wenig Deutsch, wirkt etwas abweisend-verschlossen, bewegt sich allgemein vorsichtig, etwas versteift-verlangsamt, jedoch uneingeschränkt. Trägt auch im Monat August lange Unterhosen und Wärmehandagen. Gangbild hinkfrei, etwas breitspurig-unsicher, hinkfrei, Zehen- und Fersenstand wegen mangelnder Kooperation nicht prüfbar. Hält sich beim Gehen und Stehen an Gegenständen fest. Wirbelsäule mit physiologischen

Krümmungen, Beweglichkeit der Halswirbelsäule nach rechts wegen aktiver Abwehrspannung kaum möglich, während unbeobachtet die Rotation nach rechts deutlich besser möglich ist. Muskulatur paravertebral und im Schultergürtelbereich locker, ohne palpable Myogelosen oder Verspannungen. Bei Prüfung der Funktionen der Lendenwirbelsäule groteske Ausweichbewegungen sowie aktive Abwehrspannung, nach etwas Ablenkung ist die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule noch um höchstens ein Drittel in allen Bewegungsrichtungen eingeschränkt. Keine radikulären Ausstrahlungen. Paravertebrale Muskulatur symmetrisch, ohne wesentlichen Hartspann. Schultergelenke beidseits wegen aktiver Abwehrspannung kaum prüfbar, die linke Schulter ist deutlich druckdolent ohne eigentliche Prädilektion der Fibromyalgiepunkte. Kapsel selbst ohne Veränderungen. Äußerige Gelenke der oberen Extremitäten reizlos und voll beweglich bei aktiver Abwehrspannung. Ebenso nach Überwinden einer aktiven Abwehrspannung weitgehend voll bewegliche Hüft- und Kniegelenke ohne Synovitiden oder Deformitäten, unauffällige Sprunggelenke und Füße. Neurostatus ungestört, bei aktiver Abwehrspannung der Lasègue'schen Probe.") sowie den Ergebnissen der Röntgenuntersuchungen im Zentrum W. ___ vom 23. August 2006 ("LWS a.p./seitlich: Physiologische Lordose, beginnende Osteochondrose Th12/L1 bei Status nach leichtem Morbus Scheuermann, Diskopathie/hinterverminderter Intervertebralraum L3/L4, ansonsten unauffällige Befunde; HWS a.p./seitlich: leichte Streckstellung, mässige Osteochondrose C5/C6, beginnend auch C6/C7; Linke Schulter i.r. und a.r.: Weitgehend unauffällige Schultergelenkskonturen ohne degenerative oder sonstige Veränderungen mit normal hohem Intervertebralraum und humeroglenoidalem Gelenkspalt." [Urk. 8/71/27]) in Einklang, ebenso auch mit den von N. ___, Fachärztin für Neurochirurgie, vom Zentrum W. ___ erhobenen internistischen und neurologischen Untersuchungsbefunden ("Neurologische Untersuchung: [...] Haltung aufrecht, normal tonisiert. Gang langsam, unflüssig ausgeführt. Die Durchführung erschwerter Stand- und Gangproben wird verweigert. Muskulatur normoton und normotroph. Keine latenten oder manifesten Paresen. In der Kraftprüfung jedoch verminderter Krafteinsatz sowohl beim Faustschluss als auch der Fuss- und Zehenhebung und -senkung. Muskeleigenreflexe ohne Seitendifferenz unter mittellebhaft erhöhtlich. Pyramidenbahnzeichen negativ. Keine pathologischen Reflexe. Keine Störungen der Bewegungskoordination. FNV [Fingernasenversuch] beidseits prompt und zielgenau, Durchführung des KHV [Kniehackenversuches] verweigert. Angabe einer generellen Hyposensibilität im Bereich der gesamten linken Körperhälfte" [Urk. 8/71/11]).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä B. ___ sowie die Ärzte des Zentrums V. ___ erhoben im Gutachten vom 10. August 2004 resp. im Bericht vom 6. Oktober 2004 im Wesentlichen die gleichen objektiven Befunde und Diagnosen wie die Gutachter des Zentrums W. ___ (Urk. 8/25/4-6 und Urk. 8/39/2). Insbesondere fanden die genannten Ärzte - in Kenntnis der Ergebnisse des MRI vom 27. März 2003 (Urk. 8/24/3) - klinisch ebenfalls keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik (Urk. 8/25/8, Urk. 8/39/2). Dementsprechend gehen grundsätzlich auch sie davon aus, dass aus somatischer Sicht eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist (Urk. 8/25/8 und Urk. 8/39/2).

5.3.3 Ä Ä Die im Gutachten des Zentrums V. ___ vom 11. September 2006 aus somatischer Sicht vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erscheint deshalb überzeugend.

5.3.4.1 Die Berichte von A.____ an die Beschwerdegegnerin vom 4./8. Dezember 2003 (Urk. 8/14) sowie an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 20. Dezember 2006 (Urk. 8/78) enthalten keine Angaben, welche die gutachterliche Beurteilung zu widerlegen vermöchten.

Die von A.____ in seinem Bericht vom 4./8. Dezember 2003 gestellten Diagnosen (Urk. 8/14/1) stimmen im Wesentlichen mit denjenigen im Gutachten des Zentrums W.____ vom 11. September 2006 überein. Sodann wies A.____ - in Übereinstimmung mit den Gutachtern - ausdrücklich darauf hin, dass keine sicheren neurologischen Ausfälle vorhanden seien (Urk. 8/14/2). Warum er dem Beschwerdeführer für eine behinderungsangepasste Tätigkeit gleichwohl lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 8/14/4), tut er nicht begründet dar. Es entsteht daher der Eindruck, dass er bei seiner Einschätzung massgeblich auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellt hat, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Dies wäre aber erforderlich gewesen (vgl. Erwägung 5.4.3).

Was die Stellungnahme von A.____ vom 20. Dezember 2006 (Urk. 8/78) zum Bericht der rheumatologischen Untersuchungsbefunde von M.____ vom Zentrum W.____ vom 23. August 2006 betrifft, so hat diese darin keineswegs festgestellt, dass die Diskushernie, welche im MRI der Lendenwirbelsäule vom 27. März 2003 gefunden worden war, nicht mehr vorhanden sei. Sie hat lediglich darauf hingewiesen, dass zur Zeit "klinisch" kein Anhaltspunkt für eine Kompressionssymptomatik der Wurzel L4 rechts bestehe (Urk. 8/71/27). Eine solche wurde gemäss seinen eigenen Angaben im Bericht vom 20. Dezember 2006 auch von A.____ selbst nicht beobachtet.

Die Ausführungen von A.____ in seinen Berichten vom 8. Dezember 2003 und 20. Dezember 2006 vermögen deshalb die Beweiskraft des Gutachtens des Zentrums W.____ vom 11. September 2006 nicht zu erschüttern, zumal auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc, BGE 122 V 160 Erw. 1c, je mit Hinweisen).

Gestützt auf die überzeugenden Feststellungen der Gutachter des Zentrums W.____ kann somit ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass aus somatischer Sicht für eine behinderungsangepasste (körperlich leichte, rückschonende, wechselbelastende) Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

5.4.1

5.4.1.1 Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht basiert auf den Feststellungen von L.____ in ihrem Bericht der psychiatrischen Untersuchungsbefunde vom 23. August 2006 (Urk. 8/71/22-24). Unter dem Titel "Beurteilung" führt sie darin an, der Beschwerdeführer leide unter einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5). Zwar seien bei ihm 2003 eine lumbale foraminale Stenose festgestellt und anlässlich der Infiltration beidseits möglicherweise eine gewisse radikuläre Reizung ausgelöst worden, jedoch seien bis heute keine neurologischen Defizite feststellbar. Hingegen hätten sich mit der Arbeitsunfähigkeit 2003 sowie dem anschliessenden Stellenverlust die psychosoziale Situation des Beschwerdeführers und sein Selbsterleben massiv verschlechtert. Subjektiv habe er dadurch die Autorität innerhalb der Familie verloren, die erwachsenen Kinder seien vermehrt eigene Wege

gegangen und hätten nicht mehr auf den Vater gehört. Ausser Arbeiten habe er kaum Interessen gehabt, und es sei ihm nicht gelungen, einen alternativen Lebensplan oder neue Ziele zu entwerfen. Das Haus im Heimatland, für welches er so hart gearbeitet habe, sei zerstört. Die Grundstimmung sei leicht depressiv, es rechtfertige sich zurzeit aber keine eigenständige depressive Erkrankung. Dennoch sei aus therapeutischer Sicht der Einsatz eines Antidepressivums ernsthaft zu prüfen, ebenso die Etablierung von Tagesstruktur sowie allenfalls rehabilitativer Behandlungskonzepte. Aus psychiatrischer Sicht könne heute, gerade bei unbehandeltem Zustandsbild, nicht von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 8/71/24).

Die Beurteilung von L.____ lässt sich zwar mit den von ihr erhobenen Befunden ("[...] Er ist wach und in allen Qualitäten orientiert. Die Intelligenz ist normal. Der Denkprozess ist formal geordnet, inhaltlich auf die Schmerzsymptomatik eingengt. Die kognitiven Funktionen sind intakt, insbesondere ist die Merkfähigkeit objektiv normal. Subjektiv beurteilt sich der Explorand als vergesslich. Keinerlei Hinweise für wahnhaftes Erleben, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Die Grundstimmung ist traurig bis dysphorisch. Herr A. ist aber affektiv durchaus zugänglich und auch schwingungsfähig. Er wirkt etwas ratlos bezüglich der eigenen Situation und Zukunft. Seinen Selbstwert setzt er tief an, da er ohne Beruf sei. Er sieht sich als einen Menschen, der in seinem Leben viel gearbeitet habe und nun als Verlierer dastehe, der nichts mehr zu erwarten habe. Einen Zusammenhang zwischen seiner psychischen Befindlichkeit und seiner Schmerzsymptomatik sieht er nicht. Der Antrieb ist leicht vermindert. Während der Untersuchung steht der Explorand mehrmals auf und zeigt auf die diversen schmerzhaften Bereiche seines Bewegungsapparates. Suizidalität wird verneint. Die Introspektionsfähigkeit erscheint in der heutigen Untersuchung eher gering." [Urk. 8/71/23-24]) in Einklang bringen. Gleichwohl vermag sie nicht ohne weiteres zu überzeugen, und zwar aus folgenden Gründen:

5.4.2.2 Wie erwähnt, wurde der Beschwerdeführer vorgängig einerseits - im Rahmen der im Zentrum V.____ getätigten Abklärungen - durch C.____ und andererseits - im Auftrag der Beschwerdegegnerin - durch D.____ psychiatrisch beurteilt, wobei ihm C.____ wegen einer prolongierten gemischten Anpassungsstörung mit Störung der Gefühlslage und des Sozialverhaltens (F43.25) sowie einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (F62.1, Differentialdiagnose: anhaltend somatoforme (undifferenzierte) Schmerzverarbeitungsstörung, Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen [F68]) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 60 % (Urk. 8/39/19) und D.____ wegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einer generalisierten Angststörung mit Hyperventilationssyndrom und Panikattacken (ICD-10 F41.1), einer depressiven Entwicklung (ICD-10 F34.1) sowie wegen eines Verdachtes auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (Urk. 8/50/9-11).

Liegen - wie hier - ärztliche Beurteilungen vor, welche von der Beurteilung des Gutachters resp. der Gutachterin erheblich abweichen, so hat er resp. sie sich damit auseinanderzusetzen (vgl. Erwägung 3.5).

L.____ vom Zentrum W.____ hat sich in ihrem Bericht der psychiatrischen Untersuchungsbefunde vom 23. August 2006 (Urk. 8/71/22-24) zu den Beurteilungen von C.____ und D.____ nicht geäußert.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf den Bericht von C. ___ vom 1. September 2004 (Urk. 8/39/12-24) kann dies zwar als lässlich bezeichnet werden. Die von ihm gemachten Ausführungen sind nämlich - für den Rechtsanwender - keineswegs verständlich. Der gewählte Aufbau sowie die Formulierungen verunmöglichen es insbesondere, zwischen theoretischen (medizinischen resp. pseudo-juristischen) und objektiv eigenen tatsächlichen Feststellungen resp. Wertungen zu unterscheiden, und damit auch, die von ihm vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit präferend nachzuvollziehen. Der Bericht von C. ___ vom 1. September 2004 erfüllt die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. Erwägung 3.5) daher ohnehin nicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was den Bericht von D. ___ vom 1. März 2005 betrifft, so führt er darin zu den von ihm gestellten Diagnosen (Urk. 8/50/9) aus, in den Schilderungen des Beschwerdeführers über sein früheres Leben sei ein narzisstisch gefärbter Stolz zum Vorschein gekommen. Durch die rückenbedingte Arbeitsunfähigkeit sei er überaus in narzisstische Minderwertigkeits- und Nutzlosigkeitsgefühle gefallen, welche den Boden für die depressive Entwicklung gebildet hätten. Resultat dieser Umstände sei eine chronische Suizidalität. In Form einer wechselseitigen Verstärkung sei es zu ablehnenden Reaktionen, Unverständnis seitens seiner Familie und zu Agitation und Gereiztheit beim Beschwerdeführer gekommen, sodass eine streitvolle Atmosphäre in der Familie zu herrschen scheine. Als bedeutender als diese Depressivität erachte er für die Entwicklung der Schmerzverarbeitungsstörung eine Angstsymptomatik. Eine solche sei zwar nicht in der früheren Anamnese des Beschwerdeführers zu eruieren. Sie habe aber von Anfang an bestanden, als seine Rückenschmerzen immer schlimmer geworden seien. Sie habe sich in einer psychovegetativen Stresssymptomatik, welche zum Beispiel nervöse Magenbeschwerden und Tinnitus umfasse, ausgedrückt. Der Beschwerdeführer habe Angst gehabt vor jeglichen Arztbesuchen, vor einer Operation, welche im Spital U. ___ diskutiert worden sei, und vor der Cortison-Injektion, welche die Schmerzsymptomatik denn auch definitiv fixiert gelassen habe. Von ärztlicher Seite sei jedes Mal ein psychopathologisches Verhalten aufgefallen, so dass im Spital U. ___ ein Psychologe zugezogen worden sei. B. ___ habe in ihrem Gutachten von Aggravationstendenz und Hyperventilation gesprochen, im Zentrum V. ___ habe man Hinweise für eine Symptomausweitung, eine zu tiefe Selbsteinschätzung, eine zu hohe Einstufung der Schmerzintensität sowie übermässige Muskelverspannungen bei den funktionellen Untersuchungen gefunden. Der Beschwerdeführer selber habe stets Angst gehabt, falsch eingeschätzt zu werden. Er könne seine Rückenproblematik kognitiv zu wenig überblicken. Durch sie seien Ängste aufgekommen, welche sich generalisiert und ein Hyperventilationssyndrom verursacht hätten und in der Folge Panikattacken auslösten, zum Beispiel nachts. Zur Hyperventilation gehörten Parästhesien in allen Extremitäten, die Mundtrockenheit, die Atemnot und der Schwindel. Wegen der generalisierten Angststörung stehe der Beschwerdeführer in einer dauernden Agitation, sei psychisch überhaupt nicht mehr belastbar, zum Beispiel äusserst geräuschempfindlich, gereizt, habe häufiges Herzklopfen und Zittern und gerate in Todesangst. Der chronische psychische Stress habe zu Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen geführt. Die Schmerzsymptomatik werde durch die Ängste verschlimmert, so dass der Beschwerdeführer wegen beidem chronische Schlafstörungen habe. Zur Agitation gehöre auch die Pollakisurie. Wegen der Panikattacken habe sich die Angst weiter verschlimmert, der Beschwerdeführer verliere

die Kontrolle über seinen Körper. Seit der Begutachtung im Zentrum V. ___ im August 2004 habe er resigniert (Urk. 8/50/10).

Wohl entsteht der Eindruck, dass D. ___ bei dieser Beurteilung massgeblich auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellt hat, ohne diese sowie sein Verhalten kritisch zu hinterfragen. Gleichwohl hätte L. ___ die Beurteilung von D. ___ nicht einfach unbeachtet lassen dürfen, zumal dieser, zumindest, was die Diagnosen betrifft, die Plausibilität nicht von vornherein abgesprochen werden kann. L. ___ hätte sich daher vertieft damit auseinandersetzen müssen. Insbesondere hätte sie begründet dartun müssen, weshalb sie - im Gegensatz zu D. ___, welcher die Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sowie die ausgeprägte Selbstlimitierung im Rahmen einer krankheitswertigen Angstproblematik zu interpretieren scheint - zum Schluss gelangt, dass keine psychische Komorbidität (vgl. Erwägung 3.1) vorliegt. In diesem Zusammenhang hätte sie sich auch zum ausgeprägten Schmerzverhalten des Beschwerdeführers äussern resp. dieses aus psychiatrischer Sicht werten müssen. Diesem hat sie indessen in ihrer Beurteilung offenbar - ebenfalls - keine Beachtung geschenkt.

Auch anlässlich der mit den beteiligten Spezialärztinnen des Zentrums W. ___ durchgeführten Konsensfindung (vgl. Urk. 8/71/17) scheint das ausgeprägte Schmerzverhalten des Beschwerdeführers kein Thema gebildet zu haben. Dies, obwohl N. ___ und M. ___ vom Zentrum W. ___ anlässlich der internistischen/neurologischen resp. rheumatologischen Untersuchung - ebenfalls - überdeutliche Schmerzäusserungen, demonstrierte Schonbewegungen und Verweigerung von Untersuchungsgängen resp. eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen den geklagten und demonstrierten Beschwerden und den klinisch und radiologisch objektivierbaren Befunden, ein ausgeprägtes Schmerzverhalten sowie eine Tendenz zur Selbstlimitierung festgestellt hatten (Urk. 8/71/9 und Urk. 8/71/27).

5.4.3 Wird - wie hier - eine Diskrepanz zwischen den geklagten und demonstrierten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden festgestellt, so stellt sich die Frage, ob und inwieweit die geklagten Beschwerden bewusst oder bewusstseinsnah zur Durchsetzung eigener Wünsche (zum Beispiel nach Versorgung, Zuwendung oder Entlastung von unangenehmen Pflichten) gegenüber Dritten eingesetzt werden ("sekundärer Krankheitsgewinn") und damit letztlich willentlich zu überwinden wären oder ob die "Schmerzkrankheit" den Lebensablauf und die Lebensplanung soweit übernommen hat, dass eine Überwindbarkeit - willentlich und/oder durch Therapie - nicht mehr möglich erscheint. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine zunächst bewusst eingesetzte Schmerzsymptomatik sich im Rahmen einer Chronifizierung zunehmend verselbständigen kann und schliesslich nicht mehr willentlich zu beeinflussen ist. Allein die Tatsache lange dauernder Beschwerden schliesst eine bewusstseinsnahe Steuerbarkeit jedoch nicht aus. Hinweise auf eine selbstbestimmte Steuerbarkeit der Beschwerden geben unter anderem der Rückzug von unangenehmen Tätigkeiten (zum Beispiel Beruf, Haushalt), jedoch nicht von den angenehmen Dingen des Lebens (zum Beispiel Hobbys, Vereine, Haustiere; vgl. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF] zur "Begutachtung von Schmerzen", AWMF-Leitlinien-Register Nr. 030/102, Seite 10, abrufbar im Internet unter <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF> ; vgl. Erwägung 3.1).

Ob und inwieweit beim Beschwerdeführer eine selbstbestimmte Steuerbarkeit der Beschwerden besteht, kann - mangels einlässlicher Auseinandersetzung mit seinen Angaben sowie seinem Verhalten - weder dem Gutachten von D. ___ vom 1. März 2005 (Urk. 8/50) noch demjenigen des Zentrums W. ___ vom 11. September 2006 entnommen werden (Urk. 8/71).

Auch der Bericht von F. ___ und G. ___ an die Beschwerdegegnerin vom 8. Dezember 2006 (Urk. 8/76) gibt darüber keinen Aufschluss. 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). Der Bericht von F. ___ und G. ___ vom 8. Dezember 2006 erweist sich deshalb - ebenfalls - als nicht beweistauglich.

5.5 Es ergibt sich somit, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht abschliessend beurteilen lässt.

6. Demnach kann aufgrund der vorliegenden Akten ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass für eine behinderungsangepasste (körperlich leichte, rückschonende, wechselbelastende) Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. In psychischer Hinsicht erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt hingegen als ergänzungsbedürftig. Dabei erscheint angesichts der Diskrepanz zwischen den geklagten resp. demonstrierten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sowie der auffälligen Selbstlimitierung zur vollständigen Abklärung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine psychiatrische Begutachtung in einem stationären Rahmen erforderlich.

Die Sache ist daher zur gründlichen neutralen psychiatrischen Oberbegutachtung in einem stationären Rahmen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der Gutachter soll sich in vertiefter Auseinandersetzung mit den Vorakten, insbesondere dem psychiatrischen Gutachten von D. ___ vom 1. März 2005 (Urk. 8/50) sowie dem - Bestandteil des Gutachtens des Zentrums W. ___ vom 11. September 2006 (Urk. 8/71/1-28) bildenden - Bericht der psychiatrischen Untersuchungsbefunde von L. ___ vom 23. August 2006 (Urk. 8/71/22-24) zum psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer den somatischen Beschwerden angepassten (körperlich leichten, rückschonenden, wechselbelastenden) Tätigkeit seit März 2003 äussern. Insbesondere soll er klare Befunde und - den rechtsprechungsgemässen Kriterien (BGE 131 V 50 Erw. 1.2) genügende - Diagnosen erheben. Dabei soll er auch die von B. ___ in ihrem rheumatologischen Gutachten vom 10. August 2004 (Urk. 8/25) sowie von N. ___ und M. ___ vom Zentrum W. ___ anlässlich der internistischen/neurologischen resp. der rheumatologischen Untersuchungen vom 9. resp. 23. August 2006 (Urk. 8/71/9-11 und Urk. 8/71/25-29) gemachten Beobachtungen zum Verhalten des Beschwerdeführers berücksichtigen resp. allenfalls in einen psychiatrischen Kontext einreihen. Ferner soll er auch die Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter somatoformer Schmerzstörungen und damit vergleichbarer Störungen sowie zur Bedeutung psychosozialer und soziokultureller Faktoren im Zusammenhang psychischer Leiden berücksichtigen (BGE 127 V 294 und Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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 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.