

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00575 vom 26. Januar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-01-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00575](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00575)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00575 du 26 janvier 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00575 del 26 gennaio 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 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 die angefochtene Verfügung am 3. März 2007 erging (vgl. 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.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

1.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66

### E. 2

/

### E. 3

3.1 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, diagnostizierte am 30. Mai 2002 ein HWS-Distorsionstrauma. Im Bereich von C3/4 bestehe beidseits eine Irritationszone. Der Patient leide unter paravertebralem

Muskelhartspann zervikal; die HWS-Beweglichkeit sei in allen Richtungen aufgehoben. Die radiologische Untersuchung habe keine ossären Läsionen ergeben; auch neurologische Ausfälle beständen nicht. Es sei eine analgetische und physikalische Therapie veranlasst worden. Seit der Auffahrkollision vom 2. Mai 2004 und bis auf Weiteres sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig (vgl. Urk. 8/6 S. 104).

         Am 8. Juli 2002 gab Dr. Y.\_\_\_\_ an, weil der Patient weiterhin unter starken Zervikalgien, Zephalea sowie Schwindel leide, habe er die Arbeit noch nicht wieder aufnehmen können. Die medikamentösen und physiotherapeutischen Massnahmen dauerten an; die Konsultationen fänden in ein- bis zweiwöchigen Abständen statt. Es sei ein bleibender Nachteil in Form rezidivierender Zervikalgien und von Zephalea zu erwarten (vgl. Urk. 8/6 S. 65).

3.2       Nachdem er den Beschwerdeführer am 16. August 2002 untersucht hatte, hielt SUVA-Kreisarzt Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 8/6 S. 53-55) fest, der Beschwerdeführer habe - glaubhaft (vgl. Urk. 8/6 S. 54) - angegeben, sofort nach dem Unfall "verschlagene" Ohren gehabt zu haben. Wenige Stunden später seien Nacken- und Rückenschmerzen aufgetreten, die seither persistierten und sich eher noch verschlimmert hätten. Bewegungsabh ngig komme es zu stechenden, rhythmisch schlagenden Schmerzen im Hinterkopf, im Nackenansatz, im Nacken sowie im linksseitigen Rücken- und Lumbalbereich (vgl. Urk. 8/6 S. 53). Der Patient weise lumbovertebral einen völlig steifen Gang auf; objektiv lasse sich - mit Ausnahme eines paravertebralen Hartspanns und einer gewissen Klopfdolenz der Wirbelsäule - kaum ein klinischer Befund erheben (vgl. Urk. 8/6 S. 54). Die anfänglich ad quate Therapie sei - aus unerklärlichen Gründen - vor einem Monat eingestellt worden. Nebst der anstehenden rheumatologischen sei auch eine neurologische Untersuchung indiziert. Der Patient habe sich motiviert gezeigt, bald wieder gesund zu werden und arbeiten zu gehen (vgl. Urk. 8/6 S. 55).

3.3       Nach mehrmaliger ambulanter Behandlung des Beschwerdeführers zwischen dem 19. August und dem 16. September 2002 stellten die Ärzte des Universitätsspitals W.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, am letztgenannten Datum nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 8/6 S. 47):

- Zervikospondylogenes und zervikozephalisches Syndrom
- Status nach Auffahrunfall am 4. April 2002 [richtig: 4. Mai 2002]; seither 100%ige Arbeitsunfähigkeit
- Status nach HWS-Akzelerations-/Dezelerationstrauma II (Quebec-Task-Force)
- radiologisch degenerative Zeichen C5-C7
- vegetative Begleitsymptome
- Lumbospondylogenes und myofasiales Syndrom
- Fehlhaltung/Fehlform (Flachr cken, Kopfprotraktion, Skoliose)
- Insertionstendinopathie Ramus pubis links

         Die Beweglichkeit der HWS sei - anders als diejenige der Brust- und Lendenwirbelsäule - eingeschränkt, wobei es - bei multiplen Myotendinosen - zu einem weichen Stopp der Rotationsbewegungen komme. Bereits initial seien lumbovertebrale

Symptome aufgetreten. Lumbal beständen Klopfdolenz über der mittleren LWS; die radiologische Untersuchung habe eine Spondylarthrose L5/S1 und einen höher gestellten Femurkopf rechts ergeben, was möglicherweise Grund für eine Verstärkung der lumbalen Beschwerden und der pelvinen Insertionstendinopathien sei. Hinweise für eine radikuläre Symptomatik beständen keine. Zwei von fünf Waddell-Zeichen seien positiv (vgl. Urk. 8/6 S. 48).

Im Zusammenhang mit den spondylogenen, vertebralen und myofaszialen Beschwerden sei eine primär detonisierende und sekundär muskelstärkende Physiotherapie initiiert worden, die im Verlauf eine gewisse Besserung gebracht habe, wobei es intermittierend zu einer Verschlechterungen in Form einer Insertionstendinopathie der Adduktorenmuskulatur des linken Beins gekommen sei. Anamnestisch persistierten ein Tinnitus und optische Sensationen. Es sei eine medikamentöse Behandlung verordnet und - angesichts der Chronifizierungstendenzen, der Beeinträchtigung des familiär-sozialen Gefüges und der lange dauernden Arbeitsunfähigkeit - die Aufnahme des Patienten in einem ambulanten interdisziplinären Schmerzprogramm veranlasst worden (vgl. Urk. 8/6 S. 48).

3.4 Die Ärzte des Universitätsklinikums W., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, gelangten nach Durchführung des Assessments für das Ambulante Interdisziplinäre Schmerz-Programm (AISP) in ihrem Bericht vom 16. Oktober 2002 (Urk. 8/6 S. 37) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer die Aufnahmekriterien nicht erfülle. Es habe sich gezeigt, dass dessen grösstes Problem die bestehende Arbeitsunfähigkeit respektive die Erhaltung der Arbeitsstelle sei. Insofern erscheine eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) als sinnvoll. Sobald die entsprechenden Ergebnisse vorliegen, könne entschieden werden, ob eine arbeitsreintegrative Massnahme indiziert sei, um den Patienten bei der Rückkehr in die Arbeitswelt zu unterstützen.

3.5 Nachdem sie den Beschwerdeführer anlässlich der Sprechstunde für allgemeine Neurologie vom 28. Oktober 2002 untersucht hatten, stellten die Ärzte des Universitätsklinikums W., Neurologische Klinik und Poliklinik, in ihrem gleichentags verfassten Bericht folgende Diagnosen (vgl. Urk. 8/6 S. 41):

- Status nach Verkehrsunfall mit Heckkollision am 4. Mai 2002 mit/bei
- HWS-Distorsion

- konsekutiv: Zervikozephal und lumbovertebrales Syndrom Eher unsystematisierter Schwindel, Tinnitus beidseits Verdacht auf Anpassungsstörung

Der Patient leide unter multiplen Beschwerden bei Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion. Residuell bestehe noch ein - zervikozephal betontes - Panvertebralsyndrom bei leichter Fehlhaltung, myofaszialen Befunden sowie leicht eingeschränkter HWS-Beweglichkeit. Hinweise für eine zervikale Myelopathie oder eine Radikulopathie hätten sich keine ergeben. Die festgestellte Anpassungsstörung mit reaktiv-depressiver Entwicklung sei bedeutsam für das Ausmass der geklagten Beschwerden. Die Ursache der unspezifischen Schwindelbeschwerden mit zeitweiser Gangunsicherheit bleibe vorerst unklar (vgl. Urk. 8/6 S. 42). Differentialdiagnostisch sei eine peripher-vestibuläre Störung möglich; diesbezüglich ständen noch weitere Abklärungen an (apparativer Kopfpulstest). Klinische Hinweise für eine

zentral-vestibuläre oder Hirnstammaffektion fehlten jedoch. Ob der seit dem Unfall ausgeprägte beidseitige Tinnitus tatsächlich pulssynchron sei, lasse sich angesichts der - aus sprachlichen Gründen - schwierigen Anamneseerhebung derzeit nicht sicher beurteilen (vgl. Urk. 8/6 S. 42 f.).

3.6 Die Ärzte des Universitätsspitals W. \_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, gaben in ihrem Schreiben vom 1. November 2002 (Urk. 8/6 S. 35) an SUVA-Kreisarzt Dr. Z. \_\_\_\_, wenn medikamentös und physiotherapeutisch auch gewisse Fortschritte erzielt werden können, so bestehe im Wesentlichen ein kompliziertes Schmerzproblem mit dysfunktionalen Bewältigungsmustern im Rahmen des zerviko- und lumbospondylogenen Syndroms mit myofaszialer Komponente. Zur Ausschöpfung sämtlicher therapeutischer Möglichkeiten erscheine eine mehrwöchige intensive Rehabilitation als sinnvoll. Ein Arbeitsversuch wäre derzeit wohl kaum erfolgsversprechend.

3.7 Die Ärzte des Universitätsspitals W. \_\_\_\_, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, stellten - auf entsprechende Anfrage der SUVA hin - am 5. November 2002 die Diagnose einer Contusio labyrinthi links und gaben an, der Patient sei am 20. Februar 2002 von einem harten Gegenstand im Gesicht und am linken Ohr getroffen worden, was linksseitig zu einem Tinnitus und zu einer mittelgradigen kombinierten Schwerhörigkeit geführt habe, wobei Letztere anlässlich der Kontrolluntersuchung vom 3. April 2002 nur noch in leichtgradiger Form bestanden habe (vgl. Urk. 8/6 S. 44).

3.8 Die am 10. Dezember 2002 im Hinblick auf eine mögliche peripher-vestibuläre Unterfunktion durchgeführte Magnetokulographie ergab beim horizontalen Kopfpulstest normale Werte. Auf eine Testung in vertikalen Richtungen wurde wegen der starken HWS-Verspannungen des Patienten verzichtet (vgl. Bericht Universitätsspital, Neurologische Klinik und Poliklinik, vom 10. Dezember 2002, Urk. 8/6 S. 21).

3.9 Vom 8. Januar bis 5. Februar 2003 wurde der Beschwerdeführer im Rahmen eines stationären Aufenthalts von den Ärzten der Rehaklinik F. \_\_\_\_ behandelt. Diese stellten in ihrem Austrittsbericht vom 6. Februar 2003 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 8/6 S. 2):

- Auffahrunfall am 4. Mai 2002
- HWS-Akzelerations- und Dezelerations-Trauma (Quebec-Task-Force Grad II)
- Degenerative Veränderungen C5-7 (vorbestehend)

Die aktuell bestehenden nachstehende Probleme (vgl. Urk. 8/6 S. 2):

- Zervikospondylogenes und zervikozephalisches Syndrom
- Tinnitus beidseits
- Lumbospondylogenes und myofasziales Syndrom mit Fehlhaltung/ Fehlf orm (Flachrücken, Kopfprotraktion, Skoliose), Insertionstendinopathie Ramus pubis links
- Der funktionelle Zugang zum Patienten sei weder in der Physio- noch in der Ergotherapie möglich gewesen. In Vordergrund habe die - die den Beschwerdeführer gänzlich vereinnahmende - Schmerzsymptomatik gestanden. Einzig

passive Massnahmen hätten kurzzeitig zu einer gewissen Symptomreduktion geführt. Im Rahmen der funktionellen ergotherapeutisch-neurologischen Behandlungseinheit habe der Patient das Training - wegen bereits bei geringer Arbeitsbelastung zunehmender Schmerzen - jeweils schon nach kurzer Zeit abgebrochen. Selbst das Ziel, ein Training während 30 Minuten durchzuhalten, habe er nicht erreicht. Aufgrund der Leistungsverweigerung und geringen Kooperation seitens des Beschwerdeführers habe der Basistest nicht durchgeführt werden können. Das psychosomatische Konsilium vom 4. Februar 2003 habe eine leichtere psychotraumatologische Störung ergeben, deren Behandlung als sinnvoll erscheine (vgl. Urk. 8/6 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt finde sich neun Monate nach dem Unfall mit HWS-Distorsionstrauma bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen der HWS (C5-7) noch ein schweres zervikospondylogenes und -zepales Schmerzsyndrom, das durch die psychotraumatologische Störung noch aggraviert werde. In Anbetracht der starken Leistungsverweigerungshaltung und der Schwierigkeiten, eine Schmerzbehandlung mittels aktiver physio- und ergotherapeutischer Massnahmen durchzuführen, bestehe seitens des Patienten keinerlei Bereitschaft, seine Arbeitsfähigkeit unter Beweis zu stellen. Ursache der 100%igen Arbeitsunfähigkeit seien rein psychiatrische Gründe (vgl. Urk. 8/6 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nebst der weiteren hausärztlichen Behandlung sei die Aufnahme einer Psychotherapie angezeigt und bereits in die Wege geleitet worden; ambulante physiotherapeutische Massnahmen erschienen derzeit nicht als indiziert (vgl. Urk. 8/6 S. 2).

3.10 Ä Ä In ihrem im Auftrag der IV-Stelle verfassten Bericht vom 14. Februar 2003 (Urk. 8/9) stellten die Ärzte der Rehaklinik F. \_\_\_ nachstehende, die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnosen (vgl. Urk. 8/9 S. 1):

- Zervikospondylogenes und zervikozepales Syndrom
- Lumbospondylogenes und myofasiales Syndrom mit/bei
- Fehlhaltung und Fehlform
- Status nach Akzelerations- und Dezelerationstrauma der HWS nach Unfall vom 4. Mai 2002

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die zudem bestehenden degenerativen Veränderungen C5-C7 wirkten sich nicht auf die Leistungsfähigkeit aus. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter bestehe auch nach dem Klinikaufenthalt vom 8. Januar bis 5. Februar 2003 noch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Diese lasse sich unter psychotherapeutischer Behandlung steigern; auf physio- und ergotherapeutischer Ebene sei ein struktureller Zugang zur Problematik des Patienten nicht möglich, insofern erbrügten sich entsprechende Massnahmen. Zunächst müsse eine Verbesserung des psychophysischen Gesundheitszustands erreicht werden; erst dann werde sich zeigen, ob eine Rückkehr in die angestammte Tätigkeit möglich sei beziehungsweise ob berufliche Massnahmen in Betracht fielen (vgl. Urk. 8/9 S. 1). Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht erforderlich (vgl. Urk. 8/9 S. 2). Betreffend sämtliche psychischen Funktionen (Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit sowie Belastbarkeit) bestehe - aufgrund der psychotraumatologischen Störung (ICD-10 F43.2) - eine Einschränkung psychosomatischer Natur (vgl. Urk. 8/9 S. 6), aus der eine vollständige Arbeitsunfähigkeit resultiere (vgl. Urk. 8/9 S. 4). Hinsichtlich der physischen Funktionen

können die Arbeitsbelastbarkeit nicht beurteilt werden, hätten entsprechende Tests doch wegen der Leistungsverweigerung des Patienten abgebrochen werden müssen (vgl. Urk. 8/9 S. 5).

3.11 Dr. Y. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 13. Februar 2003 (Urk. 8/7 S. 1-4) folgende seit Mai 2002 bestehenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/7 S. 1):

- Chronisches zerviko- und lumbospondylogenes Syndrom bei/mit
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 4. Mai 2002
- Tinnitus

In der angestammten Tätigkeit als Hilfsschweisser [richtig: Spleisser] bestehe seit dem 4. Mai 2002 und bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit; eine leidensangepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer - im Halbtagspensum - seit Februar 2003 wieder zumutbar (vgl. Urk. 8/7 S. 1 und S. 4). Sämtliche psychischen Funktionen (Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit) seien beeinträchtigt (vgl. Urk. 8/7 S. 4). In physischer Hinsicht beständen - in unterschiedlichem Ausmass - Einschränkungen betreffend das Heben und Tragen von Lasten, das Hantieren mit Werkzeugen, die Haltung und Beweglichkeit, die Fortbewegung, das Gleichgewicht und die Balance sowie Tätigkeiten in Nässe, Kälte und Hitze. Zudem bestehe eine Hörbehinderung in Form eines Tinnitus; das Sehvermögen sei dagegen intakt. Auch die Beidhändigkeit sei nicht eingeschränkt (vgl. Urk. 8/7 S. 3). Der Gesundheitszustand des Patienten verschlechtere sich zunehmend; eine Begutachtung sei indiziert (vgl. Urk. 8/7 S. 2).

3.12 In seinem am 4. April 2003 verfassten Zwischenbericht (Urk. 8/13 S. 7) gab Dr. Y. \_\_\_ an, der Patient leide weiterhin und Zervikalgien, Zephalea und neuropsychologischen Defiziten. Es habe sich keine Besserung eingestellt; weiterhin bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Zur Zeit erfolge eine medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung. Es sei mit einem bleibenden Nachteil in Form von Zervikalgien zu rechnen.

Am 13. Juni 2003 berichtete Dr. Y. \_\_\_ über im Wesentlichen unveränderte Beschwerden beziehungsweise eine weitgehende Therapieresistenz (vgl. Urk. 8/17 S. 10).

3.13 Nach neunzehn Therapiesitzungen stellte Dr. med. A. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, am 8. Juli 2003 folgende - bei Status nach Distorsionstrauma der HWS am 4. Mai 2002 bestehende - Diagnosen (vgl. Urk. 8/17 S. 6):

- Chronisches Schmerzsyndrom im Kopf- und Nackenbereich sowie im tiefen Rücken
- Anpassungsstörung mit depressiven Angstelementen

Im Verlauf der Behandlung habe sich die depressive Dimension etwas aufgehellt, und die Ängstlichkeit habe leicht abgenommen. Die Intensität des Schmerzsyndroms habe sich dagegen bis anhin nicht beeinflussen lassen (vgl. Urk. 8/17 S. 7).

3.14 Dr. Y. \_\_\_ gab am 9. September 2003 an, bei unveränderter Diagnose leide der Patient weiterhin unter Zephalea, Zervikalgien und Schwindel. Die medikamentöse und physikalische Therapie dauere an; in zwei- bis dreiwöchigen Abständen

Konsultationen statt. Es sei mit einer Persistenz der Beschwerden zu rechnen (vgl. Urk. 8/19 S. 13).

3.15. Lic. phil. I B. \_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, hielt am 21. November 2003 fest, der Patient leide weiterhin unter starken chronischen Schmerzen, die ihn rasch ermüden und körperliche Belastungen nicht mehr ertragen liessen, wobei es mittlerweile auch zu einem sozialen Rückzug gekommen sei. Die psychische Symptomatik werde dominiert von einer resignativen Entmutigung, grosser Angst und Sorge in Bezug auf den Gesundheitszustand einerseits seiner Ehefrau, die seit dem Unfall ebenfalls unter einem starken Schmerzsyndrom leide, und andererseits seines jüngsten Sohns, bei dem seit der Auffahrkollision Ein- und Durchschlafstörungen, nächtliches Weinen und ein Aufmerksamkeitsdefizit persistierten. Auch der Verlust der Arbeitsstelle, finanzielle Schwierigkeiten und die ungünstige Wohnsituation (sehr laute Wohnung bei Lärmempfindlichkeit) stellten eine Belastung dar. Im Alltag erfahre der Beschwerdeführer, der wiederholt seine massiven körperlichen Beschwerden geschildert habe, kaum Ablenkung (vgl. Urk. 8/19 S. 9).

Im Verlaufe der Therapie habe sich die verzweifelnde, hoffnungslose und hilflos-depressive Symptomatik etwas aufgehellt. Noch immer beständen aber infolge der permanenten Schmerzen sowie der stark eingeschränkten Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit grosse Zukunftsängste. Die stark stützenden und strukturierenden Gespräche sowie das Besprechen der belastenden familiären Situation brächten eine gewisse Entspannung. Durch Entspannungsübungen könne auch eine kurzfristige Ablenkung von den Schmerzen erreicht und das Erkennen schmerzverstärkender Faktoren gefördert werden; allerdings fühle sich der Patient diesbezüglich schnell überfordert. Auch beim Erlernen der Entspannungsübungen habe sich die verminderte Belastbarkeit und die eingeschränkte mentale Flexibilität des Beschwerdeführers gezeigt. Letztere führe zu einer schnellen Destabilisierung und Überforderung; dies und die geringe Schulbildung verunmöglichten es dem Patienten, selbständig nach alternativen Strategien im Umgang mit seinen Schmerzen und seiner neuen Lebenssituation zu suchen (vgl. Urk. 8/19 S. 9 f.).

Dass die geschilderten Therapiefortschritte sich in Grenzen hielten, sei vor dem Hintergrund der komplexen medizinisch-psychiatrischen Situation und der noch kurzen Therapiedauer nicht verwunderlich. In der weiteren Behandlung werde es angesichts der limitierenden Unfallfolgen vordergründig darum gehen, ein adäquates Coping mit einer weiteren Aktivierung zu erarbeiten. Ob damit auch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, sei fraglich (vgl. Urk. 8/19 S. 10).

3.16. Am 11. August 2004 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der SUVA von den Ärzten des Universitätsospitals W. \_\_\_\_, Neurologische Klinik und Poliklinik, untersucht. Im gleichentags verfassten Gutachten (Urk. 8/22 S. 5-11) hielten diese fest, die objektivierbaren Befunde seien aus neurologischer Sicht als zervikospondylogenes und -zephales Syndrom bei Status nach Akzelerations- und Dezelerationstrauma der HWS zu interpretieren; auch die diffusen Schwindelbeschwerden könnten - zumindest teilweise - in diesem Rahmen gedeutet werden. Die anamnestisch zudem bestehenden psychischen respektive psychiatrischen Symptome seien am ehesten unter die Diagnose einer Anpassungsstörung zu subsumieren. Da sie beim Exploranden allerdings sehr ausgeprägt vorhanden und offenbar Hauptursache von dessen Arbeitsunfähigkeit seien, erscheine diesbezüglich eine psychiatrische Begutachtung sinnvoll. Aus neurologischer

Sicht bestehe eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 8/22 S. 9).

3.17. Am 16. August 2004 berichtete lic. phil. I B. über eine im Wesentlichen unveränderte Symptomatik, wobei zwischenzeitlich im Zusammenhang mit der in psychischer Hinsicht dominierenden resignativen Entmutigung eine medikamentöse Behandlung erfolge, was zu einer leichten Abnahme der Nervosität und inneren Unruhe geführt habe (vgl. Urk. 8/22 S. 16). Weiterhin mache sich der Beschwerdeführer erhebliche Sorgen im Hinblick auf die Zukunft und um seine gesundheitlich ebenfalls angeschlagene Ehefrau, den jüngeren Sohn, dem zwischenzeitlich allerdings mit Ritalin etwas habe geholfen werden können, und neu auch den ältesten Sohn, den die familiäre Situation nun offensichtlich auch zu belasten beginne, was sich darin äussere, dass er sich von einem fröhlichen, aufgeweckten zu einem sehr ernsten und verschlossenen Kind gewandelt habe. Der Patient wünsche sich eine Fortsetzung der Therapie, die einen Beitrag zur Stabilisierung des noch labilen emotionalen Zustands leisten könne und stützende wie auch strukturierende Funktion habe (vgl. Urk. 8/22 S. 16 f.).

3.18. In ihrem Bericht vom 23. März 2005 stellte lic. phil. I B. folgende Diagnosen (vgl. Urk. 12/140 S. 1 im Prozess Nr. UV.2007.00017):

- Chronisches Schmerzsyndrom im Bereich von Kopf, Nacken und tiefem Rücken
- Anpassungsstörung mit depressiven und Angstelementen bei
- Status nach Distorsionstrauma der HWS

Die bisherige Behandlung habe insofern eine Besserung gebracht, als die depressiven Verstimmungen und die Ängste etwas hätten reduziert werden können. Zudem habe eine Stärkung des Selbstwertgefühls sowie eine gewisse Stabilisierung, Beruhigung und Entspannung erreicht werden können (vgl. Urk. 12/140 S. 1 im Prozess Nr. UV.2007.00017).

3.19. Nachdem er den Beschwerdeführer am 9. und 17. Mai 2005 untersucht hatte, gab Dr. med. C., Facharzt FMH für Neurologie, Computer-Tomographie, am 18. Mai 2005 an, es beständen ein Status nach Auffahrkollision am 4. Mai 2002 mit persistierendem, bis anhin therapieresistentem Zervikalsyndrom mit Zervikobrachialgie links sowie Hinweise auf eine C6-Symptomatik mit myofaszialer Symptomatik. Die Untersuchungen hätten eine medio-laterale bis intraforaminale Protrusion C5/6 nach links und eine linksparemediane Protrusion C6/7, eine Einengung bis Stenosierung des linken Foramens C6/7, eine Osteochondrose und eine Spondylose C5/6 und C6/7 sowie Zeichen einer muskulären Dysbalance bei Rotationsbewegung der HWS mit ausgeprägter Hypomobilität C2 bis C7 links (mit Blockaden) ergeben (vgl. Urk. 8/24 S. 17).

Die angestammte Tätigkeit sei aus physischen Gründen nicht mehr zumutbar, könne der - links dominante - Beschwerdeführer doch die bis zum Unfall ausgeübte Arbeit nicht einhändig erledigen. Inwieweit die Gesundheit des Patienten auch aus psychischen Gründen beeinträchtigt sei, müsse von einem entsprechenden Facharzt beurteilt werden. Es sei eine medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung angezeigt (vgl. Urk. 8/24 S. 17).

3.20. In ihrer am 3. Oktober 2005 gestützt auf die Akten verfassten Beurteilung (Urk. 8/32 S. 6-9) hielt Dr. med. D., Fachärztin FMH für Neurologie, Versicherungsmedizin der SUVA, im Wesentlichen fest, die medikamentösen und physikalischen Behandlungsmethoden seien ausgeschöpft; die Weiterführung der

stützenden Psychotherapie erscheine dagegen als sinnvoll (vgl. Urk. 8/32 S. 8). Während die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im Bericht des Neurologen Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. Mai 2005 [richtig: 18. Mai 2005; vgl. Urk. 8/24 S. 16] - sowohl aus formellen als auch aus materiellen Gründen - nicht zu überzeugen vermöge, könne auf das neurologische Gutachten der Ärzte des Universitätsspitals W.\_\_\_\_ vom 11. August 2004 (Urk. 8/22 S. 5-11) vollumfänglich abgestellt werden. Die Einholung einer weiteren neurologischen Einschätzung erübrige sich daher (vgl. Urk. 8/32 S. 8 f.).

3.21 Nachdem sie den Beschwerdeführer am 15. und 16. März 2006 internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht hatten, stellten die Ärzte der MEDAS in ihrem Gutachten vom 18. Juli 2006 (Urk. 8/34) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/34 S. 17):

- Chronisches zervikozephalisches sowie zervikospondylogenes Syndrom mit
- Spannungskopfschmerzen mit migräniformer Komponente
- Verdacht auf analgetikainduzierte Kopfschmerzkomponente
- keine Hinweise auf zervikales, radikuläres, sensibles oder motorisches Reiz- oder Ausfallssyndrom
- Status nach Heckauffahrkollision mit HWS-Distorsion am 4. Mai 2002 (anamnestisch keine Anhaltspunkte für erlittenes MTBI)
- degenerativen Veränderungen der HWS
- muskulärer Dysbalance
- Fehlhaltung bei thorakolumbovertebralem bis spondylogenen Syndrom
- Thorakolumbovertebrales bis spondylogenes Syndrom bei/mit
- Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung
- muskulärer Dysbalance
- Leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 8/34 S. 17):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- Sakkadierte Augenfolgebewegungen Differentialdiagnose: medikamentös bedingt bei Polypharmakotherapie
- Arterielle Hypertonie (anamnestisch)

Aufgrund der objektivierbaren somatischen Befunde bestehe eine leicht verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans, insbesondere der Nacken-/Schulterregion, was sich einschränkend auswirke in Bezug auf Tätigkeiten, die das Heben und Tragen schwerer Lasten oder das Arbeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen, in länger dauernder vornüber geneigter Haltung, mit repetitiv rumpfrozierenden Stereotypen oder im Nackenbereich erforderten. Die vom Exploranden angegebenen gelegentlichen Konzentrationsschwierigkeiten träten gegenüber den psychischen Beschwerden, die sich unter anderem in Form von Stimmungsschwankungen, Schlaflosigkeit und Angstgefühlen äusserten, deutlich in den Hintergrund (vgl. Urk.

8/34 S. 18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus somatischer Sicht bestehe derzeit betreffend körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten - worunter auch die angestammte Arbeit als Kabelleger, insoweit diese das Heben von Kabelrollen und Schachtdeckeln erfordere, falle - mit wiederholt unangenehmsten, die HWS und den Rücken belastenden Körperhaltungen und Tragbelastungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer - wirbelsäulenadaptierten - leichten bis allenfalls mittelschweren Tätigkeit sei der Explorand dagegen zu 70 %, in einer körperlich leichten Tätigkeit, die in wechselnden Positionen ausgeübt werden könne, gar zu 90 % arbeitsfähig (vgl. Urk. 8/34 S. 18). Unter Berücksichtigung der psychischen Symptomatik bestehe in einer den somatischen Leiden Rechnung tragenden Tätigkeit eine 80 bis 90%ige Arbeitsfähigkeit. Die psychisch bedingte Einschränkung sei lediglich qualitativer Natur; dem Exploranden sei zwar ein volles Pensum zumutbar, dabei bestehe aber ein erhöhter und regelmässiger Pausenbedarf. Im Hinblick auf die depressive Symptomatik beziehungsweise die damit einhergehende Verminderung des Umstellungsvermögens sowie der Stress- und Frustrationstoleranz erschienen Tätigkeiten, bei denen der Beschwerdeführer unter Zeitdruck stehe, als eher ungeeignet (vgl. Urk. 8/34 S. 19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts der chronischen Kopfschmerzsymptomatik und der neu festgestellten leicht sakkadierten Augenfolgebewegung sei - um eine pontozerebelläre Pathologie ausschliessen zu können - eine MRI-Untersuchung des Schädels indiziert. Während aufgrund des Verdachts auf eine analgetikainduzierte Kopfschmerzkomponente eine versuchsweise Reduktion der Polypharmakotherapie als sinnvoll erscheine, sei die Fortführung der psychopharmakotherapeutischen Behandlung angezeigt. Sobald sich eine Verbesserung der psychischen Grundkonstellation eingestellt habe, sei ein rekonditionierendes Bewegungstraining durchzuführen, damit der Explorand das Vertrauen in die eigenen körperlichen und handwerklichen Fähigkeiten zurückerlangen könne (vgl. Urk. 8/34 S. 19).

3.22 Ä Ä Dr. med. E. \_\_\_\_, Regionalärztlicher Dienst (RAD) der IV, hielt in seiner gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahmen vom 26. Juli 2006 beziehungsweise vom 10. Oktober 2006 (vgl. Urk. 8/37 S. 5 f.) fest, gestützt auf das Gutachten der MEDAS vom 18. Juli 2006 (Urk. 8/34) sei von einer seit dem Unfall vom 4. Mai 2002 bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Spleissgehilfe auszugehen. In einer - leidensangepassten - leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer dagegen zu 70 % und in einer leichten Verweisungstätigkeit, die Positionswechsel ermögliche, gar zu 90 % arbeitsfähig, wobei ihm die Wiederaufnahme einer Arbeit angesichts der leichtgradigen HWS-Distorsion zwölf Wochen nach dem fraglichen Unfall, mithin am 4. August 2002, möglich gewesen sei (vgl. Urk. 8/37 S. 6).

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä In formellrechtlicher Hinsicht ist davon auszugehen, dass eine Verletzung des rechtlichen Gehörs im Rahmen des Vorbescheidverfahrens, wie sie gerügt wurde (Urk. 1 S. 4, vgl. Erw. 2.2 hievon), nicht vorliegt. Denn der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer vermochte seine Einwände auch ohne die beantragte persönliche Besprechung ausreichend und angemessen vorzutragen (vgl. Urk. 8/42, Urk. 8/46). Die Beschwerdegegnerin ihrerseits prüfte die schriftlichen Einwendungen und legte - darauf



beziehungsweise Spleisser - mit wiederholt unangenehmen, die HWS und den Nacken belastenden Körperhaltungen und Tragbelastungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In einer leichten bis mittelschweren, den Wirbelsäulenbeschwerden Rechnung tragenden Beschäftigung attestierten sie dem Beschwerdeführer dagegen eine 70%ige und in einer leichten, in Wechselpositionen ausübbarer Tätigkeit gar eine 90%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/34 S. 18).

Die Einschätzung findet in den von den Experten in physischer Hinsicht erhobenen Befunden und gestellten Diagnosen nicht nur eine überzeugende Begründung, sondern ist entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Urk. 1 S. 18) auch durchaus vereinbar mit dem rheumatologischen (Urk. 8/34 S. 21-26) und dem neurologischen (Urk. 8/34 S. 27-36) Teilgutachten. Während in Letzterem in einer geeigneten Verweistätigkeit, wie sie im Gesamtgutachten umschrieben wurde (vgl. Urk. 8/34 S. 18), eine 90%ige Restarbeitsfähigkeit attestiert wurde (vgl. Urk. 8/34 S. 35), bescheinigte der Rheumatologe der MEDAS in Bezug auf eine die Wirbelsäulenbeschwerden berücksichtigende, körperlich leichte Tätigkeit an sich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Allerdings hielt er es im Hinblick auf eine erfolgreiche Reintegration in den Arbeitsprozess für sinnvoll, dem Beschwerdeführer - gerade auch angesichts des mit der psychischen Situation einhergehenden Schon- und Meideverhaltens mit Selbstlimitierung und fortschreitender Bewegungsunfähigkeit - die Möglichkeit zu gewähren, während einer Anfangsphase vermehrt - in einem das volle Pensum um 30 % reduzierten Umfang - Pausen einzulegen (vgl. Urk. 8/34 S. 25). Die vom Beschwerdeführer behauptete 70%ige, allenfalls steigerbare Restarbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit beruht demnach auf einer Fehlinterpretation des rheumatologischen Teilgutachtens der MEDAS (Urk. 8/34 S. 21-26) und findet auch in den weiteren medizinischen Akten keine Stütze. So gingen die Neurologen des Universitätsspitals W. in ihrer Expertise vom 11. August 2004 ebenfalls von einer - allerdings auch in der angestammten Tätigkeit bestehenden - 90%igen Restarbeitsfähigkeit aus (Urk. 8/22 S. 9), und Dr. C.'s Bericht vom 18. Mai 2005 (Urk. 8/24 S. 16-18) ist zu entnehmen, dass der genannte Neurologe in Bezug auf eine den Leiden des Beschwerdeführers Rechnung tragende Tätigkeit gar von einer aus physischen Gründen unbeeinträchtigten Arbeitsfähigkeit ausging, wobei der von ihm gemachte Vorbehalt betreffend den Einsatz des linken Arms (vgl. Urk. 8/24 S. 17) weder aufgrund seiner eigenen Beurteilung noch im Hinblick auf die weiteren medizinischen Akten nachvollziehbar ist.

Dass gemäss den Gutachtern der MEDAS aus psychiatrischer Sicht lediglich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Form eines - die Leistungsfähigkeit um 10 % reduzierenden - erhöhten Pausenbedarfs besteht, vermag angesichts der wenig erheblichen Befunde und der diagnostizierten leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom beziehungsweise der als gering ausgeprägt taxierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (vgl. Urk. 8/34 S. 41) einzuleuchten, wurde vom Beschwerdeführer denn zu Recht auch nicht bestritten (vgl. Urk. 1) und wird im Übrigen weder im Bericht des Psychiaters Dr. A. (Urk. 8/17 S. 6 f.) noch von der behandelnden Psychologin lic. phil. I B. (Urk. 8/19 S. 9 f., Urk. 8/22 S. 16 f., Urk. 12/140 im Prozess Nr. UV.2007.00017) in Frage gestellt. So äusserten sich der genannte Arzt respektive die genannte Therapeutin nie konkret zur Auswirkung der psychischen Störung auf die Leistungsfähigkeit. Ob und gegebenenfalls inwieweit der

Beschwerdeführer allenfalls in der Lage wäre, die - sich aus psychischer Sicht einzig auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende - leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom bei zumutbarer Willensanstrengung zu überwinden (vgl. dazu BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3), kann dahin gestellt bleiben, da die fragliche Störung keine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zeitigt, als es bereits die somatischen Beschwerden tun.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ist gestützt auf das in keiner Hinsicht zu beanstandende Gutachten der MEDAS vom 18. Juli 2006 (Urk. 8/34) davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer seinen Wirbelsäulenbeschwerden gerecht werdenden, mit geringem Zeitdruck einhergehenden und keine hohen Anforderungen an das Umstellungsvermögen stellenden Tätigkeit wieder zu 90 % arbeitsfähig ist, wobei im Rahmen der Reintegration in den Arbeitsprozess während der Einstiegsphase ein erhöhter Pausenbedarf zu berücksichtigen ist.

4.2.3 Ä Ä Betreffend den Zeitpunkt des Beginns der attestierten Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit äusserten sich die Experten der MEDAS nicht. Angesichts des Umstandes, dass in Bezug auf die somatischen Beschwerden im Laufe der Zeit immer wieder über eine Therapieresistenz berichtet wurde (vgl. Berichte Dr. Y. \_\_\_ vom 4. April 2003 [Urk. 8/13 S. 7], vom 13. Juni 2003 [Urk. 8/17 S. 10] und vom 9. September 2003 [Urk. 8/19 S. 13]) beziehungsweise entsprechenden Behandlungen die Erfolgsaussichten von vornherein abgesprochen wurden (vgl. Berichte Rehaklinik F. \_\_\_ vom 6. Februar 2003 [Urk. 8/6 S. 2] und vom 14. Februar 2003 [Urk. 8/9 S. 1]) und sich im Laufe der Zeit ein im Wesentlichen unverändertes somatisches Beschwerdebild präsentierte, ist davon auszugehen, dass, wenn nicht bereits zwölf Wochen nach dem Unfall (vgl. Stellungnahme RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ vom 10. Oktober 2006, Urk. 8/37 S. 6), so jedenfalls noch vor Ablauf der einjährigen Wartezeit (vgl. Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG) nach der Auffahrkollision vom 4. Mai 2002 in einer leidensangepassten, körperlich leichten Tätigkeit wieder eine 90%ige Arbeitsfähigkeit bestand. Dass dem Beschwerdeführer von den behandelnden Ärzten ab dem Zeitpunkt der Auffahrkollision eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden war (vgl. etwa Berichte Dr. Y. \_\_\_ vom 30. Mai 2002 [Urk. 8/6 S. 104] und vom 8. Juli 2002 [Urk. 8/6 S. 65], Bericht Rehaklinik F. \_\_\_ vom 6. Februar 2003 [Urk. 8/6 S. 3]) vermag daran insofern nichts zu ändern (vgl. Urk. 1 S. 19 f.), als sich diese Einschätzungen auf die angestammte Tätigkeit beziehen, in der anerkanntermassen weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht (vgl. Gutachten der MEDAS vom 18. Juli 2006 [Urk. 8/34 S. 18], Verfügung der IV-Stelle vom 3. März 2007 [Urk. 2 S. 2]).

4.3 Ä Ä Ä Ä Da sich der Beschwerdeführer bei der IV-Stelle nicht verspätet zum Leistungsbezug angemeldet hatte (vgl. Urk. 8/1 S. 7) und das Wartejahr angesichts des am 4. Mai 2002 erlittenen Unfalls im Mai 2003 ablief, ist der Invaliditätsgrad gestützt auf einen Einkommensvergleich bezogen auf das Jahr 2003 zu ermitteln. Gemäss Auskunft des früheren Arbeitgebers hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2003 ohne Gesundheitsschaden einen Monatslohn von Fr. 4'650.-- (vgl. Arbeitgeberbericht vom 11. Februar 2003 [Urk. 8/4 S. 2]) - mithin ein Jahreseinkommen von Fr. 60'450.-- - erzielt. Aus den Akten geht hervor, dass zusätzlich zu diesem Salär bis zum Jahr 2003 jeweils für das vorhergehende Jahr eine einmalige Prämie ausgerichtet und - ebenfalls bis zum Jahr 2003 - zudem eine Entschädigung für Überstunden geleistet wurde (vgl. Urk. 12/159-163 im Prozess Nr. UV.2007.00017). Im Auszug aus dem individuellen Konto

(Urk. 8/8) ist denn für das Jahr 2001 auch ein - den vertragsmässigen Lohn übersteigendes - Einkommen von Fr. 66'570.-- ausgewiesen. Ausgehend von diesem Betrag und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 1,8 % beziehungsweise 1,4 % in den beiden darauf folgenden Jahren (vgl. Die Volkswirtschaft 12-2008, S. 94 f., Tabelle B10.2) ist für das Jahr 2003 von einem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 68'717.-- auszugehen.

Bei der Ermittlung des entsprechenden Invalideneinkommens ist auf den monatlichen Bruttolohn gemäss Anforderungsniveau 4 der zur Anwendung gelangenden LSE 2002 abzustellen. Der standardisierte monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für Männer im privaten Sektor betrug im Jahr 2002 bei Ausübung von einfachen und repetitiven Tätigkeiten und einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden Fr. 4'557.-- (vgl. LSE 2002, S. 43, Tabelle TA1). Unter Berücksichtigung der betrieblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2003 und der zwischen 2002 und 2003 eingetretenen Nominallohnentwicklung von 1,4 % (vgl. Die Volkswirtschaft 12-2008, S. 94 f., Tabellen B9.2 und B10.2) resultiert Fr. 4'817.-- pro Monat respektive ein Jahreseinkommen von Fr. 57'804.-- beziehungsweise - unter Berücksichtigung der Leistungseinbusse von 10 % (vgl. Urk. 8/34 S. 18 f.) - ein solches von Fr. 52'024.--. Der von der IV-Stelle gewährte leistungsbedingte Abzug vom Tabellenlohn von 15 % (vgl. Urk. 2 S. 2) erscheint unter Berücksichtigung der aufgrund der persistierenden Beschwerden erforderlichen zusätzlichen Arbeitspausen, die - bei vollem Arbeitspensum - eine Leistungseinschränkung von 10 % bedeuten, und der Beschränkung auf körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, die wenig Zeitdruck mit sich bringen und geringe Ansprüche an die Flexibilität stellen (vgl. Urk. 8/34 S. 18 f.), sowie angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2003 erst 40 Jahre alt war und über die Niederlassungsbewilligung C verfügte (vgl. Urk. 8/2 S. 1), als angemessen (vgl. dazu BGE 129 V 472 Erw. 4.2.3). Aus dem Vergleich des - folglich mit Fr. 44'220.-- zu beziffernden - Invalideneinkommens und des Valideneinkommens von Fr. 68'717.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von rund (vgl. BGE 130 V 121) 36 %. Die Verfügung der IV-Stelle vom 3. März 2007 (Urk. 2) ist daher im Ergebnis nicht zu beanstanden.

5. Da der vorliegende Prozess nicht aussichtslos war, der Beschwerdeführer - angesichts der Beendigung des Krankentaggeldanspruchs per Ende Oktober 2007 (vgl. Urk. 9 S. 3 und Urk. 10/4 im Prozess Nr. UV.2007.00017, Urk. 8/44), der per 31. Oktober 2005 eingestellten Leistungen der SUVA (vgl. Urk. 8/32 S. 1 f., Urk. 8/32 S. 1 f.), des von der Ehefrau erzielten Nettoeinkommens von rund Fr. 3'500.-- monatlich (vgl. Urk. 9 S. 3 und Urk. 10/5 im Prozess Nr. UV.2007.00017), der beiden noch minderjährigen Söhne (vgl. Urk. 9 S. 4 im Prozess Nr. UV.2007.00017) und des Fehlens von Vermögen (vgl. Urk. 9 S. 2 und Urk. 10/1 im Prozess Nr. UV.2007.00017) - bedürftig ist und die anwaltliche Verbeiständung (in Anbetracht des Umstandes, dass der Beschwerdeführer, der über keine Rechtsschutzversicherung verfügt [vgl. Urk. 9 S. 1 im Prozess Nr. UV.2007.00017], rechtsunkundig ist und am Ausgang dieses Prozesses ein erhebliches Interesse hat) geboten war, ist ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und in der Person von Rechtsanwalt Dominique Chopard, Zürich, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen (BGE 103 V 47, 100 V 62, 98 V 117).

Mit Honorarnote vom 15. Dezember 2008 (Urk. 10) machte der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers einen Aufwand von 7,08 Stunden

und Barauslagen im Betrag von Fr. 19.50 geltend. Der verrechnete Zeitaufwand erscheint - auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass vorliegend aufgrund des ähnlich gelagerten Prozesses Nr. UV.2007.00017 Synergien bestanden - als angemessen. Unter Berücksichtigung eines praxisgemässen Stundenansatzes von Fr. 200.-- sowie der Barauslagen von Fr. 19.50 (je zusätzlich Mehrwertsteuer) ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit einem Betrag von Fr. 1'544.60 aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

6. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 800.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht beschliesst:

1. Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Prozessführung gewährt und in der Person von Rechtsanwalt Dominique Chopard ein unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt.

2. Der Beschwerdeführer und sein Vertreter werden auf § 92 ZPO aufmerksam gemacht.

und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dominique Chopard, wird mit Fr. 1'544.60 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dominique Chopard
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â

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

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÄ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des BeschwerdefÄ¼hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÄ¼nden hat (Art. 42 BGG).

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