

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00908 vom 29. April 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00908

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00908 du 29 avril 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00908 del 29 aprile 2011

Erwägungen

E. 2

2.1 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: 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).

3.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1.1 Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dem Versicherten sei die Ausübung der bisherigen Tätigkeit auf dem Bau nicht mehr zumutbar. Gestützt auf die Beurteilung von Kreisärztin Dr. H. ___ vom 8. August 2008 seien behinderungsangepasste Tätigkeiten zu 100 % zumutbar. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 72'338.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 51'920.-- resultiere ein Invaliditätsgrad von 28 % (Urk. 2; vgl. auch Urk. 33/164, 8/76/175-177).

3.2.1.1.1.1 Der Beschwerdeführer lässt in der Beschwerde im Wesentlichen geltend machen, im Rahmen der durch das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum vermittelten Einsätze sei klar geworden, dass er die durch Dr. H. ___ attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % für leidensangepasste Tätigkeiten nicht einhalten könne. Vielmehr sei von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen (Urk. 1 S. 5, S. 7). Er beanstande, dass die IV-Stelle kein polydisziplinäres Gutachten veranlasst und sich einzig auf die SUVA-Akten abgestützt habe (Urk. 1 S. 6, S. 7). Die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht verletzt (Urk. 11 S. 5). Unklar sei zudem, ob die IV-Stelle von einem Invaliditätsgrad von 35 % oder 28 % ausgehe (Urk. 1 S. 6). Sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen seien von der SUVA bei der Invaliditätsgradberechnung falsch ermittelt worden (Urk. 1 S. 8, 11 S. 5 f.). In der weiteren Stellungnahme vom 14. März 2011 lässt er festhalten, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auf das detaillierte, schlüssige und nachvollziehbare Gutachten von Prof. Dr. I. ___ abzustellen (Urk. 37 S. 3). Die zusätzliche Beurteilung von Kreisarzt-Stellvertreter Prof. Dr. med. K. ___ vermöge das Gutachten nicht in Frage zu stellen. Weitere Abklärungen seien nicht erforderlich (Urk. 37 S. 4 ff.).

3.2.1.1.1.1 Die IV-Stelle hält in der Beschwerdeantwort fest, es gehe um die Beurteilung von reinen Unfallfolgen. Die von der SUVA vorgenommenen medizinischen Abklärungen seien widerspruchsfrei und nachvollziehbar und darauf könne abgestellt werden (Urk. 1 S. 2 f.). Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens sei die Tätigkeit als Hauswart zu Recht weiterhin berücksichtigt worden (Urk. 7 S. 3). Für die Bestimmung des Valideneinkommens könne nicht der gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung massgebliche versicherte Verdienst herangezogen werden (Urk. 14 S. 2). Das Gutachten von Prof. Dr. I. ___ sei insoweit mangelhaft, als es die Vorakten nicht wärdige und sich damit nicht auseinandersetze. Es sei unklar, gestützt auf welche objektivierbaren Befunde er zu einem anderen Ergebnis komme als die vor ihm beurteilenden Ärzte. Auch die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht näher begründet worden (Urk. 20 S. 2, 21). Selbst mit der Ergänzung vermöge Prof. Dr. I. ___ diese Mängel nicht zu beheben (Urk. 27).

3.3.1.1.1.1 Strittig und zu prägen ist zunächst einmal der Umfang der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit. Die für das Unfallereignis zuständige SUVA erachtet gemäss ihrer Beurteilung vom 25. November 2010 eine polydisziplinäre Abklärung und Behandlung in der J. ___ für

notwendig (Urk. 33/192, 38/2). Nachfolgend wird im Hinblick darauf und die entsprechenden Parteienträge besonders zu prüfen sein, ob die medizinischen Unterlagen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausreichen oder ob ergänzende Abklärungen nötig sind.

E. 4

4.1.1. Im Bericht vom 31. Januar 2006, zwei Wochen nach der Entfernung des Osteosynthesematerials, hielt Kreisarzt Dr. med. L. ____, Arzt für Chirurgie, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten fest. Dass der Versicherte die ursprüngliche Tätigkeit wieder aufnehmen könne, hielt er für eher unwahrscheinlich (Urk. 8/3/32; vgl. auch Urk. 8/3/16, 8/3/12). Gemäss den Angaben der Ärzte des M. ____, vom 3. Mai 2006 kam es regelmässig vor allem gegen Abend zu einem Anschwellen des gesamten linken Fusses. Die Ärzte äusserten den Verdacht auf Vorliegen eines chronischen regionalen Schmerzsyndroms und hielten als Befunde unter anderem eine Hyperalgesie im Bereich des gesamten OSG, eine leicht vermehrte Behaarung im Vergleich zur Gegenseite und eine diffuse Weichteilschwellung im gesamten OSG-Bereich fest (Urk. 8/3/4). Dr. E. ____ diagnostizierte gegenüber der Invalidenversicherung im Bericht vom 24./26. Juli 2006 belastungsabhängige Schmerzen im Sprunggelenk links mit Konturvergrößerung, eine klinisch und radiologisch nachweisbare Arthrose im Ellbogengelenk rechts mit Bewegungseinschränkung sowie ein rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom bei segmentaler Dysfunktion der Lendenwirbelsäule und bei myofaszialem Schmerzsyndrom der paravertebralen Muskulatur (Urk. 8/19/5). Der Versicherte sei für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit voll arbeitsfähig (Urk. 8/19/6). Entsprechend schätzte auch Dr. F. ____ die Arbeitsfähigkeit ein (Urk. 8/21/6; vgl. auch Angaben von Dr. med. N. ____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst vom 20. September 2006, Urk. 8/34/2).

1.1.1.1. Nach der Beurteilung von Kreisarzt Dr. G. ____ vom 5. Oktober 2006 war aufgrund des aktuellen Schwellungszustandes die Zumutbarkeit für eine leichte Tätigkeit mit Wechselbelastung vornehmlich im Sitzen, unterbrochen durch Gehen und Stehen, nicht vollschichtig, sondern nur halbtags gegeben (Urk. 8/29/5). Dr. G. ____ erachtete unter anderem eine weiterführende Abklärung zur Sicherung der Verdachtsdiagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) für notwendig (Urk. 8/29/5). Die am 24. November 2006 durchgeführte Skelettszintigraphie ergab kein ossäres oder artikuläres Schmerzkorrelat (Urk. 8/35/7). Ab dem 29. Januar bis zum 11. September 2007 fand eine Behandlung in der O. ____ statt (Urk. 8/52/19, 8/52/18, 8/52/16). Gemäss Bericht des P. ____ vom 10. September 2007 zeigten die Röntgenaufnahmen des linken OSG eine normal breite Spalte des OSG jedoch eine fleckige Inaktivitätsosteoporose und es bestand eine diffuse Weichteilschwellung; es wurde die Frage nach Vorliegen einer Algodystrophie gestellt (Urk. 8/52/6). Kreisarzt Dr. L. ____ erachtete am 2. April 2008 eine Vorstellung bei der Fussprechstunde der Q. ____ für angezeigt, zur Prüfung der Frage, ob die medizinischen Möglichkeiten für eine Besserung des Zustandes ausgeschöpft seien (Urk. 8/55/11). Nach der Beurteilung dieser Ärzte vom 29. Mai 2008 waren die Restbeschwerden gut zu erklären mit einem Nervenschaden sowie einem artikulären Schaden mit beginnender Arthrose im oberen und unteren Sprunggelenk. Sie empfahlen unter anderem eine neurologische Abklärung mit EMG zur Evaluation des Nervenschadens am Fuss, womit ebenfalls herausgefunden werden konnte, ob der Versicherte von einer subtalaren oder OSG-Arthrodese profitieren könnte. Da der Versicherte keinen weiteren Eingriff auf sich nehmen wolle, sei jedoch

eine weitere Abklärung nicht indiziert (Urk. 8/57/19).

4.2. Gegenüber Dr. H. ___ gab der Versicherte am 8. August 2008 an, Schmerzen seien im ganzen OSG-Bereich insbesondere im Bereich des medialen, etwas weniger im Bereich des lateralen Malleolus vorhanden. Es beständen auch leichte Schmerzen im Bereich der Ferse plantar. Im Mittelfussbereich und in den Zehen seien keine Schmerzen vorhanden. Der Fuss sei stets geschwollen, abends deutlich mehr als morgens. Beim Gehen intensivierten sich die Schmerzen. Dr. H. ___ ging von der verminderten Belastbarkeit des Sprunggelenks und der ganztägigen Arbeitsfähigkeit des Versicherten für eine wechselbelastende, überwiegend sitzende Tätigkeit, mit gelegentlichem Heben und Tragen bis zu 5 kg, selten von 10 kg, ohne vermehrte Pausen aus (Urk. 8/57/11).

4.3. Ab dem 16. März bis 15. September 2009 arbeitete der Versicherte für die R. ___ (R. ___). Im Schlussbericht vom 9. September 2008 wurde festgehalten, die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der Schmerzen im Bein stark eingeschränkt. Dies zeige sich in erster Linie nachmittags, wo mit zunehmenden Schmerzen eine verminderte Arbeitsleistung zu beobachten sei. Eine Pensumsreduktion von 30 % liege in einem für den Versicherten realistischen Bereich. Für den Versicherten sei es wichtig, wechselbelastende Tätigkeiten ausserhalb der Arbeitszeit zu übernehmen (Urk. 3/12 S. 1 f.).

4.4. Die neurologische Untersuchung in der Q. ___ vom 27. April 2010 ergab eine inkomplette, leichtgradige Störung im Bereich des Nervus peroneus links. Sodann wurde eine Abklärung der Halswirbelsäule empfohlen (Urk. 33/176 Anhang). Die Ärzte führten im Bericht vom 17. September 2010 über die Untersuchung vom 17. Juni 2010 aus, es falle auf, dass wahrscheinlich die Kapsel und die Weichteile stark entzündet und kontrakt seien. Aus ihrer Sicht wäre eine Arthroskopie mit Beurteilung der Gelenkverhältnisse, welche konventionell-radiologisch nicht so schlecht aussähen, sinnvoll. Eventuell müsste später eine weitere Operation mit Implantation einer Prothese oder eine Arthrodesis durchgeführt werden (Urk. 33/176 Anhang).

4.5. Gemäss dem Gutachten von Prof. Dr. I. ___ vom 5. Juli 2010 leidet der Versicherte an einem chronischen belastungsabhängig-sudeckoiden Schmerzzustand ausgehend vom OSG links (Kapselbefund) und sekundär den Rückfußbereich sowie die Chopart- und Lisfranc-Gelenklinie miteinschliessend, einer befundmässig deutlich lokalisierten Myotendinose des Gesässes sowie des gesamten linken Beines samt Fuss entsprechend Diagnose 1, einer Fehlhaltung/Fehlform der Wirbelsäule im Sinne einer tieflumbalen Zwischenkyphose, einem deutlichen Hohlkreuz bis Th9 und einer leichtgradigen Betonung der BWS-Kyphose samt ausgeprägter kurzer Kyphose cervicothorakal, einer arthrosebedingten Kontraktur des rechten Ellbogens und unter arterieller Hypertonie (Urk. 17/1 S. 1 ff.). Die primäre Ursache der endgradig stets schmerzhaften Bewegungseinschränkung des OSG in die Dorsalextension, die schmerzhafter sei als in die Plantarflexion, liege überwiegend wahrscheinlich in der schmerzhaft-kontrakten Kapsel des Sprunggelenks, welche demzufolge ein stark reduziertes und unter Belastung auch stark schmerzhaftes Gelenkspiel zeige (Urk. 17/1 S. 11). Die unter der diagnostischen Palpation und der Funktionsbelastung deutliche Schmerzhaftigkeit der Weichteilstrukturen des Knies, des Oberschenkels und des Gesässes einschliesslich des linken ISG sei Ausdruck für die Ausdehnung des Schmerzzustandes nach proximal, obwohl diese Schmerzen im Alltag noch nicht manifest geworden seien (Urk. 17/1 S. 11). Die Erwerbsfähigkeit für eine handwerkliche Tätigkeit vorwiegend im Sitzen und nur vorübergehend oder zeitlich beschränkt im

Stehen oder Gehen, aber bei vorhandener deutlicher Belastbarkeit des Schultergürtels einschliesslich selbst der rechten kontrakten Schulter betrage 40 %, maximal 50 % (Urk. 17/1 S. 12). Diese zeitliche Einschränkung bestehe wegen des zunehmenden Schmerzzustands aufgrund der orthostatischen Stellung des Unterschenkels im Sitzen, sodass Hochlagerungen nach einer, maximal zwei Stunden imperativ notwendig wären, was eine dauerhafte berufliche Tätigkeit im Sitzen einschränke. Der insbesondere am Nachmittag zunehmende Schmerzzustand wirke sich darüber hinaus energieverzehrend und zermürend aus, sodass an eine konzentrierte Arbeitstätigkeit nicht gedacht werden könne (Urk. 24 S. 4 f.).

4.6. Kreisarzt-Stellvertreter Prof. Dr. K. fährte im Aktenbericht vom 27. Oktober 2010 zum Gutachten von Prof. Dr. I. vom 5. Juli 2010 (ohne Vorliegen von dessen Ergänzung vom 22. September 2010) aus, bei der Liste von fünf Diagnosen, davon vier den Bewegungsapparat betreffend und nur eine unmittelbar die Sprunggelenksfraktur adressierend, könne nicht ohne weiteres nachvollzogen werden, dass die Arbeitsunfähigkeit einzig auf die Unfallfolgen zurückzuführen sei. Prof. Dr. I. berücksichtige zu wenig, dass die Beweglichkeit des OSG links nicht so erheblich eingeschränkt sei, insbesondere im Vergleich mit der ebenfalls defizitären Funktion des rechten OSG (Urk. 33/191 S. 8). Aufgrund der Unfallfolgen zumutbar seien sitzende Arbeiten, teils stehend und wenige Meter gehend, mit der Einschaltung von 15 Minuten Extrapause nach zwei Stunden Tätigkeit. Diese Pausen dienten dem Beinhochlegen, dem selbständigen Massieren des Fusses und ähnlichen Massnahmen. Der medizinische Endzustand sei noch nicht vollends erreicht (Urk. 33/191 S. 9).

E. 5

5.1. Kreisärztin Dr. H., Prof. Dr. I. und Kreisarzt-Stellvertreter Prof. Dr. K. beurteilten somit unterschiedlich, in welchem zeitlichen Umfang dem Versicherten die Ausübung einer mehrheitlich sitzend auszuübenden Tätigkeit aufgrund seiner Beeinträchtigungen am linken OSG zumutbar ist. Keinem der drei Berichte kommt dabei gegenüber den anderen von vorneherein erhöhte Beweiskraft zu (vgl. BGE 125 V 351 Erw.3b/dd-ee und Erw. 3c).

Prof. Dr. I. fährte in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. September 2010 zum Bericht von Dr. H. aus, deren Untersuchung sei zu wenig detailliert ausgefallen und der Schmerzzustand am linken OSG und am gesamten linken Bein sei zu wenig erfasst und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden (Urk. 24 S. 3 f.; vgl. auch S. 2). Der Bericht von Dr. H. fiel bezüglich Befunderhebung und Auseinandersetzung mit möglichen Schmerzursachen tatsächlich weniger ausführlich aus als das Gutachten von Prof. Dr. I. (vgl. Urk. 8/57/6 ff.). Selbst Prof. Dr. K. ging in seinem Aktenbericht von 27. Oktober 2010 sodann von einem beschwerdebedingtem Pausenbedarf (Urk. 33/191 S. 9) und damit von weitergehenden Einschränkungen als Dr. H. aus (Urk. 8/57/11). Auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. H. kann damit nicht abschliessend abgestellt werden.

Dies gilt auch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Bericht samt Ergänzung von Prof. Dr. I.. Dieser begründete nach der entsprechenden Kritik von RAD-Arzt Dr. med. S., Orthopädische Chirurgie und Traumatologie (Urk. 21 S. 2), im ergänzenden Bericht vom 22. September 2010, weshalb er von einer reduzierten Belastbarkeit bei angepasster Tätigkeit ausging (Urk. 24 S. 4 f.). Dabei wies er auch auf

die Arbeitstätigkeit des Versicherten für die R.____ vom 16. März bis 15. September 2009 und die von den Verantwortlichen festgehaltene Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Versicherten wegen der Beinschmerzen hin. Daraus ergebe sich, dass ein 100%iges Pensum nicht möglich sei (Urk. 24 S. 4 f.). Im Schlussbericht vom 9. September 2009 der R.____ wird zur Leistungsfähigkeit des Versicherten ebenfalls festgehalten, die erfolgte Pensumreduktion von 30 % bei der Ausübung von wechselbelastenden Tätigkeiten liege für den Versicherten im realistischen Bereich. Prof. Dr. I.____ nimmt im Bericht vom 22. September 2010 somit zwar Bezug auf diese konkreten Erfahrungen, legt aber nicht dar, weshalb er trotz dieser konkreten Erfahrungen von der weitergehenden zeitlichen Einschränkung im Ausmass von mindestens 50 bis 60 % bei der Ausübung mehrheitlich im Sitzen ausgeübter Tätigkeiten ausgeht (Urk. 24 S. 4, 17/1 S. 12). In der Ergänzung vom 22. September 2010 gab Prof. Dr. I.____ zudem an, beim längeren Sitzen nehme neben dem Schmerzzustand am Unterschenkel auch die Schmerzhaftigkeit des Weichteilgewebes des linken Beckenquartels beziehungsweise des Gesässes und der ligamentären Befunde des linken ISG zu (Urk. 24 S. 5). Im Gutachten vom 5. Juli 2010 hatte er diesbezüglich noch ausgeführt, im Alltag seien diese Beschwerden noch nicht manifest geworden (Urk. 17/1 S. 11; vgl. auch S. 5 und S. 9). Seine Einschätzung der zumutbaren Restarbeitsfähigkeit vermag damit nicht zu überzeugen.

 Prof. Dr. K.____ stimmte im Aktenbericht vom 27. Oktober 2010 mit der Würdigung der medizinischen Befunde durch Prof. Dr. I.____ teilweise überein und ortete die zentrale Problematik ebenfalls im Bereich der Sprunggelenkkapsel (Urk. 33/191 S. 8; vgl. auch S. 7). Aufgrund der objektivierbaren Einschränkungen im Bereich des linken Fusses erachtete er anders als Prof. Dr. I.____ lediglich die Einschaltung von 15 Minuten Extrapause nach zwei Stunden Tätigkeit als erforderlich (Urk. 33/191 S. 8 f.). Die von Prof. Dr. I.____ attestierte weitergehende Arbeitsunfähigkeit fhrte er daneben auf die von ihm als unfallfremd beurteilten gesundheitlichen Störungen im Rumpf- und Wirbelsäulenbereich zurück (Urk. 33/191 S. 8 f.). Die für die Invalidenversicherung notwendige abschliessende Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten aufgrund aller objektivierbaren somatischen Leiden fehlt somit im Bericht von Prof. Dr. K.____.

5.2 Die SUVA hat angesichts der widersprüchlichen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit zu Recht weiteren Begutachtungsbedarf erkannt. Entgegen dem entsprechenden Eventualantrag der Beschwerdegegnerin ist der Prozess indes nicht bis zum Vorliegen des Gutachtens der J.____ zu sistieren. Aufgrund der Ausführungen von Prof. Dr. K.____ ist nrmllich nicht auszuschliessen, dass im Rahmen der weiteren Abklärungen gewisse Beschwerden des Versicherten als krankheitsbedingt und damit für die SUVA nicht relevant beurteilt werden (vgl. Urk. 33/191 S. 8 f.). Zudem muss für die Beurteilung des Invalidenrentenanspruchs - anders als für den erst ab dem 1. Oktober 2008 bestehenden Anspruch auf die Invalidenrente der Unfallversicherung - die Arbeitsfähigkeit des Versicherten bereits für die Zeit ab Mai 2006 zuverlässig feststehen. Es ist damit grundsätzlich sinnvoll, wenn die Beschwerdegegnerin nach der Rückweisung der Sache in Zusammenarbeit mit der SUVA ein Gutachten einholt oder gegebenenfalls ein eigenes veranlasst. Dieses wird sich insbesondere zu den Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2006 zu äussern haben, welche wegen der objektivierbaren Leiden und Schmerzen des Versicherten bestanden und

Arbeitsfähigkeit durch Prof. Dr. I.____ - kann nicht abgestellt werden. Der Beschwerdeführer liess sodann bereits mit der Beschwerde vom 14. September 2009 Unterlagen über seine Arbeitsfähigkeit für die R.____ einschliesslich der entsprechenden Atteste von Dr. E.____ einreichen. Die damit dokumentierten gesundheitlichen Einschränkungen bei der praktischen Arbeitsfähigkeit vermochten die zum damaligen Zeitpunkt einzig vorliegende Beurteilung von Dr. H.____ in Zweifel zu ziehen (vgl. Urk. 3/6-8, 3/12). Damit kann weder abschliessend auf das Privatgutachten von Prof. Dr. I.____ abgestellt werden noch ist es entscheidender Anlass für die Anordnung ergänzender Abklärungen (vgl. Urteile des Bundesgerichts in Sachen B. vom 8. Mai 2007, I 470/06, Erw. 5.2, und in Sachen B. vom 24. April 2007, I 1008/06, Erw. 3.3). Die Kosten für das Privatgutachten samt Ergänzung von Prof. Dr. I.____ sind von der Beschwerdegegnerin somit nicht zu übernehmen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht beschliesst:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Eventualantrag der Beschwerdegegnerin auf Sistierung des Verfahrens vom 25. März 2011 wird abgewiesen,

und erkennt sodann:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird, soweit darauf eingetreten wird, in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 11. August 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Ergänzungen, über den Rentenanspruch neu verfähre.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer zu einem Fünftel (Fr. 120.--) sowie der Beschwerdegegnerin zu vier Fünfteln (Fr. 480.--) auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage von Kopien von Urk. 38/3-4

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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