

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01050 vom 28. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.01050](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.01050)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01050 du 28 février 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01050 del 28 febbraio 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.3 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).

1.4 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).

1.5. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen 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 abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

1.6. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch nach Art. 28 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person

a. mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war.

Obwohl das Gesetz dies nicht ausdrücklich bestimmt, kann ein Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG nur entstehen, wenn nach Ablauf der Wartezeit eine Erwerbsunfähigkeit gegeben ist. Nicht erforderlich ist dagegen, dass während der einjährigen Wartezeit auch bereits die für den Rentenanspruch vorausgesetzte Erwerbsunfähigkeit vorliegt. Damit eine Rente zugesprochen werden kann, müssen sowohl die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres als auch die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit die für die betreffende Rentenabstufung erforderliche Mindesthöhe erreichen (BGE 129 V 418 Erw. 2.1, 121 V 274 Erw. 6b/cc; AHI 2001 S. 279 Erw. 2; Urteil des Bundesgerichtes in Sachen H. vom 4. Juli 2008, 8C\_189/2008, Erw. 2.2). Dabei ist nur die Arbeitsunfähigkeit von Bedeutung, das heisst die als Folge des Gesundheitsschadens bedingte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich, während die finanziellen Auswirkungen einer solchen Einbusse für deren Beurteilung während der Wartezeit grundsätzlich unerheblich sind (BGE 130 V 99 Erw. 3.2, 118 V 24 Erw. 6d, 105 V 160 Erw. 2a in fine mit Hinweisen; ZAK 1986 S. 476 Erw. 3, 1984 S. 230 Erw. 1, 1980 S. 283 Erw. 2a). Art. 29 Abs. 1 lit. a IVG gelangt nur dort zur Anwendung, wo ein weitgehend stabilisierter, im Wesentlichen irreversibler Gesundheitsschaden vorliegt (vgl.

BGE 119 V 102 Erw. 4a mit Hinweisen) und sich der Gesundheitszustand der versicherten Person künftig weder verbessern noch verschlechtern wird (Art. 29 IVV). In den anderen F llen entsteht der Rentenanspruch erst nach Ablauf der Wartezeit gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG. Diese gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, was nach der Rechtsprechung bei einer Beeinträchtigung im Umfang von 20 % der Fall ist (AHI 1998 S. 124 Erw. 3c; vgl. auch BGE 129 V 419 unten; Urteil des Bundesgerichtes in Sachen H. vom 4. Juli 2008, 8C\_189/2008, Erw. 2.2).

2.       Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellt sich folgendermassen dar:

2.1       Gemäss Zusammenfassung der Krankengeschichte des C.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2006 (Urk. 9/9/5-6) ist beim Beschwerdeführer primär die luxierte, drittgradig offene Pilonfraktur mittels Débridement und Fixateur externe versorgt worden. Sekundär sei am 21. April 2006 die definitive Osteosynthese der Pilonfraktur bei suffizient abgeschwollenen Weichteilen erfolgt. Bei zunehmender Mobilisation an St cken unter Teilbelastung habe der Beschwerdeführer über Leistenschmerzen links geklagt. Die Röntgendarstellung habe schliesslich eine nach dorsal dislozierte mediale Schenkelhalsfraktur dokumentiert. Zur geplanten Versorgung der Schenkelhalsfraktur sei der Beschwerdeführer in die E.\_\_\_\_ verlegt worden.

2.2       Laut Bericht der E.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2006 (Urk. 9/9/30-31) fand am 9. Mai 2006 eine Hüftoperation mit Implantation einer H fttotalprothese (H ft-TP) statt. Der peri- und postoperative Verlauf sei problemlos gewesen. Bei Austritt sei der Beschwerdeführer weitgehend selbständig mobil an zwei Gehst cken mit 15 kg Teilbelastung gewesen. Zur weiteren Rehabilitation wurde er in die F.\_\_\_\_ entlassen.

2.3       Im Austrittsbericht vom 17. Juli 2006 (Urk. 9/18/13-18) schrieben die Ärzte der F.\_\_\_\_, unter den therapeutischen Massnahmen seien die Hüft- und OSG-Beschwerden links im Verlauf rückläufig gewesen, und die Mobilität habe zunehmend verbessert werden können. Bei Klinikaustritt sei der Beschwerdeführer auch in der Lage gewesen, unter Einhaltung der Bewegungslimiten Treppen zu laufen. Am 20. Juni 2006 habe er sich in der Unfallchirurgie des C.\_\_\_\_ zur geplanten ambulanten Verlaufskontrolle der operativ versorgten Pilon-Luxationsfraktur links vorgestellt. Gemäss telefonischer Rückmeldung des dort zuständigen Arztes bestehe ein regelrechter postoperativer Verlauf. Die Teilentlastungspflicht links sei für weitere vier Wochen verordnet worden. Ob ein leicht dislozierter Flake der lateralen Talusrolle nochmals operativ angegangen werden müsse, sei noch offen.

       Der Beschwerdeführer habe sich während der Rehabilitation immer wieder Sorgen um seine Zukunft gemacht, insbesondere in beruflicher Hinsicht. Am 24. Mai 2006 habe in der Abteilung für berufliche Abklärung ein Organisationsgespr ch stattgefunden. Der Beschwerdeführer habe einen guten und motivierten Eindruck hinterlassen und sei bereit, alles zu unternehmen, um an seinen angestammten Arbeitsplatz zurückzukehren. Zur Zeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

2.4       Am 13. November 2006 wurde dem Beschwerdeführer laut Bericht des C.\_\_\_\_ vom 30. November 2006 (Urk. 9/27/41) ein Corpus liberum aus dem OSG links entfernt. Die Schmerzen am medialen Malleolus, die durch die Schrauben verursacht worden seien, seien weg. Die Beschwerden im OSG seien jedoch unverändert vorhanden.

Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 %. Laut Verlaufsbericht des C.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2007 (Urk. 9/42) verbleibt eine Destruktion der Grenzlamelle der lateralen Talusschulter. Es gebe Zeichen einer beginnenden OSG-Arthrose. Das Osteosynthesematerial (OSM) sei intakt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 %, es sollten mit dem Beschwerdeführer berufliche Alternativen diskutiert werden. Im Bericht des C.\_\_\_\_ an die Beschwerdegegnerin vom 15. Januar 2007 wurde dargelegt, dass langfristig eine sitzende Tätigkeit anzustreben sei. In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer halbtags und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ganztags arbeitsfähig (Urk. 9/19).

2.5. Gemäss Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2007 (Urk. 9/28/5-14) hat der konsiliarisch beigezogene Orthopäde nach klinischer und radiologischer Abklärung die Indikation zur OSG-Arthrodese gestellt. Aktuell habe der Beschwerdeführer eine gute Schuhversorgung und eine gute Beweglichkeit des OSG. Da die Beschwerden teilweise neuropathischer Art seien, sei primär eine medikamentöse Therapie empfohlen worden. Da der Beschwerdeführer der Meinung sei, dass man alles vor der Arthrodese versuchen solle, sei aus orthopädischer Sicht empfohlen worden, zuerst den Erfolg der Behandlung der neuropathischen Schmerzen abzuwarten.

Das psychosomatische Konsilium habe eine Somatisierungstendenz bei chronischer Schmerzsymptomatik mit einzelnen Ängsten (Höhenangst mit Schwindel) und depressiven Symptomen wie Vergesslichkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl im Zusammenhang mit der Unmöglichkeit der Arbeit als Kundenmaurer nachzugehen, ergeben. Das Ausmass einer Anpassungsstörung werde noch nicht erreicht. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine zusätzliche Einschränkung in der Leistungsfähigkeit.

Es beständen beim Beschwerdeführer deutliche Folgeerscheinungen des Unfalls, welche klinisch und radiologisch nachvollziehbar seien. Seitens des OSG sei im Verlauf eine weitere Beschwerdezunahme zu erwarten, was aber bei der Beurteilung der Zumutbarkeit berücksichtigt worden sei. Eine Operation sei spätestens dann angezeigt. Bezüglich des linken Hüftgelenkes sei festzuhalten, dass die Implantation einer Hüft-TP bei früherer Diagnosestellung sehr wahrscheinlich hätte vermieden werden können. (Allenfalls wäre aber die Implantation einer Femurkopfprothese notwendig geworden.) Die körperliche Belastbarkeit des Beschwerdeführers werde durch die Hüft-TP stärker eingeschränkt, als wenn der natürliche Femurkopf hätte erhalten werden können, was in der aktuellen Zumutbarkeitsbeurteilung ebenfalls berücksichtigt worden sei. Zudem sei angesichts des Alters des Beschwerdeführers mit Folgeeingriffen (Prothesenwechsel) zu rechnen, möglicherweise noch vor Erreichen des regulären Pensionsalters. Ob sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls auch eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) zugezogen hat, sei bei fehlenden anamnestischen Hinweisen für eine Bewusstlosigkeit oder Erinnerungslücke fraglich. Da er diesbezüglich keine Beschwerden angebe, sei auf weitere Abklärungen verzichtet worden.

In der angestammten Tätigkeit als Kundenmaurer bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Leichte wechselbelastende Tätigkeiten (vorwiegend sitzend) ohne länger dauerndes Knien und/oder Kauern, ohne wiederholtes Treppen- und Leiternsteigen und ohne Tätigkeiten auf Leitern seien ganztags möglich.

2.6. Kreisarzt Dr. I. \_\_\_ stellte im Bericht vom 20. August 2007 (Urk. 9/33) am linken Hüftgelenk reizlose Narbenverhältnisse und eine leichte Oberschenkelatrophie fest. Die Beweglichkeit sei leicht eingeschränkt. Bildgebend könne erkannt werden, dass die Hüft-TP in guter Stellung und konsolidiert sei. Am linken OSG bestehe eine erhebliche Belastungsintoleranz mit Bewegungseinschränkung und belastungs- sowie bewegungsabhängigen Schmerzen. Die Pilonfraktur sei konsolidiert bei liegendem OSM. Die Weichteiltrophik sei erhalten, die Narben seien reizlos. Bildgebend sei eine OSG-/USG-Arthrose zu erkennen. Es sei eine Arthroese OSG/USG diskutiert worden. Der Beschwerdeführer sei nicht begeistert und möchte die Operation vorderhand nicht durchführen lassen. Die Operation habe vermutlich einen günstigen Einfluss auf die Schmerzsituation, aber bezüglich Belastungsfähigkeit werde sich kaum etwas ändern. Der Eingriff könne jederzeit nachgeholt werden.

Der Beschwerdeführer habe begreiflicherweise seine berufliche Tätigkeit nicht mehr aufgenommen. Er sei als Kundenmaurer kaum mehr einsetzbar. Insgesamt erscheine er als eher zurückhaltende und selbstlimitierende Persönlichkeit, aber ein voller Einsatz in einer Bauarbeitertätigkeit sei nicht mehr denkbar.

Das Zumutbarkeitsprofil formulierte Dr. I. \_\_\_ folgendermassen:

■ Vollzeitlich, vollschichtig, unabhängig von Alter, Sprache, Ausbildung, Konstitution und Arbeitsmarkt.

Linkes Bein:

Wechselbelastende, leichte Tätigkeiten. Zusatzbelastungen: Stehend vereinzelt 15-20 kg, vom Boden bis Tischhöhe, kurzstreckig Gehend bis 10 kg, Gehen mehrere Male pro Arbeitszeit bis 200 m. Stehen ohne ausschliessliche axiale Belastung des linken Beines. Sitzend, mit der Möglichkeit aufzustehen und herumzugehen. Möglichst freie Arbeitsposition.

Nicht zumutbar:

Kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen mit dem linken Bein. Bodennahe, kauernde, kniende Tätigkeiten. Gehen ausschliesslich auf unebenem Untergrund. Leiternarbeit, Gerüstarbeit. Schwere Tätigkeiten wie Pickeln, Schaufeln, Bohren, Schläge, Vibrationen.

Am ehesten kommen Tätigkeiten an einem fest eingerichteten Arbeitsplatz auf Tischhöhe, mit kurzen Gehstrecken in Frage. ■

2.7. Die Ärzte der F. \_\_\_ bestätigten im Bericht über die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 10. Dezember 2008 (Urk. 9/48) die im Austrittsbericht der F. \_\_\_ vom 4. Mai 2007 (Erw. 2.5) geschilderten aktuellen Probleme: (1) seit November (2006) zunehmende, belastungsverstärkte im Tagesverlauf kumulierende Schmerzen im linken OSG medial und dorsal mit Berührungsschmerzen durch die Bettdecke sowie Sensibilitätsverminderung über OSG medial, (2) eine Schwellung im OSG bei langem Stehen und Gehen, (3) Hüftschmerzen links beim Treppensteigen, (4) ein innerlich kaltes Gefühl im Oberschenkel, ■ im Knochen ■ sowie (5) Höhenangst mit Schwindel, Vergesslichkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen. Als arbeitsrelevante Probleme bezeichneten sie die reduzierte Belastbarkeit und Beweglichkeit des linken Sprunggelenkes sowie verstärkte Beschwerden durch Belastung und eine leicht reduzierte Belastbarkeit und Beweglichkeit

des linken Hüftgelenks vor allem bezüglich der Sitzdauer. Die Leistungsbereitschaft könne als zuverlässig beurteilt werden und die Konsistenz der Tests sei gut gewesen.

Die berufliche Tätigkeit als Maurer sei nicht mehr zumutbar, da die Anforderungen - vorwiegend stehende und gehende Tätigkeit, wiederholtes Heben und Tragen bis schwerer Lasten - zu hoch seien. Eine sehr leichte, wechselbelastende (sitzend, stehend, gehend), vorwiegend sitzende Tätigkeit mit gelegentlichem Tragen von Lasten stehend bis max. 10 kg sei wegen belastungs- und bewegungsabhängig verstärkten, im Tagesverlauf rasch kumulierenden Ruheschmerzen des linken Fusses während 6 Stunden pro Tag zumutbar. Ob und in welchem Mass sich die kognitive Problematik auf die Arbeitsleistung einschränkend auswirke, könne aufgrund der EFL alleine nicht beurteilt werden. Diese Frage müsste mittels einer neuropsychologischen Abklärung evaluiert werden.

2.8. Dr. G. äusserte in seiner Stellungnahme zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 9. März 2009 (Urk. 3/8) die Ansicht, dass die Empfehlungen der F. aufgrund der durchgeführten EFL nicht gebührend berücksichtigt worden seien. Er sei der Meinung, dass eine neuropsychologische Abklärung stattfinden müsste.

2.9. Dr. H. schliesslich empfahl Dr. G. in seinem Schreiben vom 25. August 2009 (Urk. 3/9) eine Neu-Evaluation, da der Beschwerdeführer in körperlich belastendem Beruf nicht arbeitsfähig sei. Das OSG sollte arthrodesiert werden, um Schmerzen und Stellung zu verbessern. Die Hüfte sei nicht schmerzfrei, aber belastbar und wenig beschwerdebelastet.

3. Die

3.1. Die Beschwerdegegnerin ging bei ihrer ablehnenden Entscheidung gemäss Feststellungsblatt vom 11. August 2009 (Urk. 9/51) davon aus, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Maurer nur noch zu 50 %, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (primär sitzend, ohne längere Gehstrecken) jedoch vollständig arbeitsfähig ist.

3.2. Aus den ärztlichen Stellungnahmen der F. (Erw. 2.5 und Erw. 2.7) und von SUVA-Kreisarzt Dr. I. (Erw. 2.6) geht klar hervor, dass dem Beschwerdeführer die ursprüngliche Tätigkeit als Kundenmaurer nicht mehr zugemutet werden kann. Hieran vermag die Einschätzung der Ärzte des C. im Bericht vom 15. Januar 2007, in welchem dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf von 50 % attestiert wurde (Erw. 2.4) nichts zu ändern, attestierten die Ärzte des C. doch kurz zuvor im Bericht über die ambulante Behandlung vom 8. Januar 2007 (Urk. 9/27/36-37) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Die Differenzen in den ärztlichen Einschätzungen liegen in Bezug des Umfangs der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit vor. Während die Ärzte der F. im Austrittsbericht vom 4. Mai 2007 (Erw. 2.5) und SUVA-Kreisarzt Dr. I. im Bericht vom 20. August 2007 (Erw. 2.6) davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer in behinderungsangepasster leichter wechselbelastender Tätigkeit (vorwiegend sitzend) voll arbeitsfähig ist, erachten die Ärzte der F. nach durchgeführter EFL im Bericht vom 10. Dezember 2008 (Erw. 2.7) dem Beschwerdeführer eine tägliche Arbeitsbelastung während sechs Stunden in

behinderungsangepasster Tätigkeit als zumutbar.

### 3.3

3.3.1.1.1 In einer EFL kann anhand von Arbeitssimulationstests (wie Heben und Tragen, Arbeit über Kopfhöhe oder Leiternsteigen) das arbeitsbezogene Leistungsvermögen generell und mit Blick auf die angestammte berufliche Tätigkeit konkret beurteilt werden. Die EFL misst somit die Fähigkeit eines Individuums, manuelle Tätigkeiten zu verrichten, und schätzt den Zeitraum, während dessen die Klientin oder der Klient diese im Verlaufe eines ganzen Tages ausüben imstande ist. Das umfassende Testverfahren ermöglicht zudem relevante Aussagen zum Leistungsverhalten und zur Konsistenz der getesteten Person, wobei gerade eine allfällig beobachtete Symptomausweitung und Selbstlimitierung im Rahmen eines chronifizierten Zustandes für die Bewertung der Zumutbarkeit bedeutsam sein kann. Die EFL hat demgegenüber nicht das Ziel, die Natur der multiplen und komplexen Ursachen, die einer wiederholten Selbstlimitierung der Leistung und dem Nachweis mehrfacher Inkohärenzen zugrunde liegen, zu erforschen. Ferner ist sie nicht geeignet, kognitive oder verhaltensorientierte Fähigkeit am Arbeitsplatz zu schätzen oder Leistungseinschränkungen aufzuzeigen, die auf Erkrankungen ausserhalb des Bewegungsapparates zurückzuführen sind (Michael Oliveri, Was sollen wir messen: Schmerz oder Funktion? Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit als Mittel für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, in: Schmerz und Arbeitsfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 89 ff. insb. S. 406).

Die von den Ärzten im Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ (Erw. 2.5) beschriebene aktuelle Problematik stimmt mit derjenigen im Bericht über die EFL (Erw. 2.7) genannten Problematik überein. Nebst der Berücksichtigung der Akten, der Anamnese und der Durchführung einer medizinischen Untersuchung vermag die EFL ganz grundsätzlich eine schlüssigere und breiter abgestützte Beurteilung zu gewährleisten, wird doch damit anhand konkreter physischer Tests das arbeitsbezogen relevante Problem abgeklärt. Im Zusammenhang mit den Untersuchungen der F.\_\_\_\_ anlässlich der stationären Rehabilitation entspricht der Bericht über die EFL damit den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.5): Er ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und ist in der Beurteilung nachvollziehbar. Insbesondere unter dem Hinweis auf die arbeitsrelevanten Probleme der reduzierten Belastbarkeit und Beweglichkeit des linken Sprunggelenkes sowie auf verstärkte Beschwerden durch Belastung und auf die leicht reduzierte Belastbarkeit und Beweglichkeit des linken Hüftgelenks vor allem bezüglich der Sitzdauer erscheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als schlüssig. Immerhin wurde auch im Austrittsbericht der F.\_\_\_\_ (Erw. 2.5) festgestellt, dass sich die Beschwerden bei Belastung im Tagesverlauf verstärkten. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers war zuverlässig und die Konsistenz bei den Tests war gut. Somit ist mit den evaluierenden Ärzten der F.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass eine körperlich leichte, wechselbelastende vorwiegend sitzende Arbeit während 6 Stunden pro Tag zumutbar ist, was einer Arbeitsfähigkeit 70 % entspricht.

3.3.2.1.1 Wenn auch im Bericht über die EFL (Erw. 2.7) im Diagnosekatalog eine Somatisierungstendenz bei chronischer Schmerzsymptomatik, Berührungsschmerzen und Sensibilitätsverminderung über dem OSG medial, ein innerlich kaltes Gefühl im Oberschenkel, Hänghenangst mit Schwindel und Vergesslichkeit, Konzentrations- und

Schlafstörung erwähnt werden, kann hieraus nicht geschlossen werden, dass diese vom Beschwerdeführer mit zumutbarer Willensanstrengung überwunden werden könnten. Denn die zeitliche Einschränkung in einer leidensangepassten Tätigkeit wird allein mit belastungs- und bewegungsabhängig verstärkten, im Tagesverlauf rasch kumulierenden Ruheschmerzen des linken Fusses begründet. Die im Austrittsbericht festgestellte Tendenz zur Selbstlimitierung vor Erreichen funktioneller Belastungsgrenzen (Urk. 9/28/9) konnte anlässlich der EFL nicht beobachtet werden. Schliesslich fanden Auswirkungen allfälliger kognitiver Defizite auf die Arbeitsleistung keine Berücksichtigung, da dies mittels einer neuropsychologischen Evaluation abgeklärt werden müsste (Erw. 2.7 am Ende).

3.3 Zusammenfassend ist demnach gestützt auf die EFL vom 10. Dezember 2008 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit auszugehen.

4. Zu prüfen bleibt, wie sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt.

4.1 Der Beschwerdeführer ist seit dem Unfall vom 10. April 2006 in seiner ursprünglichen Tätigkeit vollständig eingeschränkt. Die Wartezeit endete am 1. April 2007, weshalb der Einkommensvergleich anhand des im Jahre 2007 erzielbaren Einkommens vorzunehmen ist.

4.2 Die SUVA berechnete für die Verdienstperiode vom 10. April 2005 bis 9. April 2006 ein Einkommen von Fr. 64'061.40 im Haupterwerb und ein solches von Fr. 6'973.03 im Nebenerwerb (Urk. 11/1). Zusammen ergibt dies ein (Jahres)einkommen von Fr. 71'043.43, was vom Beschwerdeführer nicht bestritten wird und durch die Akten ausgewiesen ist (Urk. 11/2-3). Unter Berücksichtigung des Nominallohnindexes für Männer von 2014 Punkten im Jahr 2006 und von 2049 im Jahr 2007 (Die Volkswirtschaft 12-2010 S. 91 Tabelle B10.3) ergibt dies im Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginns ein Valideneinkommen von Fr. 72'278.05.

4.3 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten BruttoLöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben beschäftigten Männer betrug im Jahr 2006 im privaten Sektor Fr. 4'732.-- (LSE, Tabelle



unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.  
Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen.  
Ausgangsgemäss ist sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.2 Gestützt auf Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verhängung der Beschwerdegegnerin vom 6. Oktober 2009 mit der Feststellung aufgehoben, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2007 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG
- 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).

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.