

BL_GERICHTE 720 15 122 vom 2. Juni 2016

BL Gerichte, 2016-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_15_122

FR: BL_GERICHTE 720 15 122 du 2 juin 2016

IT: BL_GERICHTE 720 15 122 del 2 giugno 2016

Regeste

Invalidenversicherung Abweisung der Beschwerde. Der Versicherte hat keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Würdigung der medizinischen Akten; die IV-Stelle hat sich zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten abgestützt. Überprüfung der erwerblichen Auswirkungen; der Einkommensvergleich wurde von der IV-Stelle korrekt durchgeführt.

Erwägungen

E. 1

Auf die beim sachlich und örtlich zuständigen Gericht frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 23. März 2015 ist einzutreten.

E. 2

In materieller Hinsicht zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Februar 2015 entwickelte. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). 3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG). 3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Danach ist der Invaliditätsgrad 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (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. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b). 4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes

und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Im Weiteren ist laut diesen Richtlinien den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5.1 Für die Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen folgende medizinischen Akten zu berücksichtigen:

5.2 Im Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ vom 3. Mai 2010 wurden hauptsächlich die folgenden Diagnosen in Bezug auf den Unfall vom 31. Januar 2008 gestellt: eine Nagelkranzfraktur sowie eine schmerzhafte massive Funktionseinschränkung des linken Daumens, praktisch keine aktive Beweglichkeit, sowie ein Hand-Arm-Schulter-Nacken-Kopf-Schmerzsyndrom links. In Bezug auf ein weiteres Unfallereignis vom 12. November 2008 wurde eine Stichverletzung am Daumen links palmar-ulnar über dem MP1-Gelenk diagnostiziert, die Wunde sei reizlos abgeheilt. Unter dem Titel "Aktuelle Probleme" hielten Dr. med. F.____ und Dr. med. G.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Folgendes fest: erhebliche

Symptomausweitung (1.), Schmerzen Hand-Arm-Schulter-Nacken-Kopf links (2.), Daumengrundgelenk links steht in Beugestellung, fehlende aktive Extension, nahezu fehlende aktive Flexion (3.), unvollständige aktive Streckung aller Langfinger, unvollständige aktive Beugung Zeigefinger links (4.), subjektiv Kraftlosigkeit der linken Hand und des linken Arms (5.), schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links (6.), intermittierender Schwindel ("es ziehe ihn nach hinten") und Vibrationsgefühl linke Kopf- und Halsseite (7.), Bedrücktheit (8.). Unter dem Abschnitt "Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive" führten die Dres. F.____ und G.____ aus, dass eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden sei. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Infolge Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nicht erklären. Die Tätigkeit als Bauhelfer/Bauschaler sei nicht zumutbar, da die Anforderungen zu hoch seien. Es handle sich um eine schwere Arbeit, welche eine gute Belastbarkeit beider Hände erforderlich mache. Hingegen sei dem Versicherten eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar. Spezielle Einschränkungen bestünden in Bezug auf die linke Hand: Kein häufig wiederholter kraftvoller Einsatz des Daumens; keine hohen feinmotorischen Anforderungen. Weiter wurde festgehalten, dass eine berufliche Wiedereingliederung unrealistisch erscheine, weil der Beschwerdeführer eine Symptomausweitung präsentiere. In der diagnostischen Beurteilung hielten die Dres. F.____ und G.____ fest, dass der Versicherte insgesamt eine massive Symptomausweitung präsentiere. Obwohl er hinkfrei gehen könne, sei er oft hinkend gegangen. Des Weiteren habe er kognitive Einschränkungen angegeben. In einer ausführlichen psychologischen Abklärung habe aber keine psychiatrische Störung von Krankheitswert festgestellt werden können. Die erhebliche Symptomausweitung mit Passivität und Schonung der linken Hand sowie Aggravationstendenzen habe sich hingegen im somatischen und kognitiv-mnestischen Bereich gefunden. Beim "Test of memory malingering" hätten die relevanten Testergebnisse massiv unter dem zu erwartenden Grenzwert gelegen. Somit sei von einer bewussten negativen Antwortverzerrung auszugehen. Diese Resultate liessen den Verdacht aufkommen, dass auch andere präsentierte Symptome aggraviert oder simuliert seien. Bei der Handkrafttestung hätten sich wiederholt massive Inkonsistenzen gezeigt. In seinem handchirurgischen Konsilium vom 3. Mai 2010 hielt Dr. med. H.____, FMH Chirurgie sowie Handchirurgie, die Diagnose einer posttraumatischen Ansteuerungsproblematik der Flexor pollicis longus-, Extensor pollicis brevis-, Extensor pollicis longus-, Flexor digitorum superficialis- und Flexor digitorum profundus-II-Sehne fest. Unter dem Abschnitt Befund führte Dr. H.____ aus, die Inspektion zeige im kontralateralen Vergleich eine leichte Dystrophie des linken Daumens mit einer umgebenden Schwellung und leichter Hyperhidrose, die am ehesten für ein leichtgradiges CRPS vom Typ I spreche. Dr. H.____ stellte weiter fest, dass der Versicherte bei der Untersuchung gekrümmt und schmerzverzerrt auf seinem Stuhl sitze, obgleich relevante Mobilisationsmanöver am Daumen nicht vorgenommen würden. Selbst bei Aufforderung den Daumen zu beugen oder zu strecken, fahre er sich schmerzverzerrt über den Kopf und halte die Hand krampfartig und zitternd auf der Untersuchungsunterlage. Dies lasse das gedeutete Schmerzausmass zuhächst suspekt und übertrieben erscheinen. 5.3 Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und

Psychotherapie, diagnostizierte am 11. Oktober 2011 eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) und hielt fest, dass die Einnahme eines Antidepressivums demnächst vorgesehen sei. Am 26. Juli 2012 führte Dr. I.____ aus, dass der Versicherte seit 15. August 2011 wegen einer schweren Depression betreut werde. Trotz medikamentöser Behandlung habe sich sein psychischer Zustand nicht verändert. Er sei nach wie vor schwer depressiv und habe düstere Gedanken. Er sei psychologisch zu 100% arbeitsunfähig. Am 16. November 2012 hielt Dr. I.____ fest, dass der Versicherte immer noch zu 100% arbeitsunfähig sei. Der psychische Zustand habe sich in letzter Zeit verschlechtert. Am 15. November 2013 berichtete Dr. I.____, dass sich der psychische Zustand des Versicherten trotz hoher Motivation und einer guten Behandlungcompliance nicht verbessert habe.

5.4 Das polydisziplinäre Gutachten der C.____ GmbH wurde am 16. Juli 2014 erstellt.

5.4.1 Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem orthopädischen Teilgutachten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er einen Status nach Tenodese der Extensor pollicis longus Sehne auf Höhe der Interphalangealgelenksarthrodese sowie Ringbandsplattung A1 des Daumens links 11/2009 und Zustand nach zweifacher Voroperation sowie eine Adipositas. Unter den objektiven Befunden führte Dr. J.____ aus, der Versicherte gebärde sich als funktioneller Einhänder, jammere konstant und aggraviere massiv, weshalb er ihn kaum untersuchen könne. Unter dem Titel Zusatzuntersuchungen hielt Dr. J.____ normale und unauffällige Röntgenbefunde fest. Der Orthopäde beurteilte die Beschwerden und Befunde wie folgt: Das Ausmass der Schmerzen im linken Daumen respektive der linken oberen Extremität und die demonstrierten massiven pathologischen Befunde derselben, die sich allerdings je nach Situation normalisiert hätten, könnten bei unauffälligem radiologischen Befund nicht objektiviert werden. Der Aussage der Rehaklinik E.____, dass eine massive Symptomausweitung sowie eine Aggravationstendenz vorlägen, könne beigepflichtet werden. Da die Beschwerden aber nicht objektiviert werden könnten, sei es nicht logisch, dass – gemäss dem Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ – die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden könne. Bei dem Versicherten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit als Bauarbeiter.

5.4.2 Dr. D.____ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) nach Anpassungsstörungen mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) bestehend seit etwa 01/2010 sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden, abhängigen, passiv-aggressiven Persönlichkeitszügen (ICD-10 F61.0) fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. D.____ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). In seiner Beurteilung führte Dr. D.____ aus, dass es sich bei Anpassungsstörungen um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung und um zeitlich begrenzte psychische Störungen handle. Deshalb könne ein Übergang in Angst und depressive Störung gemischt, in leichter bis mittlerer Ausprägung, angenommen werden. Weiter hielt Dr. D.____ fest, die vom Versicherten berichteten und geklagten Beschwerden seien nur teilweise konsistent und es liessen sich bei der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstörung deutliche psychogene Verhaltensweisen mit mangelnder Kooperation, mangelnder Motivation, mit Verdeutlichungstendenzen der Beschwerden und demonstrativen Verhaltensweisen erheben. Aus rein psychiatrischer Sicht könne ohne Berücksichtigung der körperlich begründbaren Beschwerden in der zuletzt ausgeübten

Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau eine 70%ige Arbeitsfähigkeit, in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum seit mindestens 01/2010 angenommen werden. Bei einer angepassten Tätigkeit sollte es sich um Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln.

5.4.3 Im neurologischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. med. K.____, FMH Neurologie, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes Schmerzsyndrom am linken Daumen bei Status nach Unfallereignis am 31. Januar 2008 mit Nagelkranzfraktur. Seither bestehe eine massiv eingeschränkte Daumenbeweglichkeit links mit fehlender Daumenstreckung. Ausserdem diagnostizierte er Sensibilitätsstörungen der linken Gesichtshälfte mit medianer Begrenzung sowie des linken Schulter-Arm-Bereichs ohne periphere oder radikuläre Zuordnung bei subjektiv berichteter kognitiver Beeinträchtigung, ohne Hinweise für eine neurologische Ursache. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. K.____ keine. Er führte in seiner Beurteilung unter anderem aus, dass er aufgrund der gesamthaften neurologischen Untersuchung, aber auch der ergänzenden Elektrophysiologie keine Hinweise für eine Nerven- oder Muskelverletzung im Bereich des linken Arms und der linken Hand, insbesondere im Bereich DI links, habe. Weiter seien die vom Beschwerdeführer beschriebenen Sensibilitätsstörungen sowie auch die geklagte Vergesslichkeit von neurologischer Seite nicht erklärbar. Im Wesentlichen bestehe eine Diskrepanz bezüglich des Verhaltens während der gesamten neurologischen Teilbegutachtung mit massiv flektiertem Daumen, sowie gebeugten Fingern DII bis V an der linken Hand bei fehlender Atrophie im Bereich des linken Unterarms und der Hand. Zwischenzeitlich könnten bei emotionalen Regungen auch spontan die Finger DII bis V gestreckt werden, angedeutet auch DI. Aufgrund von fehlenden fokal neurologischen Defiziten ohne Hinweise für eine periphere oder radikuläre Schädigung sei der Versicherte seit Januar 2009 zu 100% arbeitsfähig als Bauhilfsarbeiter.

5.4.4 In der internistischen Beurteilung hielt Dr. med. L.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine arterielle Hypertonie, einen Verdacht auf eine hypertensive Herzkrankheit mit linksventrikulärer Herzinsuffizienz sowie eine Adipositas fest. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er keine. Aus internistischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

5.4.5 In ihrer Konsensbeurteilung kamen die Gutachter der C.____ GmbH zum Schluss, dass aufgrund der Angst und depressiven Störung gemischt bei Zustand nach Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen bei zugrundeliegender kombinierter Persönlichkeitsstörung und Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit, der Anpassungsfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter im Baugewerbe seit 1/2010 70% betrage. Leidensadaptierte Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung und ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten dem Versicherten zu 80% zugemutet werden.

5.5 Dr. D.____ nahm am 6. August 2015 ergänzend Stellung zu seinem psychiatrischen Teilgutachten und führte aus, die diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) ergebe sich aus den zu erhebenden anhaltenden Verhaltensmustern, die sich in starren Reaktionen auf persönliche und soziale Lebenslagen zeigten und beim Versicherten mit gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einhergingen. Weiter hielt er fest, dass bereits im Bericht der

Rehaklinik E.____ vom 3. Mai 2010 deutliche psychogene Verhaltensweisen bestanden hätten, jedoch damals noch keine psychische Störung habe erhoben werden können, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte. Am 17. September 2015 hielt Dr. D.____ im Wesentlichen fest, dass sich im Rahmen einer ausführlichen Anamneseerhebung keine Hinweise für eine schwere depressive Störung erheben liessen. Auch seien von Dr. I.____ keine ausreichenden Symptome einer schweren depressiven Störung beschrieben worden. Die von der behandelnden Psychiaterin attestierte hohe Motivation des Beschwerdeführers erscheine nach dessen psychischem Zustand eher fraglich, zumal eine mangelnde Motivation auch ein Symptom einer depressiven Störung sei. Auch unter Berücksichtigung der Arztberichte von Dr. I.____ ergäben sich keine Änderungen in der gutachterlichen Einschätzung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. 6.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 18. Februar 2015 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zur Hauptsache auf das Gutachten der C.____ GmbH vom 16. Juli 2014. Sie ging demnach davon aus, dass dem Beschwerdeführer aus gesamtmedizinischer Sicht die Ausübung einer seinen Möglichkeiten entsprechenden Verweistätigkeit (keine erhöhte emotionale Belastung, keine Stressbelastung, keine erforderliche geistige Flexibilität, keine vermehrten Kundenkontakte, keine überdurchschnittliche Dauerbelastung) im Umfang von 80% zumutbar sei. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.4 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das polydisziplinäre Gutachten der C.____, insbesondere das im vorliegenden Fall umstrittene psychiatrische Teilgutachten von Dr. D.____, weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und es setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander. Zudem wird einlässlich auf die Beschwerden eingegangen und es wird insgesamt ein hinreichendes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vermittelt. Auch die fachärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit sind ausreichend begründet und nachvollziehbar. Es wird deutlich, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der gestellten Diagnosen eine Verweistätigkeit zu 80% zumutbar ist. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sich die IV-Stelle in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und dessen Arbeitsfähigkeit auf das polydisziplinäre Gutachten stützte. 6.2 Was der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 23. März 2015 vorbringt, ist nicht geeignet, die beweisrechtliche Verwertbarkeit des polydisziplinären Gutachtens der C.____ GmbH vom 16. Juli 2014 in Frage zu stellen. 6.3.1 Der Beschwerdeführer bringt vor, er könne mit seinem geschädigten Daumen die bisherige Tätigkeit auf dem Bau nicht mehr ausüben. Er stützt sich dabei insbesondere auf den Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ vom 3. Mai 2010. Dem ist zunächst entgegenzuhalten, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung bei der Berechnung des Invalideneinkommens ohnehin nicht auf die angestammte Tätigkeit im Baugewerbe abgestellt hat, sondern auf eine Verweistätigkeit im

Umfang von 80%. Zudem berücksichtigte die Beschwerdegegnerin bei der Beschreibung der zumutbaren Verweistätigkeit die verschiedenen Einschränkungen des Versicherten (wie beispielsweise keine vermehrten Kundenkontakte, keine überdurchschnittliche Dauerbelastung). Ausserdem besteht bei der Beurteilung einer Verweistätigkeit zwischen dem Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ und dem Gutachten der C.____ kein grosser Unterschied. Anders beurteilt wird lediglich die Arbeitsfähigkeit der angestammten Bautätigkeit. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass Dr. J.____ in seinem orthopädischen Teilgutachten festgehalten hat, dass der Aussage der Rehaklinik E.____, dass eine massive Symptomausweitung sowie eine Aggravationstendenz vorliege, beigepflichtet werden könne. Aus diesem Grund bzw. weil die Beschwerden des Versicherten nicht objektiviert werden könnten, sei aber die Folgerung der Rehaklinik E.____, wonach der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben könne, nicht logisch (vgl. E. 5.4.1 hiervor). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers setzt sich demnach das Gutachten auch mit den diesbezüglich divergierenden Ausführungen des Austrittsberichts der Rehaklinik E.____ auseinander. Dieses Vorbringen des Beschwerdeführers vermag demzufolge das Gutachten nicht in Frage zu stellen. 6.3.2 Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, dass das Gutachten nicht verwertbar sei, da Dr. D.____ sich nicht mit den Berichten von Dr. I.____ und lic. phil. M.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, auseinandersetze. In Bezug auf die Berichte von Dr. I.____ ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung vom 1. Oktober 2015 dem Versicherten Recht gegeben und weiter ausgeführt hat, dass es sich um berechtigte Kritik am Gutachten handle. Deshalb habe sie auch eine Rückfrage bei Dr. D.____ vorgenommen, worauf dieser mit Stellungnahme vom 17. September 2015 (vgl. E. 5.5 hiervor) nachträglich zu den (in der Zwischenzeit vom Französischen ins Deutsche übersetzten) Berichten von Dr. I.____ Stellung genommen habe. Nachdem Dr. D.____ die Auseinandersetzung mit den Berichten von Dr. I.____ nachgeholt hat, kann das Gutachten der C.____ nicht bereits deswegen in Frage gestellt werden. Offensichtlich ist ein das Gutachten ergänzender Bericht suboptimal, der Mangel ist jedoch als geheilt zu betrachten. Was das Vorbringen hinsichtlich lic. phil. M.____ anbelangt, ist mit der Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass sich das Gutachten mit dem Austrittsbericht der Rehaklinik E.____ auseinandersetzt. Dieser wiederum hält auf Seite 10 fest, dass der Befund der Psychologin M.____ unter dem Abschnitt "Diagnostische Beurteilung" erwähnt sei. Insofern findet sich der Befund der Psychologin im Austrittsbericht, welcher vom Gutachten berücksichtigt wird. Unter diesen Umständen kann dem Vorbringen des Beschwerdeführers nicht gefolgt werden. 6.3.3 Des Weiteren beanstandet der Beschwerdeführer, dass nach der Verdachtsdiagnose einer hypertensiven Herzkrankheit mit linksventrikulärer Herzinsuffizienz keine weitergehenden bzw. kardiologischen Abklärungen durchgeführt worden seien. Mit dem Beschwerdeführer ist zwar festzuhalten, dass Dr. L.____ in seiner internistischen Beurteilung im Gutachten ausgeführt hat, dass sich anamnestisch und klinisch Hinweise für eine hypertensive Herzkrankheit mit leichter Linksinsuffizienz ergeben hätten. Gemäss Dr. L.____ könnte dies jedoch durch eine Echokardiographie problemlos verifiziert werden. Ausserdem fühle sich der Beschwerdeführer aus internistischer Sicht gesund und voll leistungsfähig. Kommt hinzu, dass die von Dr. L.____ gestellte Verdachtsdiagnose ohnehin bei den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde. Schliesslich reichte der Beschwerdeführer als Beilage zu seiner Replik selber einen Bericht von Dr. med. N.____, FMH Kardiologie, vom 7. Mai 2015 ein, indem dieser unter anderem von einer

durchgeführten Echokardiographie berichtet. Dr. N.____ hielt diesbezüglich unauffällige Befunde fest und bestätigte die Verdachtsdiagnose von Dr. L.____ nicht.

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