

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.15 vom 31. Oktober 2017**

SO Obergericht, 2017-10-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.15\\_d20171031](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.15_d20171031)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.15 du 31 octobre 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.15 del 31 ottobre 2017

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Juni bis 30. September 2014 sowie für die Zeit ab 1. Februar 2015 auf mindestens 50 % zu erhöhen und dementsprechend sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2017 mindestens eine halbe Invalidenrente (nebst Kinderzusatzrenten) zuzusprechen.

### **E. 2**

2.1 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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

### **E. 3**

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1,

Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe die Beschwerdegegnerin keine konkreten Tätigkeiten aufgezeigt, welche für den Beschwerdeführer in Frage kämen. Bürotätigkeiten kämen für ihn schon aus sprachlichen Gründen nicht in Frage. Arbeiten am

Fließband könnten einen gesundheitlich kontraindizierten Zeitdruck beinhalten. Für Botengänge komme er aufgrund der Gehbehinderung kaum in Frage. Aus den gleichen Gründen eigne er sich nicht für Bewachungs- oder Abwärtsaufgaben. Wegen der Gefahr der Hypoglykämie werde von Chauffeur Tätigkeiten abgeraten. Zeitungs- und Zeitschriften-Austragen scheiterten an der ungenügenden Mobilität. Bedienen und Überwachen von Maschinen bedinge eine Konzentrationsfähigkeit und eine gewisse Stresstoleranz, die der Beschwerdeführer nicht mit sich bringe. Die Limitierungen für einen geeigneten Arbeitsplatz seien derart, dass von einem eigentlichen Schonarbeitsplatz zu sprechen sei. Es sei höchst fraglich, ob die Restarbeitsfähigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt verwertet werden könne. Jedenfalls müsste dem sehr engen Spektrum an Verweistätigkeiten durch einen deutlich höheren Tabellenlohn (recte: Tabellenlohnabzug) Rechnung getragen werden. Bei funktionaler Einhändigkeit werde beispielsweise in der Praxis ein Abzug von 20 % bis 25 % als angemessen angesehen (Urteil 8C\_1050/2009 vom 20. April 2010 E.4.2. mit weiteren Hinweisen). Zur Begründung eines höheren Tabellenlohnabzuges könnten weitere Faktoren herangezogen werden: Sei es das reduzierte Pensum, d.h. die Teilzeitbeschäftigung oder das ganztägige Pensum mit reduzierter Leistungsfähigkeit, sei es die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, die ungesicherte Aufenthaltskategorie, die geringe Schulbildung sowie die begrenzten Sprachkenntnisse oder die Notwendigkeit des Wechsels in ein neues Tätigkeitsgebiet. Die zahlreichen Nebendiagnosen wie Kopfschmerz vom Spannungstyp, chronische Lumbalgien, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Hyperlipidämie, liessen erwarten, dass ein Arbeitsverhältnis mit periodischen Absenzen infolge akuter Erkrankung, Arztterminen, Therapien usw. belastet würde. Die hyperaktive Blase mit Urininkontinenz erfordere einen erhöhten Pausenbedarf. All dies lasse erwarten, dass ein Arbeitgeber, wenn er überhaupt das Risiko einer Anstellung eingehe, nur einen reduzierten Lohn anbieten werde. All dies spreche für einen höheren Tabellenlohnabzug. Sodann erscheine es für das Invalideneinkommen nicht sachgerecht, den Durchschnitt des Totals von CHF 5'210.00 für Männer zur Anwendung zu bringen, nachdem aufgrund des massiv verengten Spektrums von Verweistätigkeiten die meisten, den Durchschnitt prägenden Branchen ausser Betracht fielen. Zum Vornherein ausser Betracht würden die allermeisten Tätigkeiten der Wirtschaftszweige 05 bis 43 (Sektor Produktion) wie Bergbau, Metallherstellung, Maschinenbau, Fahrzeugbau, Energieversorgung, Wasserversorgung und Baugewerbe fallen. Wende man im konkreten Fall für das Invalideneinkommen ausnahmsweise aus der Tabelle TA1 tirage-skill-level den Durchschnittslohn «Dienstleistungen» von monatlich CHF 4'760.00 auf den konkreten Fall (analog Urteil 8C\_1050/2009 vom 28. April 2010, E.3.5) an, gelange man bei einem leistungsbedingten Abzug von 15 % zu einem IV-Grad von 54 %, bei einem solchen von 20 % zu einem IV-Grad von 57 %. Des Weiteren liste die D.\_\_\_\_ bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Diagnosen auf, welche beim C.\_\_\_\_ nicht aufgeführt worden seien. Diese seien eine posttraumatische Arthrose Grosszehengrundgelenk links, eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1, psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen gemäss ICD-10 F54 sowie Dystonie im linken Fuss mit partieller Läsion des Nervus peroneus profundus. Die RAD-Ärztin beschäftige sich diesbezüglich nur mit der beim C.\_\_\_\_ nicht gelisteten posttraumatischen Belastungsstörung. Frau Dr. med. F.\_\_\_\_ vom RAD blende diese Diagnose aus, da Dr. med. G.\_\_\_\_ von der D.\_\_\_\_ konzediere, diese Diagnose sei bei strenger Auslegung der ICD-10-Kriterien nicht zu stellen. Dieser Ansicht könne nicht gefolgt werden. Bei Konsultation des Teilgutachtens zeige sich, dass Dr. med.

G.\_\_\_\_ nicht aufgrund der fehlenden Symptome an der Diagnose PTBS zweifle, sondern weil das sogenannte A-Kriterium einer «aussergewöhnlichen Bedrohung» oder einer solchen «katastrophenartigen Ausmasses» in objektiver Hinsicht wohl kaum erfüllt gewesen sei. Indessen sei das Kriterium in subjektiver Hinsicht erfüllt (Teilgutachten Dr. med. G.\_\_\_\_, S. 10). Zudem ziehe der psychiatrische C.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ das Vorhandensein einer PTBS gar nicht in Erwägung, weshalb keine eigentlich echten konträren Standpunkte vorliegen würden. Es sei somit gerechtfertigt, das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung zu bejahen. Es verstehe sich von selbst, dass eine PTBS im Zusammenspiel mit den weiteren körperlichen und psychischen Faktoren die Arbeitsfähigkeit zusätzlich limitiere. In somatischer Hinsicht sei zu bemerken, dass die posttraumatische Arthrose des Grosszehengrundgelenkes die Gehfähigkeit zusätzlich zur sogenannten Varusfehlstellung behindere. Auch von daher müsste die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht weiter limitiert sein, als sie von den C.\_\_\_\_-Gutachtern attestiert werde. Unterschiede ergäben sich ferner bei der durch das Gutachten der D.\_\_\_\_ diagnostizierten Dysthonie am linken Fuss. Im C.\_\_\_\_-Gutachten werde diese Problematik nur unter dem Bild einer Nervus peroneus communis Läsion links erfasst. Mit Dysthonie werde eine neurologisch bedingte Bewegungsstörung bezeichnet. Die Nervenläsionen seien irreversibel. Diese Funktionsstörung behindere die Gehfähigkeit unabhängig von der Fehlstellung zusätzlich. Hier wäre die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit höher zu gewichten. Auch hier wäre, wenn das Gericht dieser Betrachtungsweise nicht folgen möchte, durch eine gerichtliche Begutachtung weitere Klarheit zu schaffen. Schliesslich sei noch auf die depressive Erkrankung einzugehen. Der Gutachter des C.\_\_\_\_, Dr. med. H.\_\_\_\_, diagnostiziere eine «sonstige rezidivierende depressive Störung gemäss ICD-10 F33.8». Das Gutachten der D.\_\_\_\_ diagnostiziere «eine chronische, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom gemäss ICD-10 F32.11». Warum Dr. med. H.\_\_\_\_ die depressive Störung als eine solche gemäss ICD-10 F33.8 klassifiziere, lasse sich auch dem Teilgutachten nicht im Einzelnen entnehmen. Dr. med. H.\_\_\_\_ komme zum Ergebnis, aus psychiatrischer Sicht könne trotz der mittelgradigen depressiven Störung eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Allerdings sei der Versicherte einem Arbeitsumfeld nur eingeschränkt zumutbar und bedürfe vermehrter Rücksicht und vermehrtem Verständnis. Dr. med. G.\_\_\_\_ begründe die Diagnose «chronische, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (gemäss ICD-10 F.32.11)» dagegen sehr ausführlich. Gerade weil hier auch eine depressive Erkrankung mit somatischem Syndrom diagnostiziert werde, sei die Mobilisierung der nötigen Willensanspannung eher erschwert, als bei einer depressiven Erkrankung ohne somatisches Syndrom. Sei die Diagnose von Dr. med. G.\_\_\_\_ überzeugender, müsse auch auf dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Die Limitierung sei somit mindestens mit 50 %, nicht nur mit 40 % zu bemessen. Nachdem der neuste ärztliche Bericht der E.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2017 als Diagnose eine chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 stelle, wäre zudem Anlass gegeben, die Indikatorenrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 zur Anwendung zu bringen. Aufgrund der sehr sorgfältigen Prüfung der Frage im Gutachten, ob eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliege, sei aber davon auszugehen, dass diese Diagnose eher nicht zutreffend sei. Jedenfalls begründeten die behandelnden Ärzte Dr. med. I.\_\_\_\_ und Dr. med. J.\_\_\_\_ ihre Diagnose nicht, Soweit aber von einer Mitbeteiligung einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werde, wäre die

Indikatorenrechtsprechung beachtlich. Das Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 26. August 2015 berücksichtige die Indikatoren gar nicht, obwohl die neue Rechtsprechung damals bereits bekannt gewesen sei. Das Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 17. Februar 2016, insb. das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2015, nehme die Beurteilung ausdrücklich auch anhand der Indikatoren der neuen Rechtsprechung vor. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer am 17. November 2016 aufgrund akuter Verschlechterung des psychischen Zustandes einen stationären Klinikaufenthalt angetreten habe. Der Sachverhalt habe sich noch vor Erlass der (Haupt-) Verfügung vom 25. November 2016 ereignet, weshalb er hier mitzuwürdigen sei.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 17. November 2011 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Nach Ablauf der Wartezeit (November 2012) bis Ende Februar 2014 sei ihm keine Erwerbstätigkeit zumutbar. Ab 1. März 2014 sei er in seiner Erwerbsfähigkeit unterschiedlich hoch eingeschränkt. Angepasste, wechselbelastende Tätigkeiten in der freien Wirtschaft seien ihm aus medizinischer Sicht in einem Pensum von 60 % zumutbar. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung Rechnung getragen und einen Abzug von 15 % vorgenommen. Sodann sei für die Invaliditätsbemessung nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden könne, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG; Urteil 1 198/97 vom 7. Juli 1998 E. 3b, AHI 1998 S. 287). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasse auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen könnten (Urteil 9C\_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 mit Hinweisen). Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit sei hingegen in denjenigen Fällen anzunehmen, in denen die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich sei, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kenne oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheine (z.B. Urteil 8C\_1050/2009 vom 28. April 2010 E. 3.3 mit Hinweisen). Eine derartige Konstellation sei im vorliegenden Fall jedoch nicht gegeben. Die auf Seite 59 des Gutachtens der C.\_\_\_\_ vom 26. August 2015 aufgeführten Schonkriterien liessen weiterhin Tätigkeiten z.B. in den Bereichen Versand, Verpackung und Kontrolle, aber auch Kleinmontagen und Konfektionierungen zu. Es sei dem Beschwerdeführer jedoch darin zuzustimmen, dass dieses eingeschränkte Tätigkeitsspektrum rechtsprechungsgemäss einen Tabellenlohnabzug von 15 % rechtfertige. Sodann führe Dr. med. F.\_\_\_\_ vom RAD aus, dass in beiden Gutachten die Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich durch die psychiatrische Erkrankung begründet werde. Da der Gutachter der D.\_\_\_\_, Herr Dr. med. G.\_\_\_\_, zusätzlich die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) stelle, schliesse er auf eine geringere Arbeitsfähigkeit als der C.\_\_\_\_-Gutachter, Dr. med. H.\_\_\_\_. Dr. med. G.\_\_\_\_ vermerke jedoch, dass die Diagnose einer PTBS bei strenger Auslegung der ICD-10-Kriterien nicht gestellt werden könne. Damit erscheine sie zumindest diskutabel. Das Gutachten der D.\_\_\_\_ liefere somit keine neuen Erkenntnisse und vermöge daher die Ergebnisse der C.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Die Tatsache, dass das Gutachten der C.\_\_\_\_ nicht explizit auf die

Kriterien gemäss BGE 141 V 281 eingehe, schade seinem Beweiswert in keiner Weise. Anknüpfungspunkt für das strukturierte Beweisverfahren würden gemäss der bundesgerichtlichen Praxis einzig sicher diagnostizierte psychosomatische Krankheitsbilder bilden (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.2). Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung werde jedoch von Dr. med. H.\_\_\_\_ explizit verworfen.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die von der Beschwerdegegnerin ab 1. März 2013 vorgenommenen Rentenabstufungen korrekt sind. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Im Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 20. März 2013 (IV-Nr. 3, S. 13) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer habe am 17. November 2011 einen Unfall erlitten, wobei er von einem Staplerfahrer von hinten angefahren worden sei. Er habe sich oben genannte Verletzungen zugezogen, die operativ versorgt worden seien. Am 14. Dezember 2011 sei der Patient zur stationären Rehabilitation zugewiesen worden. Unter den angeordneten therapeutischen Massnahmen habe bis Austritt erreicht werden können, dass die Mobilität dahingehend verbessert worden sei, dass der Patient an Unterarmstöcken mobil gewesen sei. Die Belastung des linken Beines habe schmerzbedingt jedoch nur bis 20 kg gesteigert werden können, bei erlaubter Teilbelastung von 30 kg. Die Wunde am Unterschenkel links nach Spalthautdeckung sei nach vorübergehender Vac-Behandlung bis zum Austritt reizlos abgeheilt. Wegen persistierender Schmerzen bei Belastung in der Hand rechts sei am 6. Februar 2012 eine radiologische Kontrolle durchgeführt worden, wo eine alte Scaphoid- sowie eine Basisfraktur des Metacarpale V rechts festgestellt worden sei. Im CT vom 22. Februar 2012 der Hand rechts habe die intraartikuläre, in leichter Achsenfehlstellung verheilte Basisfraktur des Os Metacarpate Dig. V rechts bestätigt werden können.

5.2 Im Bericht des K.\_\_\_\_ betreffend die orthopädische Sprechstunde vom 26. September 2013 (IV-Nr. 47, S. 8) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Multifaktorielle Schmerzen und Fehlstellung/ -haltung im linken Rückfuss bei:

In der Zusammenschau sämtlicher Befunde und der heutigen Untersuchung liessen sich drei strukturelle Problemkreise objektivieren: 1. Nachgemessene Innenrotationsfehlstellung im Unterschenkel von 18,6°. Dies alleine müsste noch nicht zwingend ein Problem darstellen. 2. Die konventionell radiologisch noch nicht zu 100 % abgeschlossene Konsolidation. Auch hier sei es schwierig zu sagen, ob die möglicherweise vorliegende formale Pseudoarthrose effektiv instabil und symptomatisch sei. Wenn dies so wäre, wären mit der Zeit Lockerungssäume um die Schrauben und / oder Schraubenbrüche zu erwarten. 3. Die Schädigung des N. peroneus, die in Kombination mit der Innenrotationsfehlstellung zu der Fehlhaltung mitbeitrage durch die abgeschwächte Eversionskraft im Fuss. Es falle allerdings auf, dass die Eversion bei direkter Krafttestung nicht wie erwartet durchwegs schwach ausfalle. Neben diesen strukturellen Befunden sei aber eine gewisse psychosomatische, funktionelle Komponente nicht ausgeschlossen. Insbesondere auch darum, weil gewisse Diskrepanzen in der auffälligen Fehlhaltung und Belastung gegenüber der passiv problemlosen Redressierbarkeit des Fusses bestünden. Man würde erwarten, dass bei einer derartigen Fehlhaltung aufgrund der Peronealparese mit der Zeit eine fixierte Fehlstellung eintreten würde. Deshalb empfehle man eine psychosomatische Abklärung.

5.3 Vom 25. November 2013 bis 17. Januar 2014 war der Beschwerdeführer auf der Psychosomatikstation der Psychiatrischen Dienste Olten, hospitalisiert. Im Bericht der L.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2013 (recte: 2014) (IV-Nr. 50) wurden eine Chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren (F45.41) und eine Depressive Episode (F32.8) diagnostiziert. Aus psychiatrischer Sicht sei eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung indiziert, hierunter könne bei unveränderter körperlicher Situation zumindest eine Stabilisierung des psychischen Befundes erreicht werden.

5.4 Im orthopädischen Aktengutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 3. Februar 2014 (IV-Nr. 56.3), welches zuhanden der Unfallversicherung Allianz Suisse erstellt wurde, wurde ausgeführt, aufgrund der Aktenlage erscheine eine ausschliesslich stehende Arbeit nicht mehr zumutbar. Eine wechselbelastende vorwiegend sitzende Arbeit oder ausschliesslich sitzende Arbeit sei im Zusammenhang mit dem Bewegungsapparat respektive den nachweislichen respektive nachvollziehbaren Beschwerden/Pathologien (am linken Unterschenkel) dagegen zu 100 % zumutbar (ganztags ohne messbare Leistungseinschränkung).

5.5 Im polydisziplinären Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 26. August 2015 wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 85.1 S. 58):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Vom 17. Januar 2011 bis spätestens 10. Februar 2014 und erneut von Juli bis Oktober 2014 habe in der bisherigen Tätigkeit im Rahmen der postoperativen Rehabilitation gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden (Arbeitsunfähigkeit 100 %). Auf Grund der mittelgradigen depressiven Störung mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, der Konzentrationsfähigkeit, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit, betrage die Arbeitsfähigkeit von März - Juli 2014 und seit November 2014 als Getränkelieferant mit Lenken eines Lastwagens gesamthaft 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %)■ da das Lenken eines Lastwagens mit erhöhter Lenkerverantwortung auf Grund der depressiven Störung nicht zu verantworten sei. In einer leidensadaptierten Tätigkeit habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation auch für adaptierte Tätigkeiten ab dem Unfalldatum bis Februar 2014 gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %) bestanden sowie von Juli - Oktober 2014. Körperlich leichte Tätigkeiten, vorwiegend sitzend, ohne Kraftanwendung der rechten Hand sowie Tätigkeiten in Wechselhaltung mit einfachen motorischen Bewegungsabläufen im Bereich der Beine auf ebenem Gelände und in temperierten Räumen und Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne Anforderungen an die Konzentration, ohne Lenken eines Kraftfahrzeugs, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz von März - Juli 2014 sowie ab November 2014 zu 60 % (Arbeitsunfähigkeit 40 %) zugemutet werden. Die Arbeitsfähigkeit bestehe seit März 2014 und theoretisch stehe einer sofortigen beruflichen Eingliederung nichts entgegen. Allerdings erschienen Eingliederungsmassnahmen bei anzunehmender mangelnder Motivation eher wenig aussichtsreich.

5.6 Im Polydisziplinären Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 17. November 2016 (IV-Nr. 99, S. 3) wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 99 S. 42 f.):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Aus psychiatrischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr möglich, das heisse, hier bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, da der Versicherte für ein professionelles Führen eines Last- oder Lieferwagens nicht mehr fahrtauglich sei. Auch aus orthopädischer Sicht lasse der derzeitige Zustand des Bewegungsapparates keine Wiederaufnahme der Arbeit in der angestammten Tätigkeit zu. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zurzeit noch nicht beurteilbar, es werde hier auf das orthopädische Teilgutachten verwiesen. Bei einer angepassten Tätigkeit, die keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stelle oder besondere Fähigkeit verlange, könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden. Aus orthopädischer Sicht könne von den vorgeschlagenen Massnahmen (Korrekturosteotomie linker Unterschenkel, Abklärung der Syndesmosenproblematik), respektive den bereits in Planung befindlichen Operationen an der rechten Hand eine namhafte Besserung erwartet werden. Aus diesem Grund könne aktuell noch kein Zumutbarkeitsprofil für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit festgelegt werden. Ebenso sei die Bezifferung der Integritätsentschädigung verfrüht. Eine Neubeurteilung sei erst nach Abschluss der Behandlungen angezeigt. Aus allgemein-internistischer Sicht sollten betreffend der arteriellen Hypertonie keine körperlich schweren Arbeiten durchgeführt werden. Betreffend des Diabetes sollten Tätigkeiten mit regelmässiger Tagesstruktur, mit der Möglichkeit regelmässiger Essenzeiten und dem Vermeiden stark wechselnder körperlicher Belastungen ermöglicht werden. Keine Schicht- oder Nacharbeit. Aufgrund der Hypoglykämiegefahr keine berufliche Personenbeförderung, keine Tätigkeit mit Überwachungsfunktion, keine Arbeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr oder an gefährlichen Arbeitsplätzen (Leitern, Gerüste, rotierende Maschinen etc.). Aus psychiatrischer Sicht sei die Annahme überwiegend wahrscheinlich, dass die Arbeitsfähigkeit seit Beginn des Belastbarkeitstrainings im Mai 2013 geschwankt und sich auch verschlechtert habe, aber in dieser Zeit immer zwischen 40 bis 60 % gelegen habe. Aus neurologischer sowie orthopädischer Sicht bestünden die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seit dem Unfalldatum. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

5.7 Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), führte in ihrer Stellungnahme vom 9. Juni 2016 (IV-Nr. 101) aus, die diagnostischen Beurteilungen der beiden psychiatrischen Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ des C.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ von der D.\_\_\_\_ seien bezüglich der im Vordergrund stehenden Depression vergleichbar. Beide bestätigten das Vorliegen einer chronifizierten depressiven Störung von mittelgradiger Ausprägung. Ebenfalls von beiden verneint werde das Vorliegen einer somatoformen Störung. Einig seien sie sich, dass psychogene Faktoren das Schmerzerleben überlagern würden. Wo die Beurteilung divergiere, sei bei der Frage einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der Gutachter der D.\_\_\_\_ komme «nach Überlegungen» zum Schluss, dass diese Diagnose zu stellen sei, füge aber gleichzeitig an, dass man sich selbstverständlich auch mit nachvollziehbaren Gründen dagegen entscheiden könne. Bei einer strengen Auslegung der ICD-10 Kriterien sei die Diagnose nämlich nicht zu stellen. Vom psychiatrischen Gutachter des C.\_\_\_\_, Dr. med. H.\_\_\_\_, werde die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen mit 60 % beziffert, vom Dr. med. G.\_\_\_\_ mit

50 %. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. H.\_\_\_\_ sei nachvollziehbar, begründe er die Einschränkung von 40 % doch durch eine ausführliche Beschreibung der Funktionseinschränkungen und Ressourcen des Versicherten. Dr. med. G.\_\_\_\_ habe seine Expertise in Kenntnis des Gutachtens von Dr. med. H.\_\_\_\_ erstellt, und er bemängle, dass dieser sich nicht mit der posttraumatischen Störung und der Essstörung auseinandergesetzt habe. Er meine, dass dieser «posttraumatische» Anteil des ausgewiesenen psychischen Störungsbildes einer spezifischen Traumatherapie zugänglich wäre, was sich im besten Fall positiv auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde.

5.8 Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2017 (IV-Nr. 109) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei am 17. November 2016 in die stationäre Behandlung eingetreten. Es bestünden eine chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode ohne psychotische Symptomen (ICD-10 F33.2). Zum Zeitpunkt des Klinikeintritts bis jetzt bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bei einer Besserung des psychischen Zustandsbildes, in der Zwischenzeit, sei ab Januar 2017 eine Arbeitstherapie im Rahmen der stationären Behandlung angemeldet. Frühestens nach der ersten Auswertung der Arbeitstherapie könne eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt des Austrittes geschätzt werden.

5.9 In seinem Schreiben vom 21. Januar 2015(recte 2017)nahm der orthopädische Gutachter der D.\_\_\_\_, Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, zu den Zusatzfragen des Beschwerdeführers Stellung (Beschwerdebeilage 5). Dr. med. N.\_\_\_\_ wies darauf hin, dass der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit E-Mail vom

### **E. 3.2**

und 3.3). Damit ergibt sich ein Abzug alleine aufgrund der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung des Beschwerdeführers. Im Lichte des von den C.\_\_\_\_-Gutachtern statuierten Zumutbarkeitsprofils (vgl. IV-Nr. 85.1, S. 59) erscheint der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug von 15 % angemessen, womit die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsberechnung nicht zu beanstanden ist.

10. Schliesslich verlangt der Beschwerdeführer, die Beschwerdegegnerin sei, im Fall des Abstellens auf das polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_, zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Kosten des Gutachtens nach den Ansätzen des BSV zu vergüten.

Gemäss Art. 45 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden.

Die infrage stehende Massnahme ist zur Beurteilung des Anspruchs unerlässlich, wenn dieselbe Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, was jedoch nicht erfolgt ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_858/2014 vom 3. September 2015 E. 6, 9C\_921/2013 vom 24. Februar 2014 E. 5.1 [SVR 2014 IV Nr. 11 S. 44]). Darüber hinaus kommt eine Kostenübernahme auch infrage, wenn aufgrund der damaligen Aktenlage eine ergänzende Begutachtung nicht zwingend gewesen wäre, das Privatgutachten aber neue Erkenntnisse liefert, welche die Anspruchsbeurteilung

beeinflusst oder zusätzliche Abklärungen auslöst. Nachdem aber, wie vorgehend dargelegt, das Gutachten der D.\_\_\_\_ nur bedingt verwertbar ist und stattdessen vollständig auf das bereits von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten des C.\_\_\_\_ abzustellen ist, kann eine Pflicht zur Kostenübernahme ohne Weiteres verneint werden.

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

#### **E. 4**

Januar 2017 mitgeteilt habe, dass der Beschwerdeführer die im orthopädisch-traumatologischen Gutachten empfohlene Weiterbehandlung ablehne, was aus medizinischer wie auch wirtschaftlicher Sicht nicht nachvollziehbar sei. Gemäss Rechtsvertreter sei nun die Arbeitsfähigkeit aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes zu beurteilen. In der Folge führte Dr. med. N.\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus, insgesamt klage der Beschwerdeführer über Schmerzen in beiden Beinen, die auch teilweise gefühllos seien. Bei der Untersuchung am 15. Oktober 2015 sei der Beschwerdeführer stark hinkend gegangen und habe einen Gehstock benutzt. Der linke Fuss sei massiv innenrotiert gewesen. Der linke Unterschenkel habe ein deutliches Crus varum gezeigt. Der linke Rückfuss sei in Varus gewesen. Im Barfuss-Gang sei der linke Fuss nur über dem Aussenrist abgerollt worden, die Grosszehe und das 1. Metatarsale-Köpfchen hätten keinen Boden-Kontakt gezeigt. Die Beweglichkeit des linken oberen Sprunggelenkes sei gut zur Hälfte eingeschränkt gewesen. Im Bereich der ausgedehnten Narbenfelder sei die Sensibilität herabgesetzt gewesen. Am fünften Mittelhandknochen rechts sei die Muskulatur vernarbt und reduziert. Die Abduktionsbewegung habe Schmerzen verursacht. Mit den Fehlstellungen an Unterschenkel und Fuss links sei ein normales Gehen ohne Gehstock unmöglich. Damit sei

das beidhändige Tragen von Gegenständen auch über kurze Strecken nicht machbar und daher nur eine sitzende Tätigkeit möglich. Die Wiederaufnahme der Arbeit in der angestammten Tätigkeit sei nicht möglich. Die Fehlstellung des 5. Mittelhandknochens rechts und die schmerzhafte Beweglichkeit des 5. Fingers schränken die manuellen Tätigkeiten aber nur gering ein. Der Faustschluss sei möglich. Das Halten und Bearbeiten von Werkstücken bei sitzender Tätigkeit am Tisch seien möglich.

5.10 Mit Schreiben vom 23. Januar 2015 (Beschwerdebeilage 6) nahm der neurologische Gutachter der D.\_\_\_\_, Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, zu den Zusatzfragen des Beschwerdeführers Stellung. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielt Dr. med. O.\_\_\_\_ fest, an der rechten Hand bestehe ein Zustand nach Metacarpalefraktur. Einschränkend sei die verminderte Belastungstoleranz und eine leichte Beeinträchtigung der Feinbewegungen. Daneben bestehe ein Kopfweg vom Spannungstyp. Dieses sei unfallunabhängig und führe nicht zu einer messbaren Beeinträchtigung. Eine Lumbalgie sei ebenfalls unfallunabhängig, wäre aber bei einem allfälligen Arbeitseinsatz zu berücksichtigen. Durch die Problematik im linken Fuss mit Dystonie, Bewegungseinschränkung und belastungsabhängigen Schmerzen bestehe unfallbedingt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten, bei denen der linke Fuss belastet werde. Insbesondere sei zu erwähnen das Führen eines Motorfahrzeugs mit mechanischer Kupplung sowie andere Tätigkeiten, wo mit dem linken Fuss Pedale betätigt werden müssten, ausserdem Tätigkeiten, die überwiegend im Gehen oder Stehen ausgeführt werden müssten. Von Seiten der rechten Hand seien belastende Tätigkeiten und bis zu einem gewissen Grad auch Feinbewegungen nicht zumutbar.

5.11 Im Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2017 (Beschwerdebeilage 7a) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer sei zur Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes auf die offene Abteilung für Angst und Depression aufgenommen worden. Initial klagte er über Durchschlafstörung, Antriebslosigkeit sowie Stimmungstief. Übereinstimmend mit dem klinischen Eindruck zeigten diagnostische Verfahren eine schwere Ausprägung der depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Der Beschwerdeführer berichte konsistent im Verlaufe der Hospitalisierung über Alpträume, worin auffällig gewesen sei, dass stets inhaltlicher Bezug auf sein beschädigtes Bein bestanden habe (Autounfall mit Beinverletzung, Konfrontation mit einem Raubtier mit Beteiligung einer Beinverletzung, Unfähigkeit zu entweichen einer katastrophalen Situation aufgrund Gehbehinderung). Tagsüber habe er Nachhallerinnerungen an seinen Unfall mit dem Gabelstapler geklagt. Er berichte über ausgeprägte Konzentrationsstörungen im Alltag, welche soweit führen würden, dass er «sich verliere» (Derealisation, die Umgebung fühle sich fremd an) und sehr vergesslich werde. Darüber hinaus habe er subjektiv über erhöhte Schreckhaftigkeit berichtet (was im klinischen Alltag nicht eindeutig habe beobachtet werden können). In diesem Zusammenhang sei der Verdacht einer posttraumatischen Belastungsstörung postuliert worden. Bei kontinuierlicher Behandlung habe sich die depressive Symptomatik verbessert und der Patient habe sich zunehmend leistungsfähiger gefühlt. Mit den Wochenendurlaube habe er den Umgang mit den alltäglichen Anforderungen geübt und festgestellt, dass er ihnen langsam wieder gewachsen gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand, bei fehlender Selbstgefährdung wieder nach Hause austreten können.

6. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrem angefochtenen Entscheid hauptsächlich auf das polydisziplinäre Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 26. August 2015 abstützt, ist vorweg dessen Beweiswert zu prüfen. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass dieses die allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen, welche von der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten gestellt werden, erfüllt. So ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein.

Im neurologischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ vom 21. August 2015 (IV-Nr. 85.3) führte Dr. med. P.\_\_\_\_, Spezialärztin Neurologie FMH, aus, die beklagten Beschwerden im Bereich des linken Beines, insbesondere des Unterschenkels und Fusses, würden neurologische Aspekte tragen. Die Fehlhaltung in Supinationsstellung mit auf Aufforderung schwieriger und unvollständiger Redression des Fusses seien Folge der Verletzung des Nervus peroneus communis links, dass der zweite distale Beinernerv, beziehungsweise die durch diesen Nerven innervierten Muskeln, ein Innervations-«Übergewicht» hätten und somit Grund der Fehlhaltung seien. Auch die hyp- und dysästhetischen Sensibilitätsstörungen entsprächen dem Ausbreitungsgebiet der geschädigten Nerven beziehungsweise Nervenäste (Nervus peroneus communis mit den Ästen profundus und superficialis, Nervus suralis) links. Die genannte Schmerzzone an der Fusssohle links, die sich im Rahmen der klinisch neurologischen Untersuchung nicht als Hyp- und/oder Dysästhesiezone identifizieren lasse, sei wahrscheinlich als sekundäre Nervenreizung von sensiblen Fusssohlen-Nervenanteilen (Nervus tibialis plantaris) zu interpretieren. Unter Gewichtsbelastung des OSG könnten Druckeinflüsse die Nervenäste tangieren oder komprimieren. Die Klagen über schmerzhafte Bewegungseinschränkungen im linken Handgelenk sowie Schmerzen im Bereich des Kleinfingers könnten neurologisch nicht erklärt werden bei fehlenden Zeichen muskulärer Atrophien. Eine durch eine mögliche Schädigung von Handnerven bedingte muskuläre Schwäche könne nicht erfasst werden; die angegebenen leichtgradigen Sensibilitätsstörungen im Narbenbereich (Handgelenksbereich und lokal am ulnaren Handrücken) könnten durch eine Affektion kleiner sensibler Hautnervenäste bedingt sein. Die seitens des Versicherten angegebenen Kopfschmerzen, bestehend seit 2013 oder 2014, könnten als kappenartige Spannungskopfschmerzen bis mittlerer Schmerzstärke kategorisiert werden; das Auftreten unter Wirbelsäulenfehllhaltung, zum Beispiel durch Gehen an einer Unterarmgehstütze, sei Folge einer Fehlbelastung der paravertebralen Muskulatur, daraus resultierenden muskulären Verspannungen, die die HWS- und Nacken Kopfmuskulatur miteinvolvierend würden. Auch die angegebenen Beschwerden, teils mit lokal brennenden Phänomenen im Bereich der LWS seien wahrscheinlich ebenso Folge einer seit 2011 postoperativ bestehenden Fehlbelastung der paravertebralen thorakalen und lumbalen Muskulatur beim Gehen an einer Unterarmgehstütze rechts. Gestützt auf ihre umfassende Befund- und Anamneseerhebung führte Dr. med. P.\_\_\_\_ sodann schlüssig aus, bedingt durch die Nervenschädigung am linken Bein, mit Schwierigkeiten bei der Fuss-/Zehenhebung, leichtgradig auch -senkung, sowie Pronation (Auswärtsdrehung), Sensibilitätsstörungen im Fuss/an der Fusssohle, die bei Belastung durch das eigene Körpergewicht zunehmen würden, seien dem Versicherten Arbeiten im Stehen und Gehen nicht vollumfänglich zuzumuten, dies insbesondere nicht auf unebenem Gelände, Leitern, Gerüsten wie aber auch nicht mit zusätzlicher Gewichtsbelastung (Tragen und Halten, Ziehen, Stützen von schweren Gegenständen), da eine eingeschränkte Posturalität und Gehfähigkeit bestünden. Weiter vermag auch die aus

neurologischer Sicht beurteilte Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer seit dem Unfalltag am 17. November 2011 als Hilfsarbeiter (ausliefernder Chauffeur) in einer Getränkefirma nicht mehr arbeitsfähig sei. Die vorhandene schwere axonale Schädigung des Nervus peroneus links, die infolge der drittgradigen offenen Unterschenkeltrümmerfraktur und Fraktur des Malleolus medialis links aufgetreten sei, führe zu einer Supinations- und Innenrotationsfehlstellung des linken Fusses mit nur mühevoller unvollständiger aktiver Stellungskorrektur. Auch die Dorsalextension (Hochziehen) des Fusses und der Grosszehe links sei stark eingeschränkt, so dass aus dem Ausfallsmuster ein mangelhaftes flüssiges Gehen mit Anheben und Abrollen des Fusses resultiere, was über eine Hebung des Unterschenkels teilkompensiert werde. Das vorhandene Schädigungsmuster bedinge das pathologische Gangbild, wie auch eine Stand- und Ganginstabilität. Ein pedaler Kraftaufbau sei nur sehr reduziert möglich. Somit sei sowohl das Fahren eines Lastwagens, die Kupplung mit dem linken Fuss Treten und Bremsen mit dem linken Fuss nicht kraftvoll oder dosiert möglich. Auch sei eine Gewichtsbelastung auf dem linken Bein, wie sie für das Bewegungsmuster mit Be- und Entladen des LKWs mit gefüllten oder leeren Getränkekisten auf und von einer Sackkarre notwendig sei, mit der dafür notwendigen Kraft und Stabilität im Bereich des linken Beines und Fusses nicht mehr möglich. Dagegen sei der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus neurologischer Sicht 100 % arbeitsfähig, dies frühestens ab Februar 2012, unter Berücksichtigung einer Rekonvaleszenz-Zeit von 8 - 12 Wochen nach dem letzten operativen Eingriff. Ab Unfall vom 17. November 2011 mindestens bis Ende Januar 2012 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Arbeitsbereich, zum Beispiel in Form einfacher Kontroll- und Wartungsarbeiten sollte vorwiegend sitzend ausgeübt werden können, mit Möglichkeiten zur Wechselhaltung (für wechselnde muskuläre Be- und Entlastung des linken Beines). Kurze Gehstrecken auf ebenen Böden und mit ausreichender Umgebungsbeleuchtung (zur Wahrung des visuellen Feedbacks), vorzugsweise in der Ebene, dass heisse ohne höhergradige Steigungen oder Notwendigkeit zum wiederholten Treppauf- und Absteigen, könnten dabei überwunden werden.

Sodann hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im psychiatrischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2015 (IV-Nr. 85.4) fest, im psychischen Zustand lasse sich im Zusammenhang mit der anhaltenden Schmerzsymptomatik seit einer Rehabilitationsbehandlung an der B.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2011 bis 14. März 2012 bei Zustand nach dem Unfallgeschehen am 17. November 2011 seit etwa April 2012 eine rezidivierende depressive Störung erheben, nachdem während des stationären Aufenthaltes in der B.\_\_\_\_ Anpassungsstörungen mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen diagnostiziert worden seien. Weiter sei vom 25. November 2013 bis 17. Januar 2014 eine stationäre Behandlung an der Psychosomatikstation der L.\_\_\_\_ erfolgt und es sei eine depressive Episode, ICD-10 F32.8, diagnostiziert worden. Dabei handle es sich um eine atypische Depression mit Mischbildern depressiver Symptome mit anhaltendem Schmerz oder Müdigkeit, die keine organische Ursache hätten. Zum gegenwärtigen Untersuchungszeitpunkt biete der Explorand Symptome einer mittelgradigen depressiven Störung, gekennzeichnet durch niedergeschlagene Stimmung mit Affektstörungen, vermindertem affektivem Mitschwingen bis Affektlabilität und weinerlichem Verhalten, psychomotorischer Verlangsamung mit wechselnder Anspannung und Antriebsminderung. Auch liessen sich im Verlauf der Untersuchung zunehmende kognitive Störungen mit Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisschwierigkeiten erheben und der Explorand wirke im Denken völlig

negativistisch auf seine körperlichen Beschwerden und seine soziale Situation eingeeignet mit fehlenden Zukunftsperspektiven und äussere Zukunftsängste und Existenzängste. Auch liessen sich Suizidgedanken erheben bei angeblich vorübergehender suizidaler Einengung vor etwa einem Jahr, ohne erkennbare akute suizidale Einengung zum Untersuchungszeitpunkt und es erschienen Motivation und Interessen deutlich vermindert bis aufgehoben. Hinzu kämen Schlafstörungen mit Ein- und Durchschlafstörungen und vermehrter Müdigkeit tagsüber. Er äussere Insuffizienzgefühle, mangelndes Selbstwertgefühl und Schuldgefühle. Im Zusammenhang mit diesen depressiven Symptomen würden vermehrte Reizbarkeit, Erregbarkeit bis Aggressivität beschrieben und es komme damit auch zu Partnerproblemen und familiären Problemen sowie sozialen Rückzugstendenzen mit Meidung sozialer Kontakte. Daneben fänden sich keine Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und es liessen sich keine anhaltenden schweren und quälenden Schmerzen erheben, die organisch nicht ausreichend erklärbar seien und in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen stünden. Jedoch könne eine psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der depressiven Störung angenommen werden. Damit entfielen die Beurteilungen des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz und es könne ein sekundärer Krankheitsgewinn angenommen werden. Jedoch lägen unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz angeblicher Behandlungsbemühungen bei vorhandener Motivation und Eigenverantwortung vor, nachdem der Explorand vom 25. November 2013 bis 17. Januar 2014 stationär an der Psychosomatik der L. \_\_\_ behandelt worden sei und angeblich eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung in Biel über den Zeitraum eines Jahres in Anspruch genommen habe, wobei er den Namen des behandelnden Therapeuten nicht angeben könne. Seit kurzem befinde er sich wieder in psychotherapeutischer Behandlung und erhalte zusätzlich eine kombiniert antidepressive, neuroleptische Medikation. Trotzdem habe keine Besserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden können. Aus psychiatrischer Sicht könne trotz der mittelgradigen depressiven Störung eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Allerdings sei der Versicherte einem Arbeitsumfeld nur eingeschränkt zumutbar und bedürfe vermehrt Rücksicht und Verständnis. Im Weiteren hält der Gutachter schlüssig fest, aufgrund der mittelgradigen depressiven Störung erschienen die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, Konzentrationsfähigkeit, Antrieb, Interessen, Motivation, Kontaktfähigkeit und Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt. Trotz der beschriebenen psychischen Störungen liessen sich aber Ressourcen erheben. Der Explorand würde mehrmals täglich 1 bis 2 Stunden ausser Haus gehen, sich im Wald aufhalten oder mit der Ehefrau einkaufen, manchmal selbst kochen. Damit liessen sich zumindest wenige Aktivitäten und eine gewisse Motivation erkennen. Aus rein psychiatrischer Sicht könne ohne Berücksichtigung der körperlich begründbaren Beschwerden in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Getränkelieferant mit Lenken eines Lastwagens eine 0%ige Arbeitsfähigkeit seit mindestens Februar 2014 angenommen werden, da das Lenken eines Lastwagens mit erhöhter Lenkerverantwortung aufgrund der depressiven Störung nicht zu verantworten sei. Der Zeitraum davor könne nach den ungenauen anamnestischen Angaben und fehlenden psychiatrischen Arztberichten nicht eingeschätzt werden. In einer leidensadaptierten (angepassten) Tätigkeit könne aus psychiatrischer Sicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum (Arbeitsunfähigkeit 40 %) seit etwa Februar 2014 angenommen werden, nachdem der Beschwerdeführer vom 25. November 2013 bis 17. Januar 2014

stationär behandelt worden sei. Für diesen Zeitraum habe eine 0%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Bei adaptierten Tätigkeiten sollte es sich um Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche geistige Flexibilität mit Anforderungen an die Konzentration, ohne Lenken eines Kraftfahrzeuges, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln.

Des Weiteren wurde im internistischen Teilgutachten des C.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2015 (IV-Nr. 85.2) von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, festgehalten, aufgrund der erhöhten Blutdruckwerte müsse dringend eine medikamentöse antihypertensive Therapie begonnen werden. Der Diabetes mellitus Typ 2 sei seit 2012 bekannt. Hinweise für eine diabetische Mikro- oder Makroangiopathie gebe es klinisch keine. Der Beschwerdeführer betreibe seit achtzehn Jahren einen Nikotinabusus von zwanzig Zigaretten täglich. Er gebe keine Symptome einer COPD an und der Lungenauskultationsbefund sei am 27. Mai 2015 normal gewesen. Der Beschwerdeführer sei subjektiv gestört durch eine Urge-Urininkontinenz bei überaktiver Blase. Der Explorand fühle sich aus internistischer Sicht gesund und voll leistungsfähig. Er gebe keine kreislaurelevanten oder respiratorischen Beschwerden an. Gestützt darauf erscheint auch die gutachterliche Beurteilung nachvollziehbar, wonach keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht vorliegt.

Im orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. R.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädie FMH, vom 15. Juli 2015 (IV-Nr. 85.1, S. 3) wurde ausgeführt, die Ursache der lumbalen Schmerzen, die subjektiv aber nicht limitierend seien, bleibe bei fast unauffälligem Untersuchungsbefund sowie normalem radiologischem Befund unklar. Die Unterschenkelschmerzen links könnten zumindest teilweise auf die Varusfehlstellung der linken unteren Extremität mit Innenrotationsfehlstellung des Unterschenkels und dadurch einer Fehlbelastung des linken Beins zurückgeführt werden. Das Ausmass der subjektiven Limitierung der körperlichen Leistungsfähigkeit sei dadurch allerdings nur ungenügend objektiviert. Die Schmerzen lateral in der rechten Hand und die pathologischen objektiven Befunde derselben könnten durch die radiologisch sichtbare Restarthrose im Carpometacarpalgelenk V bedingt sein. Körperlich schwere Arbeiten mit häufigem Gehen, insbesondere auf Treppen, Leitern und schrägen Ebenen sowie Kraftanwendung der rechten Hand, könnten wegen der Varusfehlstellung des linken Beins mit Innenrotationsfehlstellung des Unterschenkels links bei Status nach mehrfacher Voroperation sowie der Schmerzpersistenz nach Resektionsinterpositionsarthroplastik des Carpometacarpalgelenks V rechts mit Flexor carpi radialis Sehneninterponat bei Arthrose nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden. Gestützt darauf führte Dr. med. R.\_\_\_\_ aus, die Arbeitsfähigkeit als Getränkelieferant, einer sitzenden aber auch gehenden Tätigkeit mit Heben und Tragen von mittelschweren Lasten und Kraftanwendung der rechten Hand und häufigem Laufen auf Treppen, betrage aufgrund der Varusfehlstellung des linken Beins mit Innenrotationsfehlstellung des linken Unterschenkels bei Status nach mehrfacher Voroperation einer drittgradig offenen Unterschenkeltrümmerfraktur sowie der Schmerzpersistenz nach Resektionsinterpositionsarthroplastik des Carpometacarpalgelenks V rechts mit Flexor carpi radialis Sehneninterponat bei Arthrose seit November 2014 bei voller Stundenpräsenz 60 % (Arbeitsunfähigkeit 40 %). Der vorangehende Zeitraum könne orthopädisch retrospektiv nicht genau beurteilt werden, da die Tibiatrümmerfraktur links im Februar 2014 zwar ossär konsolidiert gewesen sei, aber gleichzeitig die Arthrose des

Carpometacarpalgelenks V rechts bestanden habe, diesbezüglich jedoch keine detaillierten somatischen Befunde vorliegen würden. Immerhin könne gesagt werden, dass vom 17. Januar 2011 bis spätestens 10. Februar 2014 im Rahmen der postoperativen Rehabilitation in der bisherigen Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Von Juli - Oktober 2014 habe ebenfalls im Rahmen der postoperativen Rehabilitation eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden. In körperlich leichten Tätigkeiten, vorwiegend sitzend, ohne Kraftanwendung der rechten Hand, könne ab Februar 2014 bis Juli 2014 und ab November 2014 bei voller Stundenpräsenz eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zugemutet werden. Vom Zeitpunkt des Unfalls bis Februar 2014 und von Juli bis Oktober 2014 habe im Rahmen der postoperativen Rehabilitation eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestanden.

Gestützt auf die vorgehend aufgeführten beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die polydisziplinäre Gesamtbeurteilung des C.\_\_\_\_ vom 25. August 2017 (IV-Nr. 85.1, S. 54 ff.) zu überzeugen. Danach sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig. Zudem habe ab dem Unfalldatum bis Februar 2014 sowie von Juli - Oktober 2014 auch in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Dagegen könne dem Beschwerdeführer von März - Juli 2014 sowie ab November 2014 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit zugemutet werden.

7. Der Beweiswert des Gutachtens der C.\_\_\_\_ wird auch durch die entgegenstehenden Arztberichte sowie das Gutachten der D.\_\_\_\_ nicht vermindert, wie nachfolgend darzulegen ist. Einem wie im vorliegenden Fall von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Weder aus den Berichten der behandelnden Ärzte noch aus dem Privatgutachten der D.\_\_\_\_ ergeben sich solche Indizien.

7.1 Der neurologische Gutachter der D.\_\_\_\_, Dr. med. O.\_\_\_\_, führte in seinem Teilgutachten vom 13. Januar 2016 (IV-Nr. 99, S. 55) aus, im Gegensatz zu den Gutachtern des C.\_\_\_\_ könne er eine schwere Schädigung des N. peroneus nicht postulieren, insbesondere seien die Muskeln am Unterschenkel, die sowohl vom Superficialis wie vom Profundusast versorgt würden in ihrer Funktion nur geringfügig beeinträchtigt. Eine stärkere Beeinträchtigung finde sich lediglich am distalsten Muskel des N. peroneus profundus, dem Extensor digitorum brevis, der jedoch nur eine unbedeutende Funktion habe. Die Fehlstellung des linken Fusses beruhe damit nicht auf einer Parese der peronealen Muskulatur, sondern auf einer Dystonie, also einer unwillkürlichen Verkrampfung einzelner Muskelgruppen, hier von Flexoren am Unterschenkel. Diese Muskeln und deren versorgender Nerv seien nicht einer traumatischen Schädigung ausgesetzt gewesen. Mit der Diagnose einer Dystonie beurteilt Dr. med. O.\_\_\_\_ somit ein Beschwerdebild in diagnostischer Hinsicht anders als der neurologische Gutachter des C.\_\_\_\_. Dass damit die diagnostische Beurteilung des neurologischen Gutachters der C.\_\_\_\_ falsch wäre, lässt sich aus dem Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ jedoch nicht ableiten, zumal von Dr. med. O.\_\_\_\_ auch nicht behauptet wird, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der C.\_\_\_\_-Gutachter sei falsch. So geht aus dem Gutachten sowie der nachgereichten Stellungnahme vom 23. Januar 2017 von Dr. med. O.\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers denn auch nichts Gegenteiliges hervor, zumal er sich selbst zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit im Gutachten nicht und in seiner Stellungnahme nur sehr vage geäussert hat. Der Ansicht des Beschwerdeführers, wonach

die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Dystonie höher zu gewichten sei, kann demnach nicht gefolgt werden, zumal das entsprechende Beschwerdebild bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die C.\_\_\_\_-Gutachter ebenfalls berücksichtigt wurde.

Im orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_ der D.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2016 (IV-Nr. 99, S. 55) wurde im Vergleich zum Gutachten der C.\_\_\_\_ neu eine posttraumatische Arthrose im Grosszehen-Grundgelenk links diagnostiziert. Diese hat aber offensichtlich keinen wesentlichen Einfluss auf Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. So hielt Dr. med. N.\_\_\_\_ lediglich fest, zusammen mit der posttraumatischen Fehlstellung im proximalen Metacarpale V rechts und der Arthrose im Carpo-Metacarpal-Gelenk (Hand) rechts resultiere eine erhebliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Die Arthrose im Grosszehen-Grundgelenk wurde in diesem Zusammenhang nicht erwähnt. Weiter führte Dr. med. N.\_\_\_\_ aus, eine Behandlung der Arthrose im Grosszehen-Grundgelenk links werde voraussichtlich erst in einem späteren Zeitpunkt notwendig werden, was ein weiterer Hinweis darauf ist, dass auch mit der neu diagnostizierten Arthrose im Vergleich zum C.\_\_\_\_-Gutachten ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ■ keine unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gerechtfertigt ist, was von Dr. med. N.\_\_\_\_ denn auch nicht geltend gemacht wird.

Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ der D.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2015 wurde in Abweichung zum C.\_\_\_\_-Gutachten eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt in diesem Zusammenhang fest, aktuell fänden sich beim Beschwerdeführer gewisse Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, wie Albträume, Ängste und Nachhallerinnerungen mit Vermeideverhalten, zum Beispiel beim TV-Schauen. Beim Erzählen über den Unfall und die Konfrontation mit der Unfallstelle spreche der Beschwerdeführer noch schneller, wie unter Druck, die Stimme werde schwächer, höher und sei weniger moduliert, wie die eines kleinen verängstigten Jungen, was ein Hinweis auf eine beginnende Dissoziation sein könnte. Allerdings sei zu diskutieren, ob das A-Kriterium einer aussergewöhnlichen Bedrohung oder eines katastrophalen Ausmasses (Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V ff.) erfüllt sei. Der Versicherte habe den Unfall völlig unvorbereitet und heftig und sehr beängstigend erlebt, so dass das A-Kriterium zumindest subjektiv erfüllt sein dürfte. Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich ergänzend geltend, die Ärzte der E.\_\_\_\_ hätten ebenfalls die Diagnose einer PTBS formuliert. Zudem sei anzumerken, dass das amerikanische Klassifikationssystem DSM-5 die PBTS unter anderen Voraussetzungen als Diagnose zulasse, als das Regelwerk ICD-10. Das Bundesgericht hat sich in seiner Rechtsprechung jedoch gegen eine solche Auslegung der Diagnosekriterien ausgesprochen. Mit Urteil 9C\_554/2009 vom 18. August 2009 hielt es diesbezüglich fest, im DSM-IV (Anmerkung: seit 2013 abgelöst durch DSM-5) würden bei der PTBS auch weniger einschränkende Formulierungen des Belastungskriteriums anerkannt, und damit auch Ereignisse, die keine aussergewöhnliche Katastrophe darstellen würden, dennoch aber im Erleben eines Patienten eine Traumatisierung auslösen könnten. Ein solcher Ansatz möge therapeutisch sinnvoll sein, aber für die Frage des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung, welche zwangsläufig eine gewisse Objektivierung verlange, könne ein derart ausschliesslich subjektives Empfinden nicht massgebend sein (BGE 127 V 294 E. 4c S. 298). Letztinstanzlich sei in der bisherigen Rechtsprechung auf die Kriterien nach ICD-10 abgestellt und eine invalidisierende posttraumatische Belastungsstörung nur anerkannt worden, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von

aussergewöhnlicher Schwere auftritt (Urteile I 203/06 vom 28. Dezember 2006, E. 4.4; U 422/05 vom 12. September 2006, E. 4.1; U 213/04 vom 15. März 2006, E. 4.2; U 381/04 vom 2. Februar 2006, E. 3.2; I 715/05 vom 27. Januar 2006, E. 6.2), wie zum Beispiel nach Vergewaltigung (Urteil U 193/06 vom 20. Oktober 2006) oder mehrmonatiger Lagerhaft (Urteil I 803/05 vom 6. April 2006), nicht aber zum Beispiel nach Verkehrsunfall (Urteile U 422/05 vom 12. September 2006; U 213/04 vom 15. März 2006; U 381/04 vom 9. November 2004). Der Beschwerdeführer gab den Unfallhergang anlässlich der Begutachtung bei der D.\_\_\_\_ folgendermassen wieder: Er habe den Gabelstapler nicht kommen sehen. Dieser habe ihn umgeworfen und das Bein bis zum Knie überfahren. Die anderen hätten gebrüllt und der Fahrer habe das gemerkt und gestoppt. Er wisse nicht, ob der Gabelstapler beladen gewesen sei oder ihn mit der leeren Gabel verletzt habe. Der Fahrer habe Panik bekommen, sei zurückgefahren und habe ihn zurück geschleift und es noch schlimmer gemacht. Er habe etwas knacken hören. Sein Bein sei wie benebelt gewesen. Die Ambulanz sei zuerst falsch gefahren und er habe 35 Minuten warten müssen, sei nach Langenthal gebracht worden. In der Ambulanz sei er wahrscheinlich bewusstlos oder betäubt gewesen. Als er erwacht sei, habe er die Eisengestelle am Bein gehabt. Im Lichte dieses Beschriebs ist dem Unfallereignis eine gewisse Schwere nicht abzuspüren. Ein traumatisierendes Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere im Sinne der genannten Rechtsprechung ist jedoch zu verneinen. Dies wird auch angesichts der Definition der PTBS im ICD-10 deutlich: Ein PTBS sei eine Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Eine rein subjektive Sichtweise, wie sie von Dr. med. G.\_\_\_\_ gewählt wurde, erscheint demnach nicht gerechtfertigt.

Des Weiteren vermögen auch die von Dr. med. G.\_\_\_\_ am Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ vorgebrachten Kritikpunkte den Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern. Dr. med. G.\_\_\_\_ hält lediglich pauschal fest, die Angaben im Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ seien allgemein sehr knapp, wichtige Dinge seien nicht erfragt oder, wenn sie erhoben worden seien, nicht dokumentiert worden. Dr. med. G.\_\_\_\_ bezieht sich einerseits auf die posttraumatische Belastungsstörung, welche nach dem Gesagten zu verneinen ist. Andererseits merkt er an, Dr. H.\_\_\_\_ habe auch die Essstörungen des Beschwerdeführers nicht diskutiert. Dies kann aber auch zu keiner anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führen, nachdem Dr. med. G.\_\_\_\_ selbst die Essstörungen unter den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit subsumiert hat.

Sodann stellte Dr. med. G.\_\_\_\_ zusätzlich die Diagnose «Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (F54)». Gemäss ICD-10 sollte diese Kategorie verwendet werden, um psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die eine wesentliche Rolle in der Ätiologie körperlicher Krankheiten spielen würden, die in anderen Kapiteln der ICD-10 klassifiziert würden. Die sich hierbei ergebenden psychischen Störungen seien meist leicht, oft langanhaltend (wie Sorgen, emotionale Konflikte, ängstliche Erwartung) und rechtfertigten nicht die Zuordnung zu einer der anderen Kategorien des Kapitels V. Die psychischen Faktoren und Belastungen hätten eventuell das Auftreten und den Verlauf der Beschwerden etwas beeinflusst, im Sinne einer ■ letztlich immer vorhandenen ■ psychischen Komponente. Bereits aufgrund dieser Umschreibung ist ersichtlich, dass es sich hierbei nicht um eine Diagnose handelt, die die Arbeitsunfähigkeit zusätzlich wesentlich vermindert. Dies wurde von Dr. med.

G.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit denn auch nicht geltend gemacht (vgl. IV-Nr. 99, S. 104).

In Abweichung zum Gutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ führte Dr. med. G.\_\_\_\_ schliesslich aus, die von Dr. med. H.\_\_\_\_ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung würde bedeuten, dass es Remissionen und später Rezidive gegeben habe. Diese seien jedoch nicht eindeutig dokumentiert, auch wenn eine teilweise Remission in B.\_\_\_\_ beschrieben sei. Zwischen dem Austritt aus B.\_\_\_\_ am 14. März 2012 und der Aufnahme der Behandlung bei Dr. med. S.\_\_\_\_ am 1. Februar 2013 bestehe eine Lücke von fast einem Jahr, wo die Depression nicht dokumentiert sei. Obwohl er eine rezidivierende Depression diagnostiziere, erwähne Dr. med. H.\_\_\_\_ bereits, dass sich der Beginn nicht eruieren lasse und die Depression sich seit April 2012 verschlechtert habe. Auch in der Anamnese lasse sich keine vollständige Remission eruieren, wo der Versicherte keine depressiven Symptome gehabt hätte. Es sei daher von einer chronischen Depression auszugehen. Diese Ausführungen vermögen aber nur bedingt zu überzeugen, da, entgegen der Ansicht von Dr. med. G.\_\_\_\_, bei fehlender Dokumentation nicht von einer Vermutung ausgegangen werden kann, die Depression habe unvermindert weiterbestanden. Im Übrigen geht auch Dr. med. H.\_\_\_\_ von einer depressiven Symptomatik aus, welche die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkt. Damit bringt Dr. med. G.\_\_\_\_ auch diesbezüglich keine konkreten Indizien vor, die eine Abweichung von der Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ rechtfertigen würden.

Damit bleibt, wie von Dr. med. F.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme 9. Juni 2016 korrekt festgehalten, als wesentliche Differenz zwischen den beiden Gutachten lediglich die Abweichung von 10 % in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die psychiatrischen Gutachter, was auch im Ermessen verschiedener Experten liegen kann. Zudem ist zu berücksichtigen, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, wie erwähnt, nur teilweise verwertbar ist, nachdem die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im Lichte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht zu stellen ist, was die abweichenden Aussagen zur Arbeitsfähigkeit (50 % oder 60 %) grossenteils erklärt. Somit liegen mit dem Gutachten der D.\_\_\_\_ keine ausreichenden Gründe bzw. konkreten Indizien vor, welche gegen die Zuverlässigkeit des durch die Beschwerdegegnerin im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachtens des C.\_\_\_\_ sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

7.2 Bezüglich der dem C.\_\_\_\_-Gutachten entgegenstehenden Berichte behandelnder Ärzte ist vorab festzuhalten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. z.B. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil 9C\_630/2016 vom 9. Februar 2017 E. 4.2.1.1). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. z.B. Urteil 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Solche Aspekte sind vorliegend zu verneinen. Zudem ist auch eine anhaltende gesundheitliche Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht durch den erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2017 (Beschwerdebeilage 7a) nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. So wird in diesem Bericht unter anderem eine chronische

Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren (F45.41) sowie der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) diagnostiziert. Wie jedoch bereits hiavor in Ziff. 7.1 dargelegt, ist das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erstellt. Zudem wird die Diagnose «Chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Faktoren» im Bericht der E.\_\_\_\_ kaum begründet, zumal das Vorliegen einer Schmerzstörung bereits im Gutachten der D.\_\_\_\_ überzeugend verneint wurde (vgl. IV-Nr. 85.4). Sodann wurde im Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ zwar eine rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), diagnostiziert. Es wurde aber auch festgehalten, bei kontinuierlicher Behandlung habe sich die depressive Symptomatik verbessert und der Patient habe sich zunehmend leistungsfähiger gefühlt. Mit den Wochenendurlaube habe er den Umgang mit den alltäglichen Anforderungen geübt und festgestellt, dass er ihnen langsam wieder gewachsen gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand, bei fehlender Selbstgefährdung wieder nach Hause austreten können. Damit ist nicht davon auszugehen, dass es sich um eine anhaltende gesundheitliche Verschlechterung gehandelt hat, womit nach wie vor auf die Beurteilung aus dem C.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden kann. Abgesehen davon wäre eine Verschlechterung, da sie erst sehr kurz vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung eingetreten wäre, ohnehin nicht geeignet, den Anspruch für den hier zu beurteilenden Zeitraum zu beeinflussen. Eine Rentenerhöhung setzt voraus, dass die Verschlechterung drei Monate angedauert hat (Art. 88 a Abs. 2 IVV). Nachdem weder eine Schmerzstörung noch eine posttraumatische Belastungsstörung erstellt ist, ist es, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers, schliesslich auch nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter des C.\_\_\_\_ keine Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 vorgenommen hat.

## **E. 8**

8.1 Der Beschwerdeführer wirft der Vorinstanz realitätsfremde Annahmen bezüglich der Einsatzmöglichkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt vor. Es stellt sich demnach die (Rechts-)Frage, ob der in Betracht zu ziehende ausgeglichene Arbeitsmarkt (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.) dem Beschwerdeführer trotz seiner funktionellen Einschränkung noch zumutbare Einsatzmöglichkeiten bietet, sodass bei der Bestimmung des Invalideneinkommens auf die tabellarisch festgehaltenen Lohnangaben gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebung (LSE) ausgegangen werden kann.

8.2 Es trifft zu, dass von einer versicherten Person rechtsprechungsgemäss nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind; an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203 E. 5.1 mit Hinweis [9C\_830/2007]). Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 287 E. 3b S. 290 f., I 198/97). Zu berücksichtigen ist zudem, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil 9C\_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3

mit Hinweisen). Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (z.B. Urteil 9C\_82/2009 vom 9. Oktober 2009 E. 5.5 mit Hinweisen).

8.3 Anders als in dem vom Beschwerdeführer angeführten Bundesgerichtsentscheid 8C\_1050/2009 vom 20. April 2010 liegt bei ihm im vorliegenden Fall keine faktische Einhändigkeit vor. Der Beschwerdeführer ist zwar bezüglich seiner rechten Hand eingeschränkt: Die C.\_\_\_\_-Gutachter halten auf S. 59 (IV-Nr. 85.1) diesbezüglich fest, es sei eine leichte Tätigkeit, vorwiegend sitzend, ohne Kraftanwendung der rechten Hand zumutbar. Die rechte Hand ist damit aber durchaus einsetzbar. Mit Blick auf die erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens hat die Vorinstanz zur Ermittlung des Invalideneinkommens damit richtigerweise LSE-Tabellenlöhne beigezogen. Einer erschwerten Verwertbarkeit der trotz des Gesundheitsschadens noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit kann dabei allenfalls dadurch Rechnung getragen werden, dass auf einen anderen als auf den durchschnittlichen Lohn in allen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors («Total») abgestellt wird (BGE 129 V 472 E. 4.3.2 S. 483; RKUV 2001 Nr. U 439 S. 47 [U 240/99]). Diese Ausnahmeregelung kommt nur, aber immerhin dann zum Zuge, wenn der Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit derart enge Grenzen gesetzt sind, dass praktisch alle Tätigkeiten eines bestimmten Wirtschaftszweiges ausser Betracht fallen (RKUV a.a.O.; Urteil I 295/06 vom 19. September 2006 E. 3.2.1). Der Beschwerdeführer bringt in diesem Zusammenhang vor, die allermeisten Tätigkeiten des Wirtschaftszweige 05 bis 43 (Sektor Produktion) wie Bergbau, Metallherstellung, Maschinenbau, Fahrzeugbau, Energieversorgung, Wasserversorgung und Baugewerbe fielen zum Vornherein ausser Betracht. Es sei deshalb vorliegend für das Invalideneinkommen ausnahmsweise aus der Tabelle TA1 tirage-skill-level der Durchschnittslohn «Dienstleistungen» anzuwenden. Wie die Beschwerdegegnerin aber in diesem Zusammenhang zu Recht festgehalten hat, lassen die im C.\_\_\_\_-Gutachten aufgeführten Schonkriterien weiterhin Tätigkeiten in den Bereichen Versand, Verpackung und Kontrolle, aber auch Kleinmontagen und Konfektionierungen zu. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf einen Totalwert der LSE abgestellt hat.

9. Während das Valideneinkommen unbestritten geblieben ist, wird vom Beschwerdeführer der vom Invalideneinkommen vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 15 % gerügt. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre

gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Soweit es dagegen um die Überprüfung der Höhe eines gewährten Abzugs geht, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht an die Stelle derjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich vielmehr auf Gegebenheiten stützen können, die eine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 74 f., 126 V 75 E. 6 S. 81).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4, mit Hinweis, zur Frage der grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss Kompetenzniveau 1 auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt) besteht kein Raum. Sodann rechtfertigt laut der gestützt auf die LSE 2012 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen ein Beschäftigungsgrad von 60 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014, Anhang; vgl. dazu BGE 142 V 178 E. 2.5.1 S. 184 mit Hinweis). Denn auf dieser Ebene besteht bei Männern zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50 - 74 % proportional bezogen auf ein 100%-Pensum (CHF 6'080.00) und dem Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (CHF 6'085.00) kein wesentlicher Unterschied (Urteile 8C\_549/2016 vom 19. Januar 2017 E. 6; 8C\_516/2014 vom 6. Januar 2015 E. 10.2; vgl. Urteil 8C\_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.3.2). In der für das Jahr 2014 aktualisierten Tabelle beläuft sich die Differenz bei den angegebenen Werten (CHF 5'714.00 [Teilzeitpensum] und CHF 6'069.00 [Vollzeitpensum]) zwar auf CHF 355.00 (oder 5,85 %). Allerdings ergibt sich daraus keine überproportionale Lohneinbusse, so dass sich die Verweigerung eines (zusätzlichen) Abzugs auch angesichts dieser neueren Zahlen jedenfalls nicht als bundesrechtswidrig erweist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_12/2017 vom 28. Februar 2017 E. 5.5.2 mit Hinweis). Es kommt hinzu, dass gestützt auf das C.\_\_\_\_-Gutachten davon auszugehen ist, der Beschwerdeführer könne eine adaptierte Tätigkeit bei voller Präsenzzeit (mit reduzierter Leistung) ausüben. In dieser Konstellation besteht nach der Rechtsprechung kein Anlass für einen Teilzeitabzug (Urteil des Bundesgerichts 8C\_20/2012 vom 4. April 2012 E.

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