

# GL\_GERICHTE GL-855 vom 25. November 2014

GL Gerichte, 2014-11-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl\\_gerichte\\_GL-855](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-855)

FR: GL\_GERICHTE GL-855 du 25 novembre 2014

IT: GL\_GERICHTE GL-855 del 25 novembre 2014

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der im Jahr [ ] geborene A. \_\_\_\_\_ erlitt im Januar 2004 einen Schlittelfunfall und im März 2013 einen Skiunfall. Am 19. September 2013 meldete er sich bei der IV-Stelle Glarus zur Früherfassung an. Am 5. Oktober 2013 erfolgte die Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung, wobei als gesundheitliche Beeinträchtigungen Darmkrebs, Fallfuss sowie Schien- und Wadenbeinbruch angegeben wurden.

1.2 Die IV-Stelle leistete am 16. Mai 2014 Kostengutsprache für ein Aufbautraining. Mit Verfügung vom 25. November 2014 hob die IV-Stelle die Integrationsmassnahme auf, da eine Steigerung der Präsenz bzw. Leistung nicht habe festgestellt werden können. In ihrem Vorbescheid vom 9. Dezember 2014 stellte die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ in Aussicht, dass sein Rentenbegehren abgewiesen werde. Dagegen erhob dieser am 23. Januar 2015 Einwand, welchen er am 13. März 2015 ergänzte. Die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 5. Mai 2015 ab.

### E. 2

2.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung sowie Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab mindestens 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das der Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, welches sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.3 Die Beschwerdegegnerin beschafft die für die Rentenprüfung erforderlichen Unterlagen, insbesondere über den Gesundheitszustand, die Tätigkeit, die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit des Versicherten sowie die Zweckmässigkeit bestimmter Eingliederungsmassnahmen. Zu diesem Zwecke können Berichte und Auskünfte verlangt, Gutachten eingeholt, Abklärungen an Ort und Stelle vorgenommen sowie Spezialisten der öffentlichen oder privaten Invalidenhilfe beigezogen werden (Art. 69 Abs. 2 der

Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV]).

### **E. 3**

3.1 Es ist Aufgabe des Arztes, sämtliche Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls auf den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, bezüglich welcher konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang sie arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte bilden sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person im Hinblick auf ihre persönlichen Verhältnisse noch zugemutet werden können (vgl. BGE 125 V 256 E. 4).

3.2 Nach dem für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen 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 Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, sowie ob der Experte nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihm die Beantwortung der Fragen erschweren, gegebenenfalls deutlich macht. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a).

3.3 Die Verwaltung als verfügende Instanz und ■ im Beschwerdefall ■ der Richter dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat der Richter dabei seinen Entscheid ■ sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die er von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 119 V 7 E. 3c/aa, mit Hinweisen).

### **E. 4**

4.1 Der Beschwerdeführer rügt zunächst eine Verletzung seines rechtlichen Gehörs. Er habe gegen den Vorbescheid eine viereinhalb Seiten lange Stellungnahme eingereicht, welche er durch eine ebenso lange Eingabe ergänzt habe. In der angefochtenen Verfügung würden die Einwände mit keinem Wort erwähnt. Die Beschwerdegegnerin habe es sogar unterlassen, darauf hinzuweisen, sie habe die vorgebrachten Einwände zur Kenntnis genommen.

4.2 Gemäss Art. 49 Abs. 3 ATSG sind Verfügungen zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen. Die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör fliessende Begründungspflicht soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und die betroffene Person in die Lage versetzen, die Verfügung sachgerecht anzufechten. Dies ist jedoch nur möglich, wenn sowohl sie wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sie ihre Verfügung stützt. Insbesondere hat sich die Beschwerdegegnerin mit den Einwendungen einer Partei hinreichend auseinanderzusetzen. Sie darf sich nicht darauf beschränken, die Einwände des Versicherten bloss zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen, sondern sie hat in der ablehnenden Verfügung die Gründe anzugeben, weshalb sie diesen nicht folgt oder sie nicht berücksichtigen kann (BGer-Urteil 9C\_617/2009 vom 15. Januar 2010 E. 2.1; vgl. auch Art. 74 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV]).

4.3 Die Beschwerdegegnerin führte im Vorbescheid vom 9. Dezember 2014 aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht habe beim Beschwerdeführer ab dem 12. März 2013 nach einer Unterschenkelfraktur rechts eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit bestanden. Gemäss den Arztberichten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie FMH, und Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt der Chirurgischen Klinik am Spital E.\_\_\_\_\_, sei er ab spätestens 1. Januar 2014 wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Damit sei das Wartejahr nicht erfüllt.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 23. Januar 2015 Einwand, welchen er am 13. März 2015 ergänzte. Er führte dabei insbesondere aus, dass sich die Beschwerdegegnerin beim Entscheid nicht alleine auf den Chirurgen Dr. D.\_\_\_\_\_ und den Versicherungsarzt Dr. C.\_\_\_\_\_, welcher Orthopäde sei, habe stützen dürfen. So sei beispielsweise nicht berücksichtigt worden, dass er bereits an einem Sigmakarzinom erkrankt gewesen sei und immer noch an einer Colitis ulcerosa leide. Sein Hausarzt bestätige sodann die Einschränkungen in seiner Bewegungsfähigkeit. Wenn alleine auf den Bericht des Orthopäden abgestellt werde, werde dies dem komplexen medizinischen Sachverhalt nicht gerecht.

Die Beschwerdegegnerin erliess am 5. Mai 2015 die angefochtene Verfügung, welche den gleichen Wortlaut wie der Vorbescheid aufweist. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers geht aus dem Begleitschreiben vom 1. Mai 2015 aber hervor, dass sein Einwand zur Kenntnis genommen wurde. Die Abweisung des Leistungsbegehrens wurde damit begründet, dass die vom Beschwerdeführer aufgeführten Gründe der Leistungseinschränkung aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar seien. Betreffend die Colitis ulcerosa werde im Arztbericht des Hausarztes, Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, explizit darauf hingewiesen, dass diese die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige. Zusammenfassend würden aus versicherungsmedizinischer Sicht keine neuen Erkenntnisse vorliegen.

Insgesamt erschöpft sich die Begründung der Verfügung mit Ausnahme des Hinweises auf den Arztbericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ in pauschalen Leerformeln. Eine eigentliche Auseinandersetzung mit dem Einwand des Beschwerdeführers findet nicht statt. Namentlich führt die Beschwerdegegnerin nicht aus, weshalb aus ihrer Sicht die Berichte von Dr. C.\_\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_\_ ausreichen und keine ganzheitliche Betrachtung notwendig ist. Dies vermag nach dem Dargelegten (vgl. E. II/4.2) nicht zu genügen,

weshalb das rechtliche Gehör durch die mangelhafte Begründung der Verfügung verletzt wurde.

4.4 Eine schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs hat ■ auf Antrag oder von Amtes wegen ■ die Aufhebung des angefochtenen Verwaltungsakts und Rückweisung der Sache zu neuer Entscheidung unter Wahrung der Verfahrensrechte der betroffenen Partei zur Folge. Davon kann ausnahmsweise abgesehen werden, wenn die Rechtsmittelinstanz in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht über uneingeschränkte Kognition verfügt und wenn die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem der Wahrung des rechtlichen Gehörs gleichgestellten Interesse der Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1).

So verhält es sich auch vorliegend. Dem Verwaltungsgericht kommt volle Kognition zu (Art. 61 ATSG; BGer-Urteil 9C\_363/2009 vom 18. März 2010 E. 3.3). Der Beschwerdeführer konnte sich im vorliegenden Verfahren zur Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin äussern. Daneben gab das Verwaltungsgericht bei der MEDAS-Zentralschweiz ein Gerichtsgutachten in Auftrag, zu welchem sich der Beschwerdeführer ebenfalls äussern konnte. Unter Berücksichtigung dieser Umstände ist eine Heilung der Gehörsverletzung aus prozessökonomischen Gründen angezeigt. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs ist indessen bei der Verlegung der Kosten- und Entschädigungsfolgen (vgl. E. III/1) zu berücksichtigen.

## **E. 5**

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der angefochtenen Verfügung vom 5. Mai 2015 wie dargelegt auf die Arztberichte von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 15. Mai 2014 sowie von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 15. November 2013 und vom 11. November 2014 (recte: 7. November 2014). Sie schloss aus den Berichten, dass der Beschwerdeführer seit spätestens 1. Januar 2014 in seiner angestammten Tätigkeit als [ ] zu 100 % arbeitsfähig sei.

Bei Dr. D. \_\_\_\_\_ handelt es sich um den Chirurgen, welcher den Beschwerdeführer nach seinem Unfall vom 12. März 2013 operierte. Dr. C. \_\_\_\_\_ ist der Vertrauensarzt des Unfallversicherers des Beschwerdeführers. Er untersuchte den Beschwerdeführer nicht, sondern erstellte seinen Bericht einzig gestützt auf die Akten.

5.2 Das Verwaltungsgericht gelangte zum Schluss, dass alleine gestützt auf die vorhandenen Akten eine zuverlässige Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers nicht möglich sei. Dies ergab sich daraus, dass neben den geklagten Folgen der Unfälle vom 23. Januar 2004 und 12. März 2013 auch eine Colitis ulcerosa sowie ein Zustand nach Behandlung eines Sigmakarzinoms im Jahr 2005 aktenkundig sind. Die Beschwerdegegnerin durfte daher den Rentenanspruch nicht einzig gestützt auf die Berichte des Chirurgen und des Vertrauensarztes der Unfallversicherung verneinen. So führte das Verwaltungsgericht am 25. August 2016 aus, obwohl beim Beschwerdeführer eine komplexe medizinische Situation vorliege, seien die geklagten Beschwerden noch nie umfassend beurteilt worden.

Dies bewog das Verwaltungsgericht dazu, bei der MEDAS Zentralschweiz ein polydisziplinäres Gutachten (Orthopädie, Neurologie, Gastroenterologie und Psychiatrie) in Auftrag zu geben. Da auch zwei unfallversicherungsrechtliche Verfahren hängig waren, stellte es neben den aus Sicht der Invalidenversicherung relevanten Fragen auch spezifische Fragen hinsichtlich der Unfallfolgen. Das Gutachten wurde am 9. Mai 2017 erstattet.

## **E. 6**

6.1 Der Beschwerdeführer macht in seiner Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten geltend, im Gutachten würden mehrere Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet. Ihm werde in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert, was dem aktuellen Pensum entspreche. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 bis 80 %. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass er in einer angepassten Tätigkeit über keinerlei Ausbildung verfüge und unter Berücksichtigung von Tabellenlohnabzügen stehe ihm gestützt auf das Gutachten eine halbe Invalidenrente zu.

6.2 Die Beschwerdegegnerin vertritt hingegen die Auffassung, die Gutachter stellten eine um 50 % reduzierte Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit 2005 aufgrund einer Durchfallneigung fest. Dies verwundere, da der Beschwerdeführer bis zu seinem Skiunfall immer in einem vollen Arbeitspensum tätig gewesen sei. Sodann seien die bisherigen Bemühungen um Erreichen einer geringeren Stuhlfrequenz nicht zufriedenstellend. Sämtliche Angaben würden zudem auf den Aussagen des Beschwerdeführers beruhen, ohne objektiviert worden zu sein. Dem gastroenterologischen Teil des Gutachtens und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen könne daher nicht bedingungslos gefolgt werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angestammter und in angepasster Tätigkeit auszugehen.

## **E. 7.1**

7.1.1 Das Gutachten der MEDAS wurde am 9. Mai 2017 erstattet. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Neurologie FMH, führte im neurologischen Teilgutachten aus, von neurologischer Seite her könnten die aktuellen klinischen Befunde, wie sie vom Neurologen Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ im Jahr 2015 beschrieben worden seien, im Rahmen einer radikulären schweren motorischen Ausfallsymptomatik L5 links mit der schweren Fussheberparese und leichter Beckeninstabilität aufgrund der Glutaeus medius-Schwäche links nachvollzogen werden. Aktuell werde, anders als in der Untersuchung im Jahr 2015, eine Sensibilitätsstörung des lateralen Unterschenkels und des ganzen Fusses links angegeben. Bezüglich der Fussheberparese würden sich gemäss Angaben des Beschwerdeführers keine relevanten Veränderungen zeigen. Bei der aktuellen 50%igen Tätigkeit seien offenbar aufgrund des kleineren Gebiets, das dem Beschwerdeführer zugeteilt sei, Kundenbesuche mit notwendigen längeren Gehstrecken nicht mehr nötig. Entsprechend sei die aktuelle Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiter aus neurologischer Sicht vollumfänglich zumutbar. Eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe aus neurologischer Sicht nicht. Gehstrecken über 300 Meter seien jedoch nicht mehr zumutbar.

7.1.2 Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, erstattete das orthopädisch-rheumatologische Teilgutachten. Bei der aktuellen orthopädischen Untersuchung vom 23. Dezember 2016 finde man eine Fussheberschwäche links und eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit des oberen Sprunggelenks rechts. Die leichte Umfangsdifferenz am Unter- und Oberschenkel zu Ungunsten links sei durch die jahrelang bestehende linksseitige Fussheberparese erklärt. Die Röntgenbilder hätten keine Arthrosen gezeigt. Ein ungelöstes Problem sei die schlecht sitzende Heidelbergfeder, die nicht getragen werden könne. Das Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, überzeuge nicht. Verschiedene Aussagen seien nicht nachvollziehbar. So gehörten die Beurteilung der Konzentrationsfähigkeit und einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht in den fachlichen Kompetenzbereich des Unfallchirurgen. Die

Diagnose einer OSG-Arthrose sei nach den seit Jahren anerkannten Kriterien des Kellgren-Lawrence-Scores nicht haltbar. Im angestammten Beruf als Aussendienstmitarbeiter einer [ ] seien dem Beschwerdeführer aus orthopädisch-traumatologischer Sicht sitzende Tätigkeiten im Büro oder im Homeoffice-Modus in vollem zeitlichen Umfang möglich. Dabei bestehe aus orthopädisch-traumatologischer Sicht keine leistungsmässige Einschränkung, auch die Reisetätigkeit im Aussendienst sei nicht eingeschränkt. Folgende Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer aus orthopädischer-traumatologischer Sicht zumutbar: Sitzende Tätigkeiten, gehende Tätigkeiten auf ebenem Gelände, stehende Tätigkeiten, Treppen steigen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Gehen in unebenem Gelände, auf Leitern, Gestellen und Gerüsten sowie das Tragen von Lasten über 15 kg.

7.1.3 Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Chefarzt am Spital L. \_\_\_\_\_, erstellte das gastroenterologische Teilgutachten. Er führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 1985 an einer Pancolitis ulcerosa leide, welche bis dato einen ausgesprochen milden Verlauf gezeigt habe, andererseits mit der mutmasslichen Komplikation eines Sigmakarzinoms belastet gewesen sei. Im jahrzehntelangen Verlauf seien keine schweren Entzündungsschübe aufgetreten, obschon keine konsequente medikamentöse Therapie bzw. Remissionserhaltung durchgeführt worden sei. Phasenweise sei eine einfache Basisbehandlung mit Mesalazin durchgeführt worden. Die Medikation sei jeweils durch den Beschwerdeführer wieder sistiert worden. Dies sei einerseits nachfühlbar, andererseits stelle sich die Frage, wie gross der Leidensdruck gewesen sei, welcher von den colitischen Symptomen (Stuhlnormregelmässigkeit) ausgegangen sei. Im Jahr 2005 sei ein fortgeschrittenes Sigmakarzinom diagnostiziert worden, welches wahrscheinlich als Langzeitfolge der Colitis ulcerosa zu betrachten sei. Die Therapie mittels erweiterter Hemikolektomie links und nachfolgender adjuvanter Chemotherapie sei kurativ gewesen. Die intensive Nachsorge habe bisher keinen Anhaltspunkt für ein Rezidiv gegeben. Die Krebserkrankung und deren Behandlung hätten zu einer Zäsur im Leben des Beschwerdeführers geführt. Die Krankheitsfolgen hätten einerseits eine psychische Dimension gehabt, andererseits habe unmittelbar nach der Operation das Problem einer erhöhten Stuhlfrequenz eine Rolle gespielt, wofür pathophysiologisch die Kombination von minimaler chronischer Entzündungsaktivität und postoperativer Verkürzung des Colons die Hauptrolle spielten. Zudem sei eine aufgepfropfte Reizdarmkomponente wahrscheinlich. Anzumerken sei allerdings, dass eine formelle Durchfallabklärung inklusive Quantifizierung mittels 72 Stunden-Stuhlsammlung, Stuhlgewichts- und Stuhlfettbestimmung bisher offenbar nicht durchgeführt worden sei. Dies erschwere eine präzise Einschätzung. Der Beschwerdeführer sehe aktuell keinen Handlungsbedarf, was die Frage aufwerfe, wie bedeutend die Stuhlnormregelmässigkeiten für Einschränkungen der Lebensqualität und der Leistungsfähigkeit tatsächlich seien. Die Stuhlnormregelmässigkeiten seien gemäss den Akten während mehreren Jahren nach der Operation von 2005 nie bezüglich der Arbeitsfähigkeit limitierend gewesen. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers und soweit aus den Akten rekonstruierbar sei der Schweregrad im Wesentlichen konstant geblieben. Dass die Symptomatik nun trotz allem zum Thema geworden sei, deute darauf hin, dass bei gleichbleibender Ausprägung der Symptome die Toleranz für die Belastung abgenommen und nun wahrscheinlich eine kritische Schwelle unterschritten habe. Zu dieser Entwicklung schienen Faktoren beizutragen, die nicht ausschliesslich mit den gastrointestinalen Diagnosen verknüpft seien. Eine durchschnittlich robuste, ansonsten gesunde Person wäre nach allgemeiner Erfahrung imstande, Stuhlnormregelmässigkeiten dieser Art zu tolerieren,

was dem Beschwerdeführer auch über viele Jahre gelungen sei. Nun schienen sich die mentalen Ressourcen, die zur Krankheitsbewältigung nötig gewesen seien, allmählich zu erschöpfen. Neben der per se langen Krankheitsdauer sei eine gewisse altersbedingte natürliche Leistungseinbusse zu berücksichtigen. Ein entscheidender Faktor sei ferner im gesteigerten Leistungsdruck zu sehen, der vom Arbeitgeber her ausgeübt werde, was vom Beschwerdeführer explizit so formuliert werde. Aus gastroenterologischer Sicht seien die erhöhte Stuhlfrequenz tagsüber und die Müdigkeit als Auswirkung der nächtlichen Stuhlgänge für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausschlaggebend. Unter Berücksichtigung des berichteten tageszeitlichen Musters der Stuhlgänge und des Umstands, dass Toilettenbesuche beim Kunden verständlich als peinlich bis unzumutbar empfunden würden, sei von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % im Aussendienst auszugehen. Damit wäre auch die verminderte Leistungsfähigkeit zufolge unterbrochenen Schlafs wegen nächtlicher Stuhlgänge abgedeckt. In einer administrativen Tätigkeit, idealerweise ohne direkten Kundenkontakt, und mit der Möglichkeit, die Arbeit für Toilettenbesuche niederschwellig unterbrechen zu können, sei die Arbeitsfähigkeit aus rein gastroenterologischer Sicht medizinisch in der Grössenordnung von 70 bis 80 % zu veranschlagen, unter Berücksichtigung einer verminderten Leistungsfähigkeit zufolge unterbrochenen Schlafs wegen nächtlicher Stuhlgänge.

7.1.4 Im psychiatrischen Teilgutachten konnte Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Für die Schlafstörungen und die vermehrte Müdigkeit bestünden somatische Gründe. Der Beschwerdeführer verfüge über Persönlichkeitszüge und Copingmuster, die günstig seien. Die Ressourcen würden die Risiken und Belastungen überwiegen.

7.1.5 In der zusammenfassenden Beurteilung stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Pancolitis ulcerosa diagnostiziert 1985; Status nach Hemikolektomie links unter en-block-Resektion von Bauchdeckeninfiltration und Bauchdecken-Abszess linker Unterbauch, Dünndarmsegmentresektion und Gelegenheits-Appendektomie vom 1. Februar 2005 wegen Adenokarzinom des Sigmas pT4pN0G3; Fallfuss und Hypästhesie links, entsprechend einem sensomotorischen radikulären Ausfallsyndrom L5 links, diskret S1 links nach Schlittelfall vom 23. Januar 2004 mit vermutlicher Wurzelläsion L5 links; leicht eingeschränkte OSG-Beweglichkeit rechts nach distaler intraartikulärer Unterschenkelfraktur rechts am 12. März 2013 mit Osteosynthese am 18. März 2013. In der angestammten Tätigkeit als [ ] sei von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % auszugehen, wobei Gehstrecken über 300 Meter nicht mehr zumutbar seien. In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 70 bis 80 %. Es sei ein niederschwelliger Toilettenbesuch zu gewährleisten. Körperliche Schwerarbeiten, Tätigkeiten mit Gehen in unebenem Gelände, auf Leitern, Gestellen und Gerüsten sowie das Tragen von Lasten über 15 kg seien nicht mehr zumutbar.

7.2 Das neurologische und das orthopädische Teilgutachten sind schlüssig und vermögen zu überzeugen. In beiden Gutachten wird festgestellt, dass die Fussheberparese im Vordergrund stehe, diese aber nur insofern Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe, als diesem Gehstrecken über 300 Meter, Gehen in unebenem Gelände, auf Leitern, Gestellen und Gerüsten sowie das Tragen von Lasten über 15 kg nicht mehr zumutbar seien.

Dies steht im Einklang mit der Beurteilung von Dr. D. \_\_\_\_\_, welcher am 7. November 2014 ausführte, dass die Behandlung am 12. Juni 2014 abgeschlossen gewesen und der

Beschwerdeführer zu diesem Datum zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei. Am 15. November 2013 ging Dr. D. \_\_\_\_\_ davon aus, der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. F. \_\_\_\_\_, habe den Beschwerdeführer wohl auch für den November 2013 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben, weil ein kombiniertes Leiden vorliege. Es sei vereinbart worden, dass der Beschwerdeführer ab dem 2. Dezember 2013 zu 100 % arbeitsfähig geschrieben werden könne.

Soweit der vom Beschwerdeführer mit einem Gutachten beauftragte Dr. J. \_\_\_\_\_ am 7. Juli 2015 davon ausging, der Beschwerdeführer sei jetzt und auf Dauer in seiner aktuellen Berufssituation maximal zu 50 % arbeitsfähig und am 17. August 2015 ergänzte, dass die Beurteilung auch für sämtliche angepassten Tätigkeiten gelte, weist Dr. I. \_\_\_\_\_ zutreffend darauf hin, dass dies nicht zu überzeugen vermöge. So äussert sich Dr. J. \_\_\_\_\_ bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch zur Colitis ulcerosa und führt eine posttraumatische Belastungsstörung und eine Konzentrationsschwäche an. Dazu ist er als Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie nicht kompetent. Sodann zeigt Dr. I. \_\_\_\_\_ auf, dass die Diagnose einer OSG-Arthrose nicht haltbar sei. Insgesamt vermögen die Berichte von Dr. J. \_\_\_\_\_ keine Zweifel am neurologischen und am orthopädischen Teilgutachten zu wecken, welche überdies in Einklang mit den Aussagen des behandelnden Chirurgen stehen. Bei der Beurteilung des Einflusses der Fussheberparese auf die Arbeitsfähigkeit ist sodann dem Bericht von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 4. Juni 2015 keine weitere Beachtung zu schenken, da es sich hierbei um eine fachfremde Stellungnahme einer Onkologin handelt.

Schliesslich geht auch der Beschwerdeführer selbst in seiner Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten nicht davon aus, dass dieses fehlerhaft ausgefallen sei.

7.3 Zu Recht unbestritten ist sodann, dass dem Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Im psychiatrischen Teilgutachten wird insbesondere auf die günstigen Persönlichkeitszüge und Copingmuster und insbesondere auf die vorhandenen Ressourcen hingewiesen.

7.4 Nicht zu überzeugen vermag hingegen das gastroenterologische Teilgutachten. Dieses beruht weitgehend auf den Aussagen des Beschwerdeführers, ohne dass dieser eingehend untersucht worden wäre. Aus dem Teilgutachten lässt sich aber auch eine gewisse Unsicherheit des Gutachters herauslesen. So begründet dieser zwar die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit den Stuhlunregelmässigkeiten, führt gleichzeitig aber aus, dass sich aufgrund der Sistierung der Medikamenteneinnahme und der fehlenden Behandlung die Frage stelle, wie gross der Leidensdruck sei bzw. wie bedeutend die Stuhlunregelmässigkeiten tatsächlich für Einschränkungen der Lebensqualität und der Leistungsfähigkeit seien. Sodann weist er darauf hin, dass der gesteigerte Leistungsdruck ein entscheidender Faktor sei, was aber aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht relevant sein kann.

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer an einer Colitis ulcerosa leidet und im Jahr 2005 an einem Sigmakarzinom erkrankte, welches kurativ behandelt wurde. Abgesehen von jährlichen Kontrollen, welche keinen Nachweis eines Rezidivs oder einer Metastasierung ergaben, sieht der Beschwerdeführer offenbar selbst keinen Behandlungsbedarf. Bis zu seinem Unfall im Jahr 2013 war er stets zu 100 % arbeitstätig. Sein Hausarzt führte sodann die ihm attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu keinem Zeitpunkt auf die Colitis ulcerosa oder das Sigmakarzinom zurück, sondern führte die Colitis ulcerosa am 31. Oktober 2014 als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Auch die

Onkologin Dr. N.\_\_\_\_\_ erklärte die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht als Folge der Colitis ulcerosa oder des Sigmakarzinoms, sondern führte sie auf den Unfall zurück. Dabei wies sie vage und fachfremd darauf hin, dass bei einer angepassten Tätigkeit eine gewisse Einschränkung bestehe, da die ganze Situation über die Jahre den Beschwerdeführer psychisch belastet habe und deshalb eine erhöhte Ermüdbarkeit vorliege, während der Psychiater Dr. M.\_\_\_\_\_ ausdrücklich von vorhandenen Ressourcen spricht.

Berücksichtigt man namentlich, dass der Beschwerdeführer selbst keinen Handlungsbedarf sieht, er bis zu seinem Unfall stets zu 100 % arbeitstätig war und ihm selbst sein Hausarzt nie wegen der Colitis ulcerosa oder des Sigmakarzinoms eine Einschränkung der Arbeitstätigkeit attestierte, kann entgegen dem gastroenterologischen Teilgutachten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit als [ ] zu 50 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 20-30 % arbeitsunfähig. Während sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aufgrund der für die Arbeit als [ ] störenden Toilettenbesuche allenfalls noch begründen liesse, ist nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkt sein soll, falls eine Toilette in der Nähe ist.

Wie sich aus dem Nachfolgenden ergibt, erzielt der Beschwerdeführer aber selbst unter der Annahme, er sei in einer angepassten Tätigkeit zu 20-30 % arbeitsunfähig, keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad.

## **E. 8**

8.1 Obwohl mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, rechtfertigt es sich, den nachfolgenden Einkommensvergleich unter der Prämisse vorzunehmen, der Beschwerdeführer sei in einer angepassten Tätigkeit zu 20-30 % arbeitsunfähig.

8.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGer-Urteil 9C\_128/2014 vom 20. März 2014 E. 2.1). Dabei wird in der Regel beim zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der empirischen Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 129 V 222 E. 4.3.1).

Der Beschwerdeführer verdiente im Jahr 2012 Fr. 52'980.-. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass er als [ ] im Aussendienst arbeitete und mit einem Fixum sowie mit Provisionen entlohnt wurde. Dies erklärt, dass sein Lohn in den vergangenen Jahren stark variierte. Bei stark schwankenden Einkommen ist unter Ausklammerung von Höchst- und Tiefstwerten auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Lohn abzustellen (BGer-Urteil 8C\_125/2009 vom 27. April 2009 E. 4.2.2).

Der Beschwerdeführer ging in seiner Beschwerde von einem Valideneinkommen von Fr. 77'500.-, was (aufgerundet) dem Durchschnitt der in den Jahren 2006 bis 2012 erzielten Einkommen entspricht. Dieses Vorgehen ist vertretbar. Ebenso liesse es sich aber rechtfertigen, den tiefsten Lohn (Fr. 52'980.- im Jahr 2012) und den höchsten Lohn (Fr. 107'437.- im Jahr 2006) auszuklammern. Dies würde zu einem durchschnittlich während der Jahre 2007 bis 2011 erzielten Einkommen von Fr. 76'423.80 führen. Zu Gunsten des Beschwerdeführers kann vorliegend die von ihm vorgeschlagene Methode

verwendet werden. Dabei ergibt sich für die Jahre 2006 bis 2012 ein durchschnittliches Einkommen von Fr. 77'466.57.

8.3 Mit dem Beschwerdeführer ist sodann davon auszugehen, dass für die Bemessung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik heranzuziehen sind. Der Beschwerdeführer ist ausgebildeter [ ]. Von 1986 bis 1991 arbeitete er für die [ ], danach als [ ]. Aufgrund seiner langjährigen Tätigkeit im [ ] verfügt er über Kenntnisse im administrativen Bereich, die ihm bei einer administrativen Tätigkeit zweifelsohne nützlich sind. Es ist daher davon auszugehen, dass ihm praktische Tätigkeiten etwa im Bereich der Datenverarbeitung oder der Administration möglich sind, was dem Kompetenzniveau 2 gemäss der TA1 der LSE 2012 entspricht. Allerdings rechtfertigt es sich nicht, den höheren über alle Sektoren ermittelten Durchschnittswert heranzuziehen, da der Beschwerdeführer einzig im Dienstleistungssektor, nicht aber im Produktionssektor Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 2 ausüben kann. Damit ergibt sich ■ was der Beschwerdeführer selbst für vertretbar hält ■ ein Tabellenlohn von monatlich Fr. 5'285.- bzw. aufgerechnet auf ein Jahr und auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2012 von 41,7 Stunden ein solcher von Fr. 66'115.35. Geht man nun mit dem MEDAS-Gutachten davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit nur zu 70-80 % arbeitsfähig ist, ergibt sich ein Tabellenlohn von Fr. 49'586.51 (Fr. 66'115.35 x 0,75; vgl. BGer-Urteil 9C\_280/2010 vom 12. April 2011, wonach auf den Mittelwert abzustellen ist, wenn der Arztbericht die Arbeitsunfähigkeit in einer Bandbreite einschätzt).

8.4 Der Beschwerdeführer geht davon aus, dass vom Tabellenlohn ein Abzug von mindestens 20 % vorzunehmen sei.

8.4.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nunmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber 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. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzugs ist der Einfluss aller in Betracht fallender Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohns zu begrenzen (BGE 134 V 322 E. 5.2, mit Hinweisen; vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

8.4.2 Geht man mit dem MEDAS-Gutachten davon aus, dem Beschwerdeführer sei eine angepasste administrative Tätigkeit im Innendienst nur zu 70 bis 80 % zumutbar, sind damit gemäss dem gastroenterologischen Teilgutachten sämtliche Einschränkungen aufgrund der

Stuhlnunregelmässigkeiten abgedeckt, weshalb kein weiterer Abzug vorzunehmen ist. Die weiteren Einschränkungen wie Gehstrecken nicht über 300 Metern, kein Tragen von Lasten über 15 kg oder kein Besteigen von Gerüsten oder Leitern betreffen Tätigkeiten, die im Dienstleistungsbereich nicht ausgeführt werden müssen, weshalb auch diesbezüglich kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist. Das Alter wird vom Bundesgericht zwar theoretisch als Abzugsgrund aufgeführt, aber ein entsprechender Abzug wird in der Praxis kaum je gewährt. So verhält es sich auch vorliegend. Grundsätzlich muss unberücksichtigt bleiben, dass das Alter die Stellensuche negativ beeinflusst, da es sich dabei um einen invaliditätsfremden Faktor handelt (BGer-Urteil 8C\_594/2011 vom 20. Oktober 2011 E. 5). Nicht ersichtlich ist sodann, dass sich das Alter des Beschwerdeführers lohnsenkend auswirken würde. Schliesslich lässt sich auch ein Abzug nicht damit begründen, dass dem Beschwerdeführer gemäss dem MEDAS-Gutachten nur noch eine Teilzeitarbeit von 75 % möglich ist, hat ein solches Pensum bei Arbeiten ohne Kaderfunktion oder im untersten Kader doch keinen nachteiligen Einfluss auf den Lohn (vgl. dazu Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014, Anhang, Tabelle Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor [Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften, Kirchen] zusammen, Schweiz 2012; vgl. auch BGer-Urteil 8C\_622/2016 vom 21. Dezember 2016 E. 5.3.2). Insgesamt rechtfertigt sich daher ein Abzug vom Tabellenlohn nicht.

Selbst wenn man zu Gunsten des Beschwerdeführers dem MEDAS-Gutachten folgt und davon ausgeht, ihm sei eine angepasste Tätigkeit nur noch zu 75 % möglich, erreicht er selbst dann keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad, wenn man wohlwollend von einem Valideneinkommen von Fr. 77'466.57 ausgeht. Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 49'586.51 würde der Invaliditätsgrad nämlich 36 % betragen.

Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

### III.

#### 1.

Nach Art. 134 Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 (VRG) i.V.m. Art. 69 Abs. 1bis IVG hat die Partei, welche im Beschwerdeverfahren unterliegt, die amtlichen Kosten zu tragen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wären die Gerichtskosten von pauschal Fr. 600.- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Indessen ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer durch die im vorinstanzlichen Verfahren erlittene Gehörsverletzung in das vorliegende Verfahren gedrängt wurde, blieben seine Einwände im Verfahren vor der Vorinstanz doch ungehört (vgl. E. II/4). Folglich sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Art. 134 Abs. 2 VRG). Dem Beschwerdeführer ist der von ihm bereits geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- zurückzuerstatten. Aus denselben Gründen steht ihm zu Lasten der Beschwerdegegnerin eine angemessene Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inkl. Mehrwertsteuer) zu (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. A., Bern/St.Gallen/Zürich 2015, Art. 61 Rz. 206).

#### 2.

Das Verwaltungsgericht gab bei der MEDAS Zentralschweiz ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, da die Beschwerdegegnerin die angefochtene Verfügung erliess,

ohne dass eine umfassende medizinische Beurteilung vorlag (vgl. E. II/5.2). Demgemäss wären die Gutachtenskosten von Fr. 17'123.95 grundsätzlich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. BGer-Urteil 8C\_113/2017 vom 29. Juni 2017 E. 6.2.1). Da im Gutachten aber im Hinblick auf die beim Verwaltungsgericht hängigen unfallversicherungsrechtlichen Verfahren VG.2015.00059 und VG.2016.00011 auch spezifisch unfallversicherungsrechtliche Fragen zu beantworten waren, was die Gutachtenskosten erhöhte, rechtfertigt es sich, den Anteil der Beschwerdegegnerin auf die Hälfte zu begrenzen.

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