



Fall-Nr.: IV 2016/133
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 17.09.2019
Entscheiddatum: 16.03.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 16.03.2018

Art. 28 Abs. 1 IVG. Rentenanspruch. Würdigung medizinischer Berichte. Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens bejaht. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 16. März 2018, IV 2016/133). Entscheid vom 16. März 2018

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz),

Versicherungsrichter Joachim Huber und a.o. Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle
Frei; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

IV 2016/133

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Diego Quinter, Quinter,

Portmann & Partner, Quaderstrasse 18, Postfach 551, 7001 Chur,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 27. Februar 2013 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Am 13. Juni 2012 war der bei der B.____ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin) als Chauffeur/Doorman und nebenbei als Landwirt tätige Versicherte (vgl. IV-act. 18, 33, 97) mit dem Motorrad in eine Kollision mit einem Personenwagen verwickelt gewesen (IV-act. 9). Die erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), wo er sich vom 13. bis 22. Juni 2012 stationär befunden hatte, hatten mit Austrittsbericht vom 25. Juni 2012 eine 2-Etagen Femurfraktur links mit dislozierter petrochantärer sowie Femurschaftfraktur links, eine Berstungsfraktur des Brustwirbelkörpers (BWK) 6, eine distale, mehrfragmentäre Radiusfraktur rechts sowie ein Supinationstrauma des oberen Sprunggelenks (OSG) links mit Verdacht auf fibulotalare Bandläsion diagnostiziert. Am Unfalltag war eine geschlossene Reposition und Osteosynthese der petrochantären und Femurschaftfraktur links mit langem Gammanagel und eine palmare Plattenosteosynthese der distalen Radiusfraktur rechts durchgeführt worden. Die behandelnden Ärzte des KSSG hatten den Versicherten vom 13. Juni bis 25. Juli 2012 als zu 100% arbeitsunfähig erachtet (vgl. Fremdakten 1-53 ff.). Vom 22. Juni bis 4. Juli 2012 hatte er sich stationär im Rehabilitationszentrum Valens befunden und war danach weiterhin zu 100% arbeitsunfähig (Fremdakten 1-41 f., 1-35 f.).

A.b Ab 1. November 2012 hatte der Versicherte seine Tätigkeit bei der Arbeitgeberin zu 10% wieder aufgenommen und das Pensum per 1. Januar 2013 auf 30% erhöht (IV-act. 18, Fremdakten 1-1, vgl. IV-act. 20-11 ff., IV-act. 104-54 f.). Zur Stimulation der Kallusbildung im Bereich des Femurschaftes war am 2. November 2012 der statische Verriegelungsbolzen operativ entfernt worden (Fremdakten 1-18, 1-20 f.). PD Dr. med. C.____, Arzt Orthopädie, Klinik D.____, äusserte am 1. März 2013 den Verdacht auf eine



St.Galler Gerichte

verzögerte Heilung respektive beginnende Pseudarthrose der intertrochantären Region rechts (IV-act. 10, vgl. bezüglich verzögerter Heilung auch IV-act. 20-9 ff., Fremdakten 1-7).

A.c Am 29. April 2013 berichtete Dr. med. E.____, Leiter Wirbelsäulenchirurgie der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG, unter anderem über einen anamnestisch vor 14 Tagen neu aufgetretenen Schmerz im Bereich der rechten Kniekehle, welcher teilweise in die Wade ausstrahle. Inspektorisch zeige sich ein minimaler Kniegelenkserguss rechts und ein leichter Kompressionsschmerz der rechten Wade (IV-act. 19-9 f.). Aufgrund einer Ruptur des medialen Meniskus sowie einer Knorpelschädigung femoropatellär und femorotibial rechts (vgl. Fremdakten 2-80 f.) unterzog sich der Versicherte am 11. Juni 2013 einer arthroskopischen Teilmenisektomie (Fremdakten 2-67).

A.d Ab 1. Mai 2013 hatte der Versicherte sein Arbeitspensum auf 50% erhöht (IV-act. 23, vgl. IV-act. 59-11; im Juli/August 2013 vorübergehende Erhöhung auf 75%, vgl. IV-act. 59-13, Fremdakten 2-52). Dr. med. F.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Medizinisches Zentrum G.____, hatte in seinem Bericht vom 1. Mai 2013 befunden, es sei noch von einem längeren Heilungsverlauf von ca. 4-6 Monaten auszugehen. Möglicherweise sei auch eine Reoperation des linken Femurs notwendig. Danach sollte der Versicherte beschwerdefrei und normal belastbar sein. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar, die Belastbarkeit sollte in den folgenden Monaten weiter bis auf 100% gesteigert werden können (IV-act. 19-3 ff.).

A.e Am 7. November 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie übernehme die Kosten für zwei Paar Arbeitsschuhe und gewähre Beratung und Unterstützung beim Arbeitsplatzersatz (IV-act. 43 f.).

A.f Im Februar 2014 beauftragte der Unfallversicherer des Versicherten, die ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG (nachfolgend: ÖKK), Dr. med. H.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, mit einer Aktenbeurteilung. Dieser befand am 10. April 2014, der medizinische Endzustand sei noch nicht erreicht, da die knöchernen Konsolidierung des pertrochantären Abschnitts der linksseitigen Femurfraktur bis zuletzt noch immer nicht abgeschlossen gewesen sei. Die attestierte 50%ige



St.Galler Gerichte

Arbeitsunfähigkeit erscheine ihm nachvollziehbar. Eine verbleibende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit wäre nach endgültiger Konsolidierung oder Defektheilung der Femurfraktur im Rahmen einer Abschlussbegutachtung zu klären (Fremdakten 3-2 ff.).

A.g Am 2. Mai 2014 wurde im KSSG der lange Gammanagels links und das Osteosynthesematerial am distalen Radius entfernt. Die behandelnden Ärzte erachteten den Versicherten vom 2. bis 16. Mai 2014 als zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 72, IV-act. 104-41 ff.).

A.h Im Auftrag der ÖKK (vgl. IV-act. 78) wurde der Versicherte im Dezember 2014 durch Ärzte der MEDAS Ostschweiz polydisziplinär (rheumatologisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch) abgeklärt. Mit Gutachten vom 29. Januar 2015 (die ursprüngliche Version vom 19. Januar 2015 enthielt eine falsche Datumsangabe; vgl. Fremdakten 6-2 ff., 7-12, 7-74) listeten diese als Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ein thorakales Schmerzsyndrom, eine endgradige Bewegungseinschränkung und Schmerzen im rechten Handgelenk, ein residuelles Schmerzsyndrom inguinal links und (am) Trochanter links ohne Funktionsstörung, belastungsabhängige Beschwerden ohne Funktionsstörung nach Supinationstrauma OSG links, einen anamnestisch rezidivierenden Kniegelenkserguss rechts und rechtsbetonte belastungskorrelierte Gonalgien sowie ein chronisches thorakovertebrales und anamnestisch lumbovertebrales bis -spondylogenes Syndrom bei deutlichen degenerativen Veränderungen auf. Sie befanden, aus orthopädisch/rheumatologischer Sicht bestünden Beeinträchtigungen durch die Notwendigkeit vermehrter Pausen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (bei der Arbeitgeberin und als Landwirt), welche adaptiert sei, bestehe seit Ende 2012 eine zunehmende Arbeitsfähigkeit. Spätestens seit dem Gutachtenszeitpunkt sei von einer Einschränkung des Rendements von etwa 20% bei voller Präsenz auszugehen (Fremdakten 7-13 ff., 7-62 f., 7-67 f.). RAD-Arzt Dr. med. I. ___ befand am 26. Januar 2015, auf das umfassende, schlüssige und widerspruchsfreie Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 79-4). Auf Nachfrage der ÖKK (vgl. Fremdakten 7-3) nahmen die MEDAS-Gutachter am 18. Februar und 26. Mai 2015 Stellung zu aus Sicht der ÖKK aufgetretenen Unklarheiten bzw. unbeantworteten Fragen (Fremdakten 7-7 f., 8-2 ff.).



St.Galler Gerichte

A.i Am 20. März 2015 beurteilte Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, nach radiologischer Untersuchung des rechten Knies, es bestehe eine unveränderte Chondropathie Grad II und eine progrediente Auftreibung des vorderen Kreuzbandes mit Signalalteration. Da dem Versicherten kein Trauma erinnerlich sei und das Bild nicht auf eine Ruptur hinweise, könnte es sich möglicherweise um einen desmoiden Tumor des vorderen Kreuzbandes handeln (IV-act. 104-21, vgl. Bericht der Zytologie in Fremdakten 8-10). Dieser Verdacht wurde in der Folge jedoch entkräftet und die behandelnden Ärzte des KSSG befanden am 25. Juni 2015, die chronischen Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks liessen sich durchaus durch die retropatelläre sowie mediale Chondropathie erklären (IV-act. 104-4 ff., vgl. IV-act. 104-10 ff., Fremdakten 8-10).

A.j Mit Mitteilung vom 28. September 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab, da der Versicherte aktuell im Teilpensum von 60% bei seiner bisherigen Arbeitgeberin tätig und eine weitere Steigerung nicht vorgesehen sei (IV-act. 90). Per 1. Oktober 2015 erhöhte der Versicherte sein Arbeitspensum dennoch auf 70% (vgl. IV-act. 96-2, 99, Fremdakten 9-7 f.).

A.k Am 29. September 2015 hatten die behandelnden Ärzte des KSSG über ein Tractus-Springen über dem Trochanter major links berichtet. Diese Symptomatik könnte durch eine Tractus-Z-Plastik behoben werden, der Versicherte habe sich jedoch noch nicht für die Operation entschieden (IV-act. 104-1 f.). Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, schätzte den Versicherten mit Bericht vom 16. Dezember 2015 als zu 70% arbeitsfähig ein (vgl. IV-act. 105). RAD-Arzt Dr. I.____ befand am 28. Dezember 2015, medizinisch-theoretisch sei davon auszugehen, dass dem Versicherten eine optimal adaptierte Tätigkeit zu 100% zumutbar sei. Eine signifikante Verbesserung des Zustandsbildes sei nicht zu erwarten (IV-act. 108-3).

A.l Mit Vorbescheid vom 6. Januar 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0% in Aussicht (IV-act. 110). Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. D. Quinter, Chur, am 11. Februar 2016 Einwand (IV-act. 112). Am 14. März 2016 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 114).

B.



B.a Gegen die Verfügung vom 14. März 2016 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 29. April 2016. Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Quinter, beantragt darin deren Aufhebung und die Zusprache der ihm gesetzlich zustehenden IV-Leistungen mit Wirkung ab 1. März 2015 basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 40%; unter gerichtlicher und aussergerichtlicher Kosten- und Entschädigungsfolge. Er macht geltend, die Schlüssigkeit und Zuverlässigkeit des MEDAS-Gutachtens sei in wesentlichen Punkten fraglich. Gravierend komme hinzu, dass er anlässlich der Begutachtung unter Medikation in Form von cortisonhaltigen Infiltrationen ins rechte Knie und in die Wirbelsäule gestanden habe, welche den ursprünglichen Zustand wie Schwellungen und Schmerzen deutlich herabgesetzt habe. Dr. H.____ habe im Gegensatz zu den MEDAS-Gutachtern in seiner Aktenbeurteilung vom April 2014 festgehalten, die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei nachvollziehbar. Seither habe sich der Gesundheitszustand nicht verbessert, weshalb die Einschätzung der MEDAS nicht nachvollziehbar sei (act. G1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 2. Juni 2016 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt vor, das MEDAS-Gutachten sei beweiskräftig. Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer unter dem Einfluss von cortisonhaltigen Infiltrationen gestanden sei, komme keine Bedeutung zu. Auf die Beurteilung von Dr. H.____ sei dagegen nicht abzustellen. Die Verfügung erweise sich im Ergebnis als rechtmässig (act. G4).

B.c In seiner Replik vom 8. Juli 2016 lässt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten (act. G6).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf das Einreichen einer Duplik (vgl. act. G8).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers gegenüber der Invalidenversicherung.



1.1 Unter Invalidität wird laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

1.2 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. 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 abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

2.



Vorab ist die Frage zu klären, ob die medizinische Situation und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers rechtsgenügend abgeklärt wurden. Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin stützt sich in medizinischer Hinsicht vorwiegend auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 29. Januar 2015 (Fremdakten 7-13 ff.). Der Beschwerdeführer spricht diesem die Beweiskraft ab und hält ihm insbesondere die davon abweichende Einschätzung von Dr. H.____ entgegen (vgl. act. G1, G6).

2.1 Die MEDAS-Gutachter listeten als Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ein thorakales Schmerzsyndrom nach BWK 6-Berstungsfraktur, eine endgradige Bewegungseinschränkung und Schmerzen im rechten Handgelenk, ein residuelles Schmerzsyndrom inguinal links und (am) Trochanter links ohne Funktionsstörung, belastungsabhängige Beschwerden ohne Funktionsstörung nach Supinationstrauma OSG links, einen anamnestisch rezidivierenden Kniegelenkserguss rechts und rechtsbetonte belastungskorrelierte Gonalgien sowie ein chronisches thorakovertebrales und anamnestisch lumbovertebrales bis -spondylogenes Syndrom bei deutlichen degenerativen Veränderungen fest. Sie befanden, aus orthopädisch/rheumatologischer Sicht bestünden Beeinträchtigungen durch die Notwendigkeit vermehrter Pausen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (bei der Arbeitgeberin und als Landwirt), welche adaptiert sei, bestehe seit Ende 2012 eine zunehmende Arbeitsfähigkeit, spätestens seit dem Gutachtenszeitpunkt sei von einer Einschränkung des Rendements von etwa 20% bei voller Präsenz auszugehen (Fremdakten 7-13 ff., vgl. Fremdakten 7-7 f., 8-2 ff.).

2.2 Im Gegensatz zur umfassenden MEDAS-Abklärung mit persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers hatte Dr. H.____ am 10. April 2014 eine Aktenbeurteilung erstellt. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (act. G4), nahm Dr. H.____ keine eigentliche eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung vor, sondern befand entsprechend der Fragestellung der ÖKK ("aktuell beträgt die Arbeitsfähigkeit 50%"), die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit erscheine nachvollziehbar (Fremdakten 3-55). Dabei orientierte er sich offensichtlich am damals vom Beschwerdeführer tatsächlich geleisteten Arbeitspensum von 50% (vgl. IV-act. 23). Zudem hielt Dr. H.____ selbst fest, es seien weitere Abklärungen und eine abschliessende Begutachtung nötig. Er war der Ansicht, es wäre noch zu klären, weshalb eine nächtliche Sehbehinderung den Versicherten an der Chauffeurstätigkeit behindert habe. Dies wäre nämlich ein



unfallfremder Anteil der Arbeitsunfähigkeit, dessen Höhe zu bestimmen wäre. Auch der unfallfremde Anteil des rechten Knies sei abklärungsbedürftig. Hinsichtlich der Femurfraktur könne er noch keinen stabilen Zustand erkennen, der eine inskünftig geltende Beurteilung zuliesse. Zu erwarten sei die endgültige Konsolidierung oder Defektheilung bis Frühsommer 2014. Folglich wäre eine verbleibende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer Abschlussbegutachtung zu klären (Fremdakten 3-55). Auf die Beurteilung von Dr. H.____ betreffend Arbeitsfähigkeit kann insoweit nicht abgestellt werden, als verschiedene Fragen noch abklärungsbedürftig waren. Zudem lagen zwischen der Beurteilung von Dr. H.____ bzw. dem neuesten von ihm berücksichtigten Aktenstück vom 5. Februar 2014 (vgl. Fremdakten 3-2 ff., insb. 3-37) und der Abklärung durch die MEDAS Ostschweiz im Dezember 2014 zehn Monate. In diesem Zeitraum erfolgte die Entfernung des langen Gammanagels links und des Osteosynthesematerials am distalen Radius sowie Infiltrationen der Facettengelenke L5/S1 bzw. C6/7 (IV-act. 72, IV-act. 104-41, Fremdakten 2-21, 4-4, 7-79). Vor diesem Hintergrund erscheint entgegen dem Standpunkt des Beschwerdeführers (vgl. act. G1) eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bis zur MEDAS-Begutachtung als plausibel. Auch ist die Aussage des Beschwerdeführers, wonach die von Dr. H.____ erwähnten Sprunggelenks- und Hüftbeschwerden durch die Gutachter nicht berücksichtigt worden seien, nicht nachvollziehbar. Als Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie sowohl ein residuelles Schmerzsyndrom inguinal links und (am) Trochanter links ohne Funktionsstörung nach dislozierter petrochantärer Femurfraktur und Femurschaftfraktur links als auch belastungsabhängige Beschwerden ohne Funktionsstörung nach Supinationstrauma des OSG links auf (Fremdakten 7-62 f., vgl. Fremdakten 7-533). Schliesslich fassten die MEDAS-Gutachter die vorherigen Beurteilungen, insbesondere auch das Gutachten von Dr. H.____, zusammen und hielten fest, aus medizinischer Sicht ergäben sich keine Widersprüche aus der Aktenlage (Fremdakten 7-65 f.). Die Einschätzung von Dr. H.____ ist damit insgesamt nicht geeignet, das spätere polydisziplinäre MEDAS-Gutachten in Frage zu stellen.

2.3 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, er sei anlässlich der Untersuchung durch die MEDAS-Gutachter unter Einfluss durch cortisonhaltige Infiltrationen ins rechte Knie und die Lendenwirbelsäule gestanden, welche die Schwellungen und Schmerzen deutlich herabgesetzt hätten (act. G1). Der Beschwerdeführer legt nicht weiter dar, um welche Infiltrationen es sich dabei gehandelt haben soll. Die letzte



aktenkundig bekannte Infiltration vor der Begutachtung fand am 18. November 2014 statt und betraf das Facettengelenk C6/7 (Fremdakten 7-79). Eine Infiltration des Knies ist nicht dokumentiert. Inwiefern eine Infiltration die klinische und vor allem die röntgenologische Untersuchung der MEDAS-Gutachter beeinflusst haben soll, ist nicht bekannt. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Schmerzen im Bereich des BWK 6 seien infolge der Infiltration geringer gewesen, ist zu bemerken, dass die MEDAS-Gutachter Kenntnis von der Behandlung hatten (vgl. Fremdakten 7-48) und diese bei ihrer Beurteilung entsprechend berücksichtigten. Sowohl das thorakale, das chronische thorakovertebrale und anamnestisch lumbovertebrale bis -spondylogene Syndrom, wie auch der anamnestisch beklagte rezidivierende Kniegelenkserguss rechts und die rechtsbetonten belastungskorrelierten Gonalgien listeten sie als Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit auf (vgl. Fremdakten 7-62 f.). Die später festgestellte Chondropathie als Ursache für die chronischen Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks (vgl. IV-act. 104-4 ff., 104-10 f., 104-21) äussert sich vor allem durch Schmerzen beim Aufrichten aus der Hocke, einem Patellaverschiebeschmerz sowie allenfalls durch eine Kapselschwellung und einen Gelenkerguss (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. Berlin 2017, S. 329). Die Hauptsymptome der Chondropathie in Form von Schmerzen und des Gelenkergusses wurden durch die MEDAS-Gutachter bereits berücksichtigt. Darüber hinausgehende Einschränkungen mit weitergehender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

2.4 Weiter erwähnt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde eine "einen Knorpelvorsprung beim Gehen regelmässig überspringende Sehne", welche schmerze und auch sonst sehr unangenehm sei (act. G1). Dr. Grob hatte diesbezüglich am 29. September 2015 ein Tractus-Springen über dem Trochanter major links diagnostiziert (IV-act. 104-1 f.). Die Symptomatik war zum Zeitpunkt des MEDAS-Gutachtens noch nicht bekannt und wurde folglich von den Gutachtern nicht berücksichtigt. Die Gammanagelosteosynthese und die Entfernung des Gammanagels als (Teil-)auslöser der Symptomatik waren den Gutachtern hingegen bekannt. Auch berücksichtigten sie ein residuelles Schmerzsyndrom inguinal links und (am) Trochanter links sowie belastungsabhängige Beschwerden nach Supinationstrauma OSG links (Fremdakten 7-62 f.). Es ist nicht davon auszugehen, dass das später aufgetretene Tractus-Springen und die damit verbundenen Schmerzen über die bereits berücksichtigten Beschwerden



des Oberschenkels bzw. der Hüfte hinaus Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben.

2.5 Inwiefern die MEDAS-Gutachter den erhobenen Befunden bei der Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit und der Arbeitsfähigkeit keine bzw. nicht genug Rechnung getragen haben sollten, ist – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (act G1) – nicht ersichtlich. So befanden die Gutachter, körperliche Schwerstarbeiten, dauerndes Schleppen über 15 kg, dauernde Zwangshaltungen und häufiges Besteigen von Gerüsten oder Leitern dürften dem Beschwerdeführer nicht zugemutet werden. Damit ist der Beschwerdeführer bezüglich seiner gesundheitlichen Störungen umfassend entlastet. Weiter beurteilten die Gutachter, für eine adaptierte Tätigkeit bestünden aus orthopädisch/rheumatologischer Sicht Beeinträchtigungen durch die Notwendigkeit vermehrter Pausen, weshalb das Rendement bei vollzeitiger Präsenz um 20% gemindert sei (Fremdakten 7-67 f.). Schliesslich schätzte auch Dr. K.____ den Beschwerdeführer als zu 70% arbeitsfähig ein, mithin nur leicht weniger als die MEDAS-Gutachter (vgl. IV-act. 105). Eine Arbeitsfähigkeit von 80% ist sodann auch vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer zu 70% für seine Arbeitgeberin tätig ist und daneben noch gewisse landwirtschaftliche Arbeiten erledigt, nachvollziehbar (vgl. IV-act. 96-2, 99, Fremdakten 7-41, 9-7 f.).

2.6 Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass das MEDAS-Gutachten vom 29. Januar 2015 sowie die Stellungnahmen vom 18. Februar und 26. Mai 2015 (vgl. Fremdakten 7-7 f., 7-13 ff., 8-2 ff.) auf umfassender Aktenkenntnis sowie polydisziplinären eigenen Untersuchungen beruhen, das gesamte Leidensbild des Beschwerdeführers berücksichtigen und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Aus den vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwänden, insbesondere den medizinischen Einschätzungen von Dr. H.____, ergeben sich zudem keine objektiven Gesichtspunkte, welche im MEDAS-Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Eine zwischen dem MEDAS-Gutachten vom 29. Januar 2015 und der umstrittenen Verfügung der IV-Stelle vom 14. März 2016 (vgl. IV-act. 114) eingetretene massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen.

3.



Ausgehend von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie in adaptierten Tätigkeiten bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Der Beschwerdeführer war seit 2000 bis zum Unfall vom 13. Juni 2012 zu 100% bei der B.____ AG tätig (IV-act. 97). Danach nahm er seine Tätigkeit ab 1. November 2012 teilzeitlich wieder auf und erhöhte sein Pensum sukzessive, ab 1. Oktober 2015 betrug es 70% (IV-act. 18, Fremdakten 9-7). Da dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigung weiterhin zumutbar ist, ist zur Festlegung sowohl des Invaliden- als auch des Valideneinkommens auf dieselben Werte abzustellen (der Lohn wurde durch die Arbeitgeberin lediglich prozentual zum Beschäftigungsgrad gekürzt, vgl. IV-act. 97-4, Fremdakten 9-7). Bei dieser Berechnungsweise fällt ein Tabellenlohnabzug ausser Betracht. Es ergibt sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, weshalb die angefochtene Verfügung vom 14. März nicht zu beanstanden ist.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer anzurechnen.

4.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.



2.

Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss wird dem Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 600.-- angerechnet.