



**Fall-Nr.:** IV 2014/433  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.11.2019  
**Entscheiddatum:** 09.01.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 09.01.2017**

**Art. 28 IVG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG. Voll - auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung - beweiskräftiges Gutachten betreffend eine versicherte Person mit Somatisierungsstörung (Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 9. Januar 2017, IV 2014/433). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_79/2017. Entscheid vom 9. Januar 2017**

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen

Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin

Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2014/433

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Volker Pribnow,

Stadtturmstrasse 10, Postfach 1644, 5401 Baden,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 28. Februar/7. März 2011 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er sei von Beruf [...] und sei seit September 1997 als [...] tätig. Seit einem Autounfall am \_\_ März 2009 bestünden diverse gesundheitliche Beeinträchtigungen in Form von latent vorhandenen Kopfschmerzen, häufig auftretendem Schwindel, blockierenden Nackenschmerzen, Augenschmerzen und Übelkeit (IV-act. 1 und 3).

A.b Gemäss dem polizeilichen Bericht war der Versicherte beim Unfall auf der Autobahn mit gegenüber 120 km/h nur wenig verringerter Geschwindigkeit in ein vor ihm verunfalltes Auto gestossen (vgl. IV-act. 68-12). Nach Angaben des Kantonsspitals L.\_\_\_\_ vom 17. März 2009 (UV-Akten) war er beim Unfall angegurtet gewesen, doch habe der Airbag nicht ausgelöst. Der Versicherte sei nicht bewusstlos gewesen und habe ein HWS-Schleudertrauma mit dislozierter basisnaher Dornfortsatz-Fraktur HWK6 und eine nicht dislozierte Sternum-Korpusfraktur erlitten. Der Gesichtsschädel sei unauffällig gewesen. Der Versicherte habe am \_\_ März 2009 [Unfalltag plus 2] ohne auffällige Neurologie in den oberen Extremitäten aus der Hospitalisation entlassen werden können. - Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH für Allgemeinmedizin, hatte am 25. März 2009 berichtet, der Verlauf sei günstig, am 23. April 2009 dann, es sei nur eine zögerliche Besserung eingetreten. Es bestünden eine stark verspannte Muskulatur im Nackenbereich und konsekutiv Kopfwegh und eine Konzentrationsstörung, selten Schwindel. Mitte April 2009 waren cervico-cephale Schmerzen, Schwindel und



praktisch dauernde Kopfschmerzen aufgetreten. Eine neurologische Untersuchung ergab gemäss einem Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 5. Juni 2009 (UV-Akten), dass eine progrediente rechtsbetonte Cervico-Brachialgie bei unter anderem Verdacht auf Kopftrauma, muskulärem cervico-brachialem Überlastungssyndrom und Verdacht auf Commotio spinalis bestehe. Für neuropsychologische oder psychiatrische Behandlungen bestehe zurzeit keine Indikation. Eine neuropsychologische Untersuchung in der Klinik D.\_\_\_\_ zeigte gemäss dem Bericht vom 15. Juli 2009 in der Folge ein insgesamt hohes kognitives Leistungspotential, das zurzeit nicht vollständig umgesetzt werden könne. Hauptsächlich die attentionalen Fähigkeiten und die kognitive Flexibilität seien klar unter dem sonstigen Niveau. Es sei davon auszugehen, dass die Defizite nicht hirnorganischen Ursprungs seien, sondern im Zusammenhang mit der physischen Problematik stünden. Der Versicherte sei in einem Erschöpfungszustand mit verminderter Stressresistenz. Es sei wichtig, dass der Arbeitswiedereinstieg schrittweise geplant werde und möglichst ohne Druck des Arbeitgebers stattfinde. Am 6. Mai 2010 hatte Dr. B.\_\_\_\_ angegeben, der Versicherte leide nur bei vermehrter Belastung an Nackenverspannung, seit einer Therapie praktisch täglich an Schwindel, Übelkeit, Kopfdruck und Augenschmerzen. Unter einem Wechsel der Therapie sei nur eine langsame Besserung erreicht worden. Vom 20. Juli 2009 bis zum 6. Dezember 2009 sei der Versicherte zu 80 %, anschliessend bis zum 21. März 2010 zu 70 % und bis zum 5. April 2010 nochmals zu 100 % arbeitsunfähig gewesen; seither sei er wieder zu 70 % arbeitsfähig. Es sollte möglichst wenig Bildschirmarbeit vorkommen.

A.c Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt in einem Gesprächsprotokoll vom 21. April 2011 (IV-act. 15) fest, Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH [Dr. B.\_\_\_\_s Praxisstellvertretung], habe als Diagnosen unter anderem einen St. n. SHT [Schädel-Hirn-Trauma] Grad I mit Teilausfall des Gleichgewichtsorgans links, posturaler Instabilität und wechselnden muskulären Beschwerden angegeben. Nach ihren Angaben habe es sich klar gezeigt, dass sich vor allem die Bildschirmtätigkeit auf die Augenschmerzen nachteilig auswirke und sie die Arbeitsfähigkeit mindere. Eine volle Arbeitsfähigkeit zu erreichen, sei bei reduzierter Bildschirmarbeit potentiell wahrscheinlich möglich. Der Versicherte sei wieder (teilweise) eingegliedert. Im beigelegten Bericht vom 14. März 2011 an das Case Management der F.\_\_\_\_ (IV-act. 16) hatte die Ärztin unter anderem angegeben, die



Augenschmerzen träten vor allem beim Fixieren auf. Häufig beständen auch Schwindelbeschwerden; der Kopfschmerz sei latent dauernd vorhanden, sei aber unterschiedlich ausgeprägt. Bei starken Belastungen träten gehäuft Nackenschmerzen auf. Es komme auch zu Übelkeit. Dr. B.\_\_\_\_ präziserte und ergänzte die protokollierten telefonischen Angaben am 28. April 2011 (IV-act. 18) dahingehend, dass der Versicherte ab 1. April 2011 zu 60 % in der angestammten Tätigkeit mit vorherrschender Bildschirmarbeit tätig gewesen sei, wegen einer Zunahme der Beschwerden ab 1. Mai 2011 noch zu 50 %. Seit dem 4. Dezember 2010 nun arbeite er zu 50 % in einer Tätigkeit mit wenig Bildschirmarbeit. Mit einer verminderten diesbezüglichen Tätigkeit könnte sehr wahrscheinlich eine (weit) höhere Arbeitsfähigkeit erreicht werden.

A.d In ihrer Arbeitgeberbescheinigung vom 26. April 2011 (IV-act. 17) gab F.\_\_\_\_ an, der Versicherte sei vom September 1997 bis 10. März 2009 als [...] tätig gewesen. Sein Lohn seit Januar 2011 betrage pro Jahr Fr. 124'572.--. Der Arbeitsversuch (vom 20. Juli 2009 bis 21. März 2010) am bisherigen Arbeitsplatz sei gescheitert, ein späterer Versuch vom 6. April 2010 bis 30. Juni 2010 ebenfalls. Vom 11. Oktober 2010 bis 31. März 2011 habe ein weiterer Arbeitsversuch im G.\_\_\_\_ mit 60 % Tätigkeit stattgefunden, während welchem der Versicherte einen [...]kurs besucht habe. Die Arbeit verlange unter anderem neben analytischen Fähigkeiten geistige Leistungen in den Bereichen [...]strategie, [...]taktik und [...]technik.

A.e Im Ergebnisprotokoll nach Assessmentgespräch wurde am 2. September 2011 (IV-act. 23) festgehalten, die Leistung des Versicherten mache gemäss einer Arbeitsplatzabklärung vom 24. August 2011 bei einer Präsenz von 50 % zwischen 35 und 40 % aus. - Bei der Arbeitsplatzabklärung waren nebst dem Versicherten und der IV-Eingliederungsberaterin fünf Personen, darunter (nebst etwa [...]) Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie [...], Kliniken I.\_\_\_\_, anwesend gewesen.

A.f In einem Bericht vom 3. November 2011 zuhanden der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle (IV-act. 35-1 bis 15) benannte Dr. H.\_\_\_\_ als Hauptdiagnosen eine diffuse axonale Hirnverletzung, ein HWS-Beschleunigungstrauma, ein hirnorganisches Psychosyndrom mit neurokognitiven Einschränkungen in den Bereichen Konzentration, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen sowie einen traumatischen Ausfall im linken



## St.Galler Gerichte

Vestibularorgan (Utriculus und Sacculus). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine blande Hemiparese rechts und eine Hemihypästhesie/-algesie rechts. Der Versicherte werde seit dem 28. September 2010 ambulant behandelt. Körperliche Einschränkungen bestünden für das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten und für mittelschwere bis schwere und schwere körperliche Tätigkeiten. Dauerhaft am Bildschirm zu arbeiten, sei während maximal einer Stunde möglich; es bestehe eine Asthenopie. Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit habe in den letzten Monaten zwischen 50 und 60 % geschwankt. Zurzeit werde versucht, das Leistungsbild zu stabilisieren. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, und zwar in einem zeitlichen Rahmen von etwa 50 % bei einer inhaltlichen Leistungsfähigkeit von etwa 40 %. Eine berufliche Reintegration des Versicherten sei wahrscheinlich möglich, doch sei noch unklar, in welchem Umfang. Eine Verbesserung könnte durch Bereitstellen eines Einzelbüros und durch die Möglichkeit, die von der Arbeitgeberin geforderte Dokumentation seiner Tätigkeit (Arbeitsprotokolle, Gesprächsnotizen; zum Nachweis der tatsächlich geleisteten Arbeit) zu diktieren, erreicht werden. - Dr. H.\_\_\_\_ legte eine psychosomatische Stellungnahme eines Psychiaters derselben Stelle (Kliniken I.\_\_\_\_) vom 11. Oktober 2010 (IV-act. 35-66 bis 73) und mehrere eigene Berichte an F.\_\_\_\_ bei, so eine neurologische Standortbestimmung vom 6. Dezember 2010 (IV-act. 35-16 bis 40), ein neuropsychologisches Zusatzgutachten vom 2. November 2010 (IV-act. 35-41 bis 64) und ein Schreiben vom 7. März 2011 (IV-act. 35-74 ff.). In Letzterem hatte der Arzt wegen der deutlichen visuellen Belastbarkeitsminderung des Versicherten nach längerer Bildschirmarbeit eine augenärztliche Abklärung im Hinblick auf eine allfällige Asthenopie empfohlen. In der neurologischen Standortbestimmung war aus der psychosomatischen Stellungnahme (vom 11. Oktober 2010) wiedergegeben worden, es falle auf, dass weder eine augenärztliche noch eine HNO-Untersuchung stattgefunden habe. - In der neurologischen Standortbestimmung (vom 6. Dezember 2010) war festgehalten worden, die Sehstörung sei im Sinn einer Asthenopie zu erklären und wäre als Folge einer traumatischen Störung des Auges erklärbar. Zur beruflichen Reintegration sei erforderlich, die Anforderungen an das tatsächlich vorhandene Leistungsvermögen anzupassen. - Wie den UV-Akten zu entnehmen ist, hatte am 8. November 2010 in der HNO-Klinik am [...]krankenhaus J.\_\_\_\_ eine funktionsdiagnostische Untersuchung stattgefunden. Im Bericht vom 10. November 2010 waren ein Zustand nach



## St.Galler Gerichte

Verkehrsunfall mit HWS-Weichteildistorsion sowie multiplen knöchernen Verletzungen aufgrund stumpfer Thoraxkontusion, eine Wirbelsäulenfraktur mit SHT I. Grades und aktuell eine whiplash-associated disorder (WAD) diagnostiziert worden. Bei der genannten Untersuchung hätten sich ein Teilausfall des Gleichgewichtsorgans links (Utrikulusausfall, Sacculusausfall) als Folge des SHTs und eine posturale Instabilität infolge der beginnenden Chronifizierung der HWS-Weichteildistorsion gezeigt. Die Klinik für Neurologie an jenem [...]krankenhaus hatte am 2. Dezember 2010 bei der Diagnose bekanntgegeben, es lägen ein leichtes SHT und leichte kognitive Defizite (exekutive Funktionen und kognitives Tempo) sowie ein HWS-Beschleunigungstrauma und eine aktuell noch nachweisbare zervikokraniale Funktionsstörung vor. Es hatte eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung stattgefunden. Dort seien eine Störung der Stirnhirnfunktion und der mentalen Umstellfähigkeit/ Perseveration gefunden worden. Es seien unabhängig von der Schwindeltherapie eine ambulante neuropsychologische Therapie und eine Vojtatherapie zu empfehlen.

A.g Die Augenklinik am Universitätsspital Zürich gab mit Bericht vom 18. Oktober 2011 (IV-act. 37) bekannt, die ophthalmologischen Befunde reichten für eine Arbeitsunfähigkeit nicht aus, sie seien im Gesamtkontext vom Hausarzt zu beurteilen. Voraussichtlich bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit des Versicherten (Reduktion der täglichen Stundenzahl, eventuell mit vermehrten Pausen), doch sei das nicht Gegenstand der ophthalmologischen Untersuchung gewesen und bedürfe einer Evaluation anhand eines Versuchs. Eventuell würden sich die Einschränkungen mit spezieller Brille und Monitor vermindern lassen. Die Konzentrationsfähigkeit sei eingeschränkt. - Schon am 14. Juli 2011 hatte die Augenklinik (der Unfallversicherung gegenüber) erklärt, es seien auf beiden Augen keine Anzeichen für ophthalmologische oder neuroophthalmologische Pathologien gefunden worden; ein diesbezügliches Problem war klar verneint worden.

A.h In einem Triage-Protokoll nach Grundsatzentscheid vom 15. Februar 2012 (IV-act. 43) wurde festgehalten, Anpassungen des Arbeitsplatzes seien nicht möglich. Die Leistung des Versicherten werde von der Arbeitgeberin bei unterschiedlicher Präsenz und Leistungsschwankungen mit knapp 50 % beurteilt. Der Arbeitsvertrag werde ab dem 1. Juni 2012 auf ein Pensum von 50 % angepasst. Um die zumutbare Arbeitsfähigkeit zu klären, sei ein medizinisches Gutachten durch den UVG-Versicherer



in Auftrag zu geben. Es bestünden aktuell weder ophthalmologisch noch neurologisch objektivierbare Befunde, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Abzuwarten bleibe, ob nach dem Gutachten eine psychiatrische Beeinträchtigung bestehe.

A.i Wie dem Schreiben vom 16. März 2012 (IV-act. 48) zu entnehmen ist, erkundigte sich die Unfallversicherung [...] bei ihrem beratenden Arzt nach der Bewertung einer biomechanischen Beurteilung durch die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik (AGU) vom 20. Dezember 2011 und einer allgemeinen medizinischen Stellungnahme. Im Sachverhalt schilderte sie unter anderem, dass der Versicherte wegen der verklemmten Fahrertür nur mit Hilfe aus dem Unfallfahrzeug habe aussteigen können und es zunächst geschienen habe, er sei nicht wesentlich verletzt. Er habe sich sofort um die verletzten Personen gekümmert. Wegen sternalen und cervicalen Schmerzen und eingeschränkter Atmung sei er doch mit der Ambulanz ins Spital gebracht worden. Nach etwa sechs Wochen sei ein anderes Beschwerdebild aufgetreten. Seither sei es zu keiner grundlegenden Verbesserung mehr gekommen. Die biomechanische Beurteilung habe die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung mit rund 24 bis 28 km/h (ohne nennenswerte Rotation; bei einer Kollisionsgeschwindigkeit von 51 bis 59 km/h) bewertet. Die Technische Unfallanalyse vom 26. November 2011 sei der Frage nicht nachgegangen, ob das Airbag-System durch ein allfälliges Nichttragen der Gurte hätte blockiert worden sein können. Der beratende Arzt befürwortete aus verschiedenen Gründen eine multidisziplinäre Begutachtung. - Am 31. Mai 2012 (bei den UV-Akten) gab die Unfallversicherung das Gutachten bei der Klinik K.\_\_\_\_ in Auftrag.

A.j Der RAD sah am 8. Mai 2012 (IV-act. 50) diverse Zusatzfragen vor.

A.k Es wurden verschiedene UV-Teilgutachten erstattet. Im orthopädischen Gutachten vom 8. März 2013 (IV-act. 59-62 ff.) wurden die bekannten Schädigungen vom Unfalltag als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet. Unfallunabhängig bestünden noch ein St. nach Sehnenverletzung Kniegelenk rechts 1990, nach Bandverletzung Handgelenk links 2002, nach Sehnenluxation Sprunggelenk links 2003 und nach Meniskusresektion Kniegelenk links 2007. Spätestens sechs Monate nach dem Unfall sei aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie für alle anderen



Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erreicht worden. Es bestünden keine Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit. - Im otoneurologischen Gutachten vom 12. April 2013 (IV-act. 59-77 ff.) wurde ein St. n. kraniozervikalem Beschleunigungstrauma (mit den bekannten Frakturen) diagnostiziert. Bezogen auf die Gleichgewichtsfunktion bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als [...]. Es habe sich kein Hinweis auf eine periphervestibuläre oder zentralvestibuläre Fehlfunktion in der Alltagssituation ergeben. Der Befund einer schlechteren Leistung bei einfacheren Testbedingungen im Rahmen der dynamischen Posturographie und ausgezeichneter Leistungen bei den schwierigeren Testbedingungen könne Ausdruck eines nicht organisch bedingten, funktionellen Unsicherheitsgefühls sein. - Im psychiatrischen Gutachten vom 15. Mai 2013 (IV-act. 59-35 ff.) wurde berichtet, es bestünden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung auf dem Boden einer narzisstisch-zwanghaften Persönlichkeitsstruktur und iatrogen mitverursacht die Überzeugung, an einer körperlichen Erkrankung zu leiden. Die zumutbare wöchentliche Arbeitszeit sei mit 50 % anzugeben. Eine leistungsmässige Einbusse sollte nicht bestehen. Die aktuelle Tätigkeit scheine ideal adaptiert zu sein. In einer anderen Tätigkeit sei die Leistungsfähigkeit nicht höher. Die Einschränkungen bei der Bildschirmarbeit seien aus psychiatrischer Sicht begründbar. Die psychiatrischen Einschränkungen bestünden seit dem Abklingen der organisch begründbaren Einschränkungen. Die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten seien in keiner Weise ausgeschöpft. Von einer integrativen, psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung einschliesslich Pharmakotherapie sei durchaus eine Verbesserung des Beschwerdekomples zu erreichen. - Im neurologischen Gutachten vom 10. Juni 2013 (IV-act. 59-2 ff.) wurden als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet eine wahrscheinliche Migräne mit visueller Aura (Flimmerskotom), ein Kopfschmerz vom Spannungstyp, eine unspezifische, minimale neuropsychologische Störung mit diskreten kognitiven Einbussen im Bereich des verbalen Lernens sowie ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma (HWS-Distorsion) am 11.03.2009, eine basisnahe Dornfortsatzfraktur HWK6 und eine nicht dislozierte Sternumfraktur. Für den Zeitraum ab sechs Monaten nach dem Unfall seien dem Versicherten aus neurologischer Sicht sämtliche Tätigkeiten und Belastungen vollumfänglich zumutbar, das gelte auch für Bildschirmarbeit. Zur Verringerung der subjektiven Beeinträchtigung wäre eine Intensivierung der fachärztlich-neurologischen



Kopfschmerzbehandlung zu befürworten. - Im neuropsychologischen Bericht vom 6. März 2013 (IV-act. 59-55 ff.) war erklärt worden, es habe sich ein überwiegend unauffälliges kognitives Leistungsprofil gezeigt. Einzig die verbalen Lernleistungen seien quantitativ knapp unterdurchschnittlich ausgefallen. Die kognitiven Defizite und weiteren Beschwerden seien vorwiegend auf eine Somatisierungsstörung zurückzuführen; erwähnenswert seien ferner die schwierigen Bedingungen am Arbeitsplatz, da der Arbeitgeber eine erneute Begutachtung gefordert habe. Die beiden Symptomvalidierungstests hätten keine Hinweise auf eine reduzierte Leistungsbereitschaft ergeben, was angesichts der sehr leistungsorientierten Arbeitsweise des Versicherten auch nicht zu erwarten gewesen sei. Es hätten auch keine Inkonsistenzen vorgelegen. Dem Versicherten sei verschiedentlich mitgeteilt worden, er habe ein Schädelhirntrauma erlitten, und es sei ihm ein kognitives Training empfohlen worden, was bei Patienten mit erlittener leichter traumatischer Hirnverletzung oder HWS-Distorsion nicht indiziert und sogar kontraproduktiv sei, weil damit die Überzeugung verstärkt werde, dass mit dem Kopf etwas nicht in Ordnung sei. Es seien daher möglicherweise auch iatrogene Faktoren mitzuberücksichtigen. Die beruflichen Leistungen sollten praktisch unvermindert vollbracht werden können.

A.I Der RAD hielt am 22. Juli 2013 (IV-act. 60-3 ff.) dafür, eine Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei ab März 2009 sechs Monate lang (bis September 2009) nicht mehr vorhanden gewesen, ab Oktober 2009 liege aufgrund der Somatisierungsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor.

A.m Auf Anfrage vom 9. September 2013 (IV-act. 61) betreffend das Jahreseinkommen des Versicherten teilte die Arbeitgeberin am 20. September 2013 (IV-act. 62) mit, das angegebene Jahreseinkommen 2011 entspreche dem 12mal ausgerichteten Monatslohn von Fr. 10'381.--, enthalte aber keine [...]. Im Jahreseinkommen 2009 von Fr. 138'980.-- seien nebst dem Jahreslohn von Fr. 123'372.-- [...] von Fr. 11'000.-- und [...] von Fr. 4'600.-- eingeschlossen gewesen.

A.n Die Unfallversicherung stellte ihre Leistungen mit Verfügung vom 16. September 2013 auf den 31. August 2013 ein. Zwischen den aktuellen Beschwerden und dem Unfall bestehe kein adäquater Kausalzusammenhang.



## St.Galler Gerichte

A.o Der Rechtsdienst der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen hielt am 25. November 2013 (IV-act. 72) dafür, weder bestünden beim Versicherten eine erhebliche psychische Komorbidität noch die weiteren relevanten Kriterien in hinreichend ausgeprägter Form, um dem syndromalen psychischen Leiden ausnahmsweise invalidisierende Wirkung beizumessen. - Mit Vorbescheid vom 5. Dezember 2013 (IV-act. 74 f.) bzw. vom 12. Dezember 2013 (korrigierte Version, IV-act. 76 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht.

A.p Der Rechtsvertreter des Versicherten wandte am 27. Januar 2014 (IV-act. 79) ein, diesem sei wenigstens eine halbe Rente zuzusprechen.

A.q Der RAD erklärte am 4. Juli 2014 (IV-act. 80), im psychiatrischen Gutachten sei es zu einem offensichtlichen Versehen in der vierten Codierungsstelle gekommen, das aber angesichts des eindeutig geschilderten Sachverhalts für die inhaltliche Bewertung unerheblich sei. Wie der Rechtsvertreter des Versicherten zu Recht festhalte, sei nicht die Diagnose, sondern seien die tatsächlichen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit entscheidend.

A.r Mit Verfügung vom 17. Juli 2014 (IV-act. 81) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch ab. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % vermöge aus rechtlicher Sicht keine Rentenleistungen auszulösen.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. Volker Pribnow für den Betroffenen am 15. September 2014 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer nach weiteren Abklärungen zum Valideneinkommen eine Rente der Invalidenversicherung auf der Basis einer Erwerbsunfähigkeit von wenigstens 50 % zuzusprechen, eventualiter die Sache zur Abklärung betreffend das Valideneinkommen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die ärztliche Fehlbehandlung von unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen und eine narzisstisch-zwanghafte



Persönlichkeitsstruktur hätten in unglücklichem Zusammenspiel beim Beschwerdeführer dazu geführt, dass sich die somatischen Unfallfolgen in einem dauerhaften starken Schmerzempfinden verfestigt hätten, das bis anhin anhalte. Die gesundheitliche Störung sei invalidisierend. Die Klinik K. \_\_\_\_ habe ihm bis 30. September 2009 eine volle Arbeitsunfähigkeit und seither eine solche von 50 % attestiert. Es liege eine somatoforme Schmerzstörung vor, doch sei nicht die Diagnose entscheidend, sondern die tatsächliche Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Keiner der Aspekte, unter denen der Nachweis einer Invalidität nach BGE 139 V 547 E. 8.1 scheitern könnte, sei gegeben: Die Einschränkung sei nicht sozial oder soziokulturell bedingt, sie sei evident und wiege schwer und sie imponiere nicht als überwindbar. Sie sei nicht lediglich vorübergehender Natur, halte sie doch seit bald fünf Jahren an; sie klinge weder von selbst noch nach medizinischer Behandlung ab, sondern sei nicht medizinisch angeh- oder heilbar. Die in BGE 130 V 352 formulierten Foerster-Kriterien seien stets kritisch zur Kenntnis genommen worden. Nach einer Expertise von Prof. Dr. med. P. Henningsen nun sei zwar sinnvoll, die in den offiziellen Klassifikationssystemen disparat erfassten syndromalen Störungsbilder mit Leitsymptom Körperbeschwerden ohne definierte organpathologische Grundlage zu einer Gruppe zusammenzufassen, und seien zur Abgrenzung gegen Aggravation/ Simulation bzw. komplementär zur Feststellung des Schweregrads und der Prognose durch Willensanspannung als Hilfstatsachen eine Konsistenzprüfung einschliesslich detaillierter Darstellung von Aktivitäten und Partizipation in allen Lebensbereichen und eine Angabe von Schweregradindikatoren erforderlich. Wesentliche Aspekte der vom Bundesgericht entwickelten Gesichtspunkte seien aber nicht sinnvoll, weil sie empirisch nicht belegt - so namentlich die Vermutung eines grundsätzlichen Unterschieds zwischen somatoformen/funktionellen und anderen psychischen Störungen hinsichtlich des Schweregrads und der Überwindbarkeit - oder logisch nicht schlüssig seien - so die Bewertung der depressiven Komorbidität als primärer, vorgeordneter Schweregradindikator. Nicht sinnvoll sei danach auch die Aufnahme eines nicht reliabel erfassbaren Indikators des primären Krankheitsgewinns. Die Kriterien seien vorliegend, sofern überhaupt zu berücksichtigen, erfüllt. Als psychiatrische Komorbidität bestehe eine anankastische/narzisstische Persönlichkeitsstörung. Diese sei eigenständig, nicht aus der Schmerzstörung heraus gewachsen und von dieser unabhängig. Diese persönlichkeitsbezogenen Faktoren



würden gemäss dem psychiatrischen Gutachten den Heilungsverlauf nahezu verunmöglichen. Der Beschwerdeführer leide zudem seit über fünf Jahren an einem Symptomenkomplex mit Kopf- und Augenschmerzen, Übelkeit und Schwindel. Nach dem Unfall habe sich bei ihm in sozialer Hinsicht vieles verändert, weil er weniger aktiv habe sein können. Das habe schliesslich zur Trennung von der langjährigen Partnerin geführt. Eine neue Beziehung sei bis anhin nicht möglich gewesen. Da ein sozialer Rückzug im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen sei, sprächen die notwendigerweise und glücklicherweise verbliebenen sozialen Kontakte nicht gegen das Vorliegen des entsprechenden Kriteriums. Des Weiteren beruhe die chronische Schmerzstörung auf dem Schmerz organischen Ursprungs. Dabei spiele auch das Verhalten einzelner Ärzte und Therapeuten eine Rolle, die den Beschwerdeführer in der Annahme einer körperlichen Erkrankung bestärkt hätten, ohne dass dies aus aktueller Sicht nachgewiesen sei. Kränkung und Unfallereignis seien auf so dysfunktionale Weise verbunden, dass sich ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf ergeben habe. Für den Beschwerdeführer, der eine sehr hohe Leistungsbereitschaft aufweise und sehr hohe Ansprüche an sich stelle, sei es schwierig, dass sich die Beschwerden nicht in der erwarteten und üblichen Form zurückgebildet hätten. Von allen Seiten seien sehr viele Anstrengungen unternommen worden, um den Beschwerdeführer wieder am Arbeitsplatz zu integrieren. Trotz der konsequenten regelmässigen psychiatrischen Therapie habe keine Besserung festgestellt werden können. Da eine solche Therapie erst im Jahr 2013 aufgenommen worden sei, habe die Gutachterin nur allgemeine Ausführungen dazu und zu den (positiven) Folgen auf den Beschwerdekomples machen können. Dem Beschwerdeführer sei eine ganze Rente zuzusprechen. Beim Einkommensvergleich habe sich erstaunlicherweise aus der Arbeitsunfähigkeit von 50 % ein Invaliditätsgrad von nur 44 % ergeben, obwohl der Beschwerdeführer in der gleichen Position und Unternehmung arbeite wie vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Von einem uneingeschränkten Leistungsvermögen von 50 % könne nicht ausgegangen werden. Das zeitliche Rendement von 50 % sei nicht mit uneingeschränkt voller Leistung zu erbringen. Die Einsätze seien nur ohne hohen Zeit- und Leistungsdruck, nicht ausschliesslich in Form von Bildschirmarbeit oder von langen Sitzungen und nur bei einer gewissen Arbeitszeitflexibilität möglich. Es sei ein Leidensabzug von 10 % vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin habe beim Valideneinkommen mit Fr.



124'572.-- auf das Jahreseinkommen 2011 ohne die vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgerichteten Zusatzleistungen abgestellt, beim Invalideneinkommen mit Fr. 69'173.-- auf das Jahr 2013, und das obwohl der Arbeitgeberfragebogen nur Fr. 63'342.-- ausweise. Erkläre die Arbeitgeberin, der Beschwerdeführer erhalte für ein Pensum von 50 % einen Jahreslohn von Fr. 63'342.--, so sei davon auszugehen, dass er für ein volles Pensum ohne Gesundheitsschaden den doppelten Grundlohn erhielte, so dass eine Invalidität von wenigstens 50 % bestehe. Die Arbeitgeberin sei - vom Gericht - danach zu fragen, welche (nun wegfallenden) mutmasslichen Zusatzleistungen der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erhalten hätte.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 24. November 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Bei der Frage nach der zumutbaren Willensanstrengung mit der Erheblichkeit der psychischen Komorbidität und der Intensität der weiteren Kriterien handle es sich um eine ausserhalb des Kompetenzbereichs des Arztes liegende Rechtsfrage. Daher könnten sich Konstellationen ergeben, in denen von einer anderen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei als im Gutachten festgehalten, ohne dass am Beweiswert des Gutachtens Einschränkungen bestehen würden. Was die Kritik an der Übernahme der Foerster-Kriterien in die Rechtsprechung betreffe, sei auf BGE 139 V 547 zu verweisen. Die Gesamtheit der Prognosekriterien sei zu einem rechtlichen Anforderungsprofil verselbständigt worden, mit welchem sichergestellt werden solle, dass die gesetzlichen Vorgaben zur Feststellung eines rechtserheblichen Gesundheitsschadens und dessen anrechenbaren Folgen für die Leistungsfähigkeit erfüllt seien. Der Nachweis der Kriterien wirke sich zu Gunsten der beweispflichtigen versicherten Person aus, weil diese ihr ermöglichen, ausserhalb der rein medizinischen Betrachtungsweise den Ersatzbeweis invalidisierender Folgen von an sich nicht nachweisbaren Leiden zu liefern. Eine spezifische Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Z-codierte Diagnosen stellten rechtsprechungsgemäss keine rechtserheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen - und damit keine Komorbidität von erheblicher Schwere und Ausprägung - dar. Deshalb müssten die zusätzlichen Kriterien besonders ausgeprägt gegeben sein, damit die Schmerzstörung ausnahmsweise als



unüberwindbar zu betrachten wäre. Aus somatischer Sicht sei eine angepasste Tätigkeit voll zumutbar, weshalb das Kriterium der chronischen körperlichen Begleiterkrankung und des mehrjährigen Krankheitsverlaufs bei unveränderter Symptomatik nicht gegeben sei. Von einem ausgewiesenen sozialen Rückzug sei nicht auszugehen, habe der Beschwerdeführer doch einen guten Kollegenkreis, sei sozial aktiv und übe die Sportarten Badminton, Langlauf und Curling aus. Zudem sei dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, dass die aktuelle Behandlung unter Annahme einer somatoformen Schmerzstörung nicht adäquat sei, sondern eher zu einer Fixierung der Beschwerden führe. Die psychischen Beschwerden seien auch nicht etwa nicht mehr behandelbar. Es könne auch nicht angenommen werden, eine konsequent durchgeführte ambulante oder stationäre Behandlung sei gescheitert. Es gebe somit bei einer Gesamtbetrachtung keine hinreichenden Gründe, dem Schmerzleiden des Beschwerdeführers ausnahmsweise invalidisierende Wirkung beizumessen und eine rechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen.

D.

Von der ihm mit Schreiben vom 27. November 2014 eingeräumten Gelegenheit, zur Beschwerdeantwort innert Frist Stellung zu nehmen, hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers keinen Gebrauch gemacht.

### Erwägungen

1.

1.1 Im Streit liegt die Verfügung vom 17. Juli 2014, womit das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 28. Februar/7. März 2011 abgewiesen worden ist.

1.2 Der Beschwerdeführer lässt im Hauptstandpunkt einzig Rentenleistungen beantragen. Streitgegenstand bildet daher der allfällige Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein solcher Anspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.



2.

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Nach Art. 4 Abs. 1 IVG gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge unter anderem von Krankheit verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann entsprechend nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid 9C\_125/2015 E. 5.3, BGE 130 V 396). Eine (so bedingte) Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss in jedem Einzelfall unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (vgl. BGE 127 V 294, BGE 99 V 28). Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden in der Lage wäre, sind nach der Rechtsprechung nicht als Auswirkungen einer krankhaften (dort: seelischen) Verfassung zu betrachten (vgl. BGE 102 V 165).

3.

Für die Invaliditätsbemessung sind demnach zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

4.



Zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liegen nebst diversen weiteren medizinischen Berichten namentlich (Teil-) Gutachten der Klinik K.\_\_\_\_ vor. Beim Unfall im März 2009 hatte er ein kraniocervikales Beschleunigungstrauma (HWS-Distorsion) mit einer basisnahen Dornfortsatzfraktur HWK6 und einer nicht dislozierten Sternumfraktur erlitten. Wie dem neurologischen Gutachten vom 10. Juni 2013 (unter Mitberücksichtigung der neuropsychologischen und otoneurologischen Aspekte) zu entnehmen ist, lagen bei ihm damals daneben wahrscheinlich eine Migräne mit visueller Aura (Flimmerskotom), ausserdem ein Kopfschmerz vom Spannungstyp sowie eine unspezifische, minimale neuropsychologische Störung mit diskreten kognitiven Einbussen im Bereich des verbalen Lernens vor. Alle diese Leiden seien nicht - und zwar seit sechs Monaten nach dem Unfall nicht mehr - von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, auch nicht auf jene mit Bildschirmarbeit. - Orthopädisch gesehen ergab sich bei der Begutachtung nichts von diesem Ergebnis Abweichendes. In dieser Hinsicht seien nur geringe Beschwerden im Schulter-/Nackebereich in Form von Verspannungen und punktuellen Schmerz am rechten Schulterblatt sowie ein gelegentliches belastungsunabhängiges Taubheitsgefühl beider Arme geklagt worden, im ehemaligen Frakturbereich HWK6 und Sternum dagegen keine Beschwerden. Die Verspannungen könnten nicht nachvollzogen werden, das Taubheitsgefühl könnte eventuell durch die geringe Bandscheibendegeneration C5/6 bedingt sein. Die funktionelle Leistungsfähigkeit und die Arbeitsfähigkeit seien jedoch nicht beeinträchtigt. - Die Stichhaltigkeit dieser gutachterlichen Beurteilungen der somatischen Gesundheitsschäden und ihrer Auswirkungen wird zu Recht nicht in Frage gestellt; diese beruhen denn auch auf hinreichenden Untersuchungen und ihre Ergebnisse sind nachvollziehbar begründet.

5.

5.1 Eine die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers deutlich einschränkende Folge wird im Gutachten hingegen einer psychiatrischen Störung zugemessen, nämlich einer Somatisierungsstörung auf dem Boden einer narzisstisch-zwanghaften Persönlichkeitsstruktur, daneben einer iatrogen mitverursachten Überzeugung, an einer körperlichen Erkrankung zu leiden.



5.2 Die Somatisierungsstörung gehört (nach ICD-10-GM Version 2013) zu den somatoformen Störungen. Sie ist den psychosomatischen Störungen (vgl. BGE 141 V 281; früher unter dem Begriff der pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage, PäusBonoG, zusammengefasst, vgl. BGE 137 V 64) zuzuordnen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, Bundesgerichtsurteil vom 23. März 2016, 9C\_340/2015 E. 4.3). Es ist davon auszugehen, dass es sich dabei um eine Gruppe von Störungen handelt, die auch als syndromale Körperbeschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage, als funktionelle somatische Syndrome oder als Körperdistresssyndrome bezeichnet werden könnte (so die Vorschläge von Prof. Dr. med. P. Henningsen, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Neurologie und Psychiatrie, in: Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014, 499 ff., inhaltlich entsprechend einer von ihm verfassten Expertise vom Mai 2014, 521).

5.3 Wie die neuere Rechtsprechung zu diesen psychosomatischen Störungen festhält, ist zunächst (verstärktes) Augenmerk auf die Anforderungen an die Diagnosen zu richten. Erforderlich ist ein ausreichender Bezug zur funktionserheblichen Befundlage (im Zusammenhang mit einer beurteilten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung BGE 141 V 281 E. 2.1.1). - In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen - aber wohl auch auf psychosomatische Symptome allgemein - naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen die subjektiven Angaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität allein nicht; vielmehr muss verlangt werden, dass die Angaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (vgl. zu Schmerzleiden BGE 130 V 352 E. 2.2.2).

5.4 In der Folge ist die Arbeits(un)fähigkeit zu beurteilen, das heisst, es sind die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.1). Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind nach der jüngeren bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe



"Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder unter dem Einfluss der Folgen der Erzielung eines sekundären Krankheitsgewinns steht (der rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben hat, vgl. BGE 130 V 352), liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Hinweise darauf ergeben sich (im Zusammenhang mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung) namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2).

5.5 Ein Vergleich von Beschwerdeschilderung, Beobachtungen auf Befundebene und Beobachtungen anhand des Berichts über alltagsrelevante Beeinträchtigungen erlaubt nach einleuchtender Auffassung von Dr. med. M. Reiber, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (geäussert im Artikel "Krank oder faul? Über den Willen, den Schmerz zu bewältigen, und das Problem des Arztes, die Arbeitsfähigkeit unter dem Aspekt der Arbeitswilligkeit zu betrachten", in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 136 f.), eine gutachterliche Plausibilitätsprüfung bei der Messung von Schmerz und zumutbarer Willensanspannung und stellt eine Methode der Erhebung der psychiatrischen Arbeitsunfähigkeit dar. So sind denn auch nach der genannten jüngeren bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die in der Klassifikation einer Diagnose vorausgesetzten konkreten Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen relevant. Die Einschränkung in den Alltagsfunktionen ist danach mit



den Anforderungen des Arbeitslebens abzugleichen und wie erwähnt anhand von Schweregrad- und Konsistenzkriterien in eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit umzusetzen. So können geltend gemachte Funktionseinschränkungen über eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung bestätigt oder verworfen werden (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1.2; BGE 140 V 290 E. 3.3.1 f.).

5.6 Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu den psychosomatischen Störungen hat schon der Arzt bzw. die medizinisch sachverständige Person bei der Einschätzung des Leistungsvermögens den in der Judikatur umschriebenen einschlägigen Indikatoren zu folgen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2). - Die Rechtsanwender überprüfen die ärztlichen bzw. gutachterlichen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2).

5.7 Entscheidend ist im Ergebnis allgemein die nach einem weitgehend objektivierten Massstab vorzunehmende Beurteilung, ob und inwiefern die versicherte Person trotz ihres ärztlich diagnostizierten Leidens zumutbarerweise einer angepassten Arbeit nachgehen kann und ihr schliesslich die Verwertung ihrer (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch zumutbar ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.3 und BGE 139 V 547, BGE 127 V 294).

5.8 Steht fest, dass ein Krankheitszustand mit (unüberwindlichem, d.h. ganze oder teilweise Unzumutbarkeit einer Tätigkeit bewirkendem) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist unerheblich, ob auch soziale, invalidenversicherungsfremde Faktoren als (Teil-) Ursache bei dessen Entstehung eine wesentliche Rolle gespielt haben (vgl. dazu BGE 139 V 547 E. 3.2.2). Der im Hinblick auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung geltende enge Krankheitsbegriff klammert soziale Faktoren nur so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden durchaus auch mit Blick auf psychosoziale und



soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1).

5.9 Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbeschleunigt ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen (Bundesgerichtsentscheid vom 24. August 2016, 8C\_399/2016 E. 2.2). Weil aber Recht und Medizin in der Invalidenversicherung zur Feststellung ein und derselben Arbeitsfähigkeit beitragen, gibt es keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281 E. 5.2.3 S. 307). Wenn und soweit die medizinischen Experten die rechtlichen Vorgaben beachten, scheidet daher eine rechtliche Parallelüberprüfung im Sinn einer "freihändigen Anwendung" der zu beachtenden Standardindikatoren aus (Bundesgerichtsentscheid vom 18. November 2015, 9C\_125/2015 E. 5.5).

6.

6.1

6.1.1 Die Gutachterin der Psychiatrie erklärte, nebst den Frakturen sei nach dem Unfall beim Beschwerdeführer ein HWS-Schleudertrauma diagnostiziert worden. Der in der Folge entwickelte Symptomkomplex mit Kopfschmerzen, Augenschmerzen, Übelkeit und Schwindel habe zahlreiche somatische Abklärungen und - mit einer gewissen Latenz - die Diagnose einer diffusen axonalen Hirnverletzung nach sich gezogen. Bei dieser Diagnose habe ein intensives Case-Management mit zahlreichen Anpassungen am Arbeitsplatz, immer wiederkehrenden Umplatzierungen, vielen Arbeits- und Umstrukturierungsversuchen und einer langsamen Wiedereingliederung stattgefunden. Trotzdem sei lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 40 % erreicht worden. [...] Das Vorgehen des [...] sei anscheinend von Anfang an in gewisser Weise hyperaktiv und bezüglich der diagnostischen Massnahmen sehr auf die - aus aktueller Sicht in Frage gestellte bzw. verneinte - Annahme einer Hirnverletzung fixiert gewesen. Das



habe möglicherweise von vornherein zu einer Fixierung des Beschwerdeführers auf eine somatische Begründung der Beschwerden und zu einer Einschränkung der Therapierbarkeit geführt. Zudem bestünden trotz unauffälliger Lebensgeschichte offenbar eine narzisstische und zwanghafte Grundstruktur und eine ausgeprägte Alexithymie. Das führe dazu, dass negative Gefühle und die gesamte konflikthafte Situation am Arbeitsplatz möglicherweise einen unbewussten Prozess bewirkten, bei dem ein Konflikt auf einer somatischen Ebene seinen Ausdruck finde. Im Unterschied zur klassischen somatoformen Störung bestehe zusätzlich die Schwierigkeit, dass einzelne Ärzte und Therapeuten den Beschwerdeführer in den letzten Jahren in der - aus aktueller Sicht nicht nachgewiesenen - Grundannahme einer körperlichen Erkrankung bestärkt hätten. Sehr verunsichernd habe es für den sehr leistungsbereiten Beschwerdeführer, der an sich selber hohe Ansprüche stelle, gewesen sein müssen, dass sich die Beschwerden - im Unterschied zu zahlreichen früheren Verletzungen und Operationen, die er dank eigenem Engagement und persönlicher Rehabilitation immer ohne bleibende Beschwerden habe überwinden können - nicht in der von ihm erwarteten und üblichen Form wieder zurückgebildet hätten. Da er diese Gefühle der Verunsicherung nicht tatsächlich habe spüren können, könnte es zu einem Circulus vitiosus von nicht gespürten Ängsten und Unsicherheit und der Ausbildung und dem Erhalt der körperlichen Beschwerden gekommen sein. Nicht zuletzt müsse auch das Verlassenwerden von der langjährigen Freundin eine klare Kränkung dargestellt haben, die der Beschwerdeführer aber offensichtlich tatsächlich nicht in dieser Form spüre. Ausserdem scheine es nach wie vor erhebliche Spannungen am Arbeitsplatz zu geben (Kompetenzunklarheiten; Grenzüberschreitungen; möglicherweise eine den Beschwerdeführer sehr verunsichernde Grundhaltung, dass er wahrscheinlich doch mehr könnte, wenn er nur wollte; eine Atmosphäre des Misstrauens), daneben eine rechtlich ungeklärte Situation bezüglich der Unfall-Schuld- und Kostenfrage. Das seien Faktoren, die häufig zu einer Persistenz von Beschwerden beitragen.

6.1.2 Diese Ausführungen sind nachvollziehbar. Der auch für medizinische Laien erkennbare Unterschied des vorliegend beschriebenen medizinischen Sachverhalts zum Diagnosekriterium der (von der Gutachterin als klassisch bezeichneten) somatoformen Störung, nämlich dass hier die körperlichen Symptome nicht entgegen ärztlicher Versicherung der fehlenden körperlichen Begründbarkeit auftreten, ist im Gutachten angesprochen und die zusätzliche Schwierigkeit ist berücksichtigt worden.



Der begründeten Beurteilung der Expertin der Medizin ist diesbezüglich zu folgen. Allgemein ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 24. November 2015, 9C\_353/2015 E. 4.1). Von Letzterem kann vorliegend ausgegangen werden. Im Übrigen bleibt es auch unter der genannten jüngeren Rechtsprechung dabei, dass es invalidenversicherungsrechtlich betrachtet nicht bzw. weniger auf die Diagnose, als vielmehr darauf ankommt, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat, also welcher psychopathologische Befund und welcher Schweregrad der Symptomatik vorliegt (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 15. März 2016, 9C\_634/2015 und 9C\_665/2015 E. 6.1). - Angesichts der insgesamt überzeugenden Darlegungen der medizinischen Expertin, namentlich auch zum Aspekt der akribischen Auseinandersetzung des Beschwerdeführers mit den körperlichen Symptomen (Befindlichkeitsprotokolle im Auftrag des Neurologen über viele Wochen und Monate hinweg mit hoher Exaktheit), ist auf ihre fachärztlich-gutachterliche diagnostische Beurteilung abzustellen. Danach liegt zum einen eine Somatisierungsstörung auf dem Boden einer narzisstisch-zwanghaften Persönlichkeitsstruktur vor. Die Somatisierungsstörung ist zum andern durch eine iatrogen herbeigeführte (bzw. mitverursachte) Überzeugung, an einer körperlichen Erkrankung zu leiden, überlagert. Diese gesundheitliche Beeinträchtigung ist klar abzugrenzen von einer primär hypochondrischen Störung und beeinträchtigt die Arbeitsfähigkeit ebenfalls (vgl. IV-act. 59-46, 44).

6.1.3 Bei der gutachterlichen Untersuchung haben sich gemäss dem psychiatrischen Gutachten zu keiner Zeit Zweifel an den Angaben des Beschwerdeführers oder gar ein Verdacht auf Aggravation oder Simulation ergeben. Bei allen Untersuchungen einschliesslich der neurologischen und neuropsychologischen Tests hätten sich die hohe Leistungsbereitschaft - bei gleichzeitig gestörter Selbsteinschätzung - und Konsistenz gezeigt. Auch der direkte Vorgesetzte hege keine Zweifel am Vorhandensein der vom Beschwerdeführer erlebten Einschränkungen. Zu einem allfälligen sekundären Krankheitsgewinn sind keine gutachterlichen Angaben ersichtlich. Der Beschwerdeführer selber berichtete, die



Beschwerden würden vieles in seinem Leben viel anstrengender machen, als es vorher gewesen sei. Er bedürfe längerer Ruhe und Erholung. Die Therapien würden viel Zeit in Anspruch nehmen.

### 6.2

6.2.1 In Bezug auf den Schweregrad der Beeinträchtigung legte die Gutachterin der Psychiatrie überzeugend dar, mit Ausnahme eines möglicherweise vorbestehenden migräneartigen Kopfschmerzes bestehe keine organische oder psychische Komorbidität, welche die Willensanstrengung beeinträchtigen könnte. Es sei jedoch von einer solchen organischen Schädigung über lange Zeit hinweg ausgegangen und dies sei dem Beschwerdeführer auch so mitgeteilt worden. Angesichts dessen narzisstisch-zwanghafter Grundstruktur sei anzunehmen, dass dies seine Möglichkeit, die eigenen vorhandenen psychischen und körperlichen Ressourcen zu nutzen, erheblich eingeschränkt habe. Die (bereits erwähnte) akribische Auseinandersetzung mit den Symptomen habe eine pathogenetisch sehr ungünstige Fixierung auf die Defizite bewirkt. Dieser Krankheitsüberzeugung ist nach gutachterlicher Beurteilung ihrerseits wie erwähnt die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Wirkung zuzuschreiben. Die Beschwerden haben sich zudem nicht in der üblichen Form zurückgebildet. Seinem Beschwerdebericht nach zu schliessen, hat der Beschwerdeführer den Therapien aber in den letzten Monaten vor der Begutachtung immerhin - nebst einer grösseren Regelmässigkeit der Intensität der Arbeit und des jeweiligen Tagespensums - eine stabilisierende Wirkung zugeschrieben (vgl. IV-act. 59-42). Er hat angegeben, er gehe ein bis zweimal pro Monat in eine Osteopathie und Physiotherapie [...], ausserdem [...] einmal pro Woche in eine Osteopathie und ein- bis zweimal pro Woche in eine Physiotherapie bzw. Matrix-Rhythmustherapie. Was die Frage eines allenfalls möglichen Behandlungserfolgs betrifft, ist zu berücksichtigen, dass nach (erst 2013 erhobener) gutachterlicher Erkenntnis die Zielrichtung der therapeutischen Interventionen zu ändern ist.

6.2.2 Was den sozialen Kontext betrifft, berichtete der Beschwerdeführer, wegen der verminderten Belastbarkeit und des zeitlichen Aufwandes für die Therapien habe sich sein Privatleben extrem verändert. Die Hobbys könne er nur noch rudimentär pflegen und er sei sozial viel zurückgezogener. Die Aktivitäten habe er auf einen



Bruchteil reduziert (IV-act. 59-42, vgl. auch 43 und 39). Der detaillierteren Beschreibung lässt sich entnehmen, dass sein Freundes- und Bekanntenkreis (aus dem sportlichen Umfeld) intakt ist und er weiterhin sozial aktiv und integriert ist. Er habe auch keine Probleme mit der Tagesstruktur. Aus der Beschreibung seiner alltäglichen Aktivitäten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in einem Einfamilienhaus mit sehr grossem Umschwung lebt, wo er neben der Erwerbstätigkeit allein den Haushalt führt und den Garten mit vielen Obstbäumen besorgt. Er erklärt, er brauche viele Ruhepausen. Seit dem Unfall sei er nicht mehr mit Ski, Snowboard oder Töff gefahren, dagegen mache er etwas Langlauf. Ausserdem spiele er (weiterhin) Badminton und Curling. Die übrigen früher ausgeübten Sportarten empfinde er als langweilig. Badminton könne er nur noch maximal während 45 Minuten durchgehend spielen. Beim Curling mache er nur noch drei bis vier Turniere pro Saison; er spiele das ca. alle zwei Wochen einen Abend lang; die entsprechende Möglichkeit sei wechselhaft.

6.2.3 Die Gutachterin der Psychiatrie schloss, auch wenn es nicht zu einem totalen Rückzug in allen Belangen gekommen sei, so seien ein deutlicher sozialer Rückzug und eine Einschränkung der vor dem Unfall durchgeführten Alltagsaktivitäten festzustellen. Zu beachten ist diesbezüglich allerdings, dass der Beschwerdeführer an einzelnen Tagen den ganzen Tag unterwegs (in G.\_\_\_\_) zu sein und ein Arbeitspensum von 14 Stunden zu leisten vermag, was auf eine nicht unerhebliche erhalten gebliebene Arbeitsfähigkeit hinweist, auch wenn am folgenden Tag kaum mehr Leistungsfähigkeit vorhanden ist. Das hat die Gutachterin der Psychiatrie bereits berücksichtigt. Der Beschwerdeführer leistet ausserdem neben seiner Arbeit in einem insgesamt zeitlich hälftigen Pensum noch - nach dem Wegzug der Partnerin nunmehr allein - die erwähnte Haus- und Gartenarbeit und geht ausserdem diversen sportlichen Freizeitaktivitäten nach. Ferner zu beachten ist der Umstand, dass er wenig Schmerztherapie (IV-act. 59-42; Minalgin und Zomig eher selten bzw. nur ab und zu) einsetzt. Indessen nimmt er wie erwähnt den Aufwand verschiedener anderweitiger Therapien (IV-act. 59-42) in Kauf, was auf einen gewissen Leidensdruck hinweist, und er berichtet (nach allgemein mitgeteilter Auffassung der Gutachterin glaubhaft) von vermehrter Pausenbedürftigkeit. Damit kann angenommen werden, dass im Vergleich zu einem früheren offenbar hohen Aktivitätsniveau tatsächlich eine namhafte - dem Grad der attestierten Arbeitsunfähigkeit zumindest nicht widersprechende - Beeinträchtigung auch in den Alltagsaktivitäten erkennbar geworden ist.



6.2.4 Es kann auch davon ausgegangen werden, dass die Gutachterin der Psychiatrie in ihrer (vor BGE 141 V 281 erstellten) Expertise die relevanten Aspekte geprüft und gewürdigt hat, so dass bereits Angaben zu den nunmehr erforderlichen Einschätzungen (bezüglich der sogenannten Indikatoren) vorliegen. Sie hat im Ergebnis festgehalten, dass beim Beschwerdeführer klar von einer Störung mit Krankheitswert auszugehen sei, seine Schilderungen glaubwürdig seien und die Arbeitsfähigkeit (unter dem Gesichtspunkt der Belastbarkeit und Stressanfälligkeit) nachvollziehbar eingeschränkt sei. Dieser ärztlichen Beurteilung ist nach dem Dargelegten voller Beweiswert zuzumessen, und zwar gemäss dem Ergebnis der oben dargelegten rechtsprechungsgemässen Aspekte Beweiswert auch in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit begründende Wirkung der Gesundheitsschädigung.

6.2.5 Dem Beschwerdeführer sind demnach alle Arbeiten eines [...] zumutbar, allerdings mit einer zeitlichen Einschränkung und unter der Voraussetzung einer gewissen zeitlichen Flexibilität. Gemäss plausibler gutachterlicher Einschätzung sind zu lange ununterbrochene Bildschirmarbeit, lange Sitzungsdauern und lange Wegzeiten im Verhältnis zur Arbeit(s-zeit) eher zu vermeiden. Die wöchentliche (sc. zumutbare) Arbeitszeit sei mit 50 von 100 % anzugeben. Die tägliche Belastungsgrenze sei nicht ganz klar definierbar, zumal in beschwerdeärmeren oder gar beschwerdefreien Intervallen auch ein höherer (sc. wohl als in beschwerdeintensiven Phasen zumutbarer) Arbeitseinsatz möglich sei. Zusätzlich zur zeitlichen Einschränkung sollte keine leistungsmässige Einbusse bestehen (vgl. IV-act. 59-51 Ziff. 7.1 und 7.2). Die bisherige Tätigkeit scheine eine nahezu ideal leidensangepasste Tätigkeit zu sein (abwechslungsreich und infolge grosser Selbständigkeit eine recht grosse zeitliche Flexibilität ermöglichend). Bei einer anderen Tätigkeit würde der Beschwerdeführer kein höheres Leistungsniveau erreichen (IV-act. 59-51 f. Ziff. 7.3).

7.

Unter dem Blickwinkel der Therapierbarkeit des (invalidisierenden) Leidens ist zu berücksichtigen, dass eine (adäquate) Behandlung eine Verminderung der bei der Begutachtung festgestellten, langdauernden und chronifizierten Auswirkungen des Gesundheitsschadens erst nach deren Installation erreichen kann. Die bis dahin bezüglich der diagnostischen und Behandlungs-Massnahmen (von Ärzten,



Therapeuten, Case-Management) bestehende Fixierung auf die Annahme einer die Beschwerden begründenden somatischen Erkrankung, die sich nachträglich nicht hat halten lassen, hat nach Angaben der Gutachterin der Psychiatrie wie erwähnt möglicherweise zu einer entsprechenden Fixierung des Beschwerdeführers geführt (vgl. IV-act. 59-45 f.). Nach gutachterlicher Schlussfolgerung ist die Zielrichtung der therapeutischen Interventionen zu ändern, und zwar hin zu einem integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsansatz. Zudem sei eine Schmerzdistanzierung nötig. Die Gutachterin der Psychiatrie hat den Beschwerdeführer darauf hingewiesen, dass die gegebene Problematik durchaus behandelbar sei und dadurch möglicherweise ein Rückgang der Beschwerden erreicht werden könne. Sie hielt allerdings auch fest, aufgrund der langen Dauer der Erkrankung sei auch bei Ansprechen auf die Behandlung nicht mit einer raschen und richtungsweisenden Verbesserung zu rechnen. Möglicherweise habe bereits eine so erhebliche Fixierung stattgefunden, dass eine Verbesserung nicht mehr möglich sei (beides IV-act. 59-47). Schliesslich stellte sie fest, mit einer Besserung könne durchaus gerechnet werden (IV-act. 59-52). Solange die sachgerechte Behandlung aber nicht im Sinn einer Herabsetzung der Arbeitsunfähigkeit wirksam geworden ist, kann eine solche nicht angenommen werden, zumal dem Beschwerdeführer bislang kein Mangel an Mitwirkung vorzuwerfen ist (vgl. hierzu den Bundesgerichtsentscheid vom 4. November 2016, 9C\_391/2016 E. 3.4 in fine).

8

8.1 In erwerblicher Hinsicht ist festzustellen, dass sich die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit von 50 % - auch und namentlich - auf die bisherige (ideal adaptierte) Tätigkeit des Beschwerdeführers bezieht und keine zusätzlichen leistungsmässigen Einschränkungen zu berücksichtigen sind. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der gesundheitsbedingte Ausfall an Erwerbseinkommen im Ausmass jenem der Arbeitsunfähigkeit entspricht, also 50 % ausmacht. Ergänzende Abklärungen sind nicht erforderlich. Ein zusätzlicher Faktor im Sinn eines Abzugs ist nicht angebracht, denn die Arbeitsunfähigkeitsschätzung ist von einem Mittelwert ausgegangen, der berücksichtigt, dass die Leistung in beschwerdeärmeren und beschwerdebelasteteren Intervallen unterschiedlich ist. Es besteht daher Anspruch auf eine halbe Rente.



8.2 Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch (anders als im bis 31. Dezember 2007 in Kraft stehenden Recht, aArt. 29 Abs. 1 IVG) frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs (die Regelung zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls Rente hat die 5. IV-Revision hingegen nicht tangiert), vorliegend somit beim massgeblichen Eingang der Anmeldung (vgl. Art. 67 Abs. 1 AHVV) im März 2011 ab 1. September 2011. Das erforderliche Wartejahr war angesichts des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit im März 2009 bereits abgelaufen. Der Vorrang geeigneter Massnahmen vor einem Rentenanspruch steht letzterem vorliegend nicht entgegen.

8.3 Sollte bei nunmehr in der Zielrichtung korrigierter Therapie nach dem für die vorliegende Beurteilung massgeblichen Zeitpunkt eine Verbesserung des Leidens des Beschwerdeführers erreicht werden können, werden die Folgen im Rahmen eines Anpassungsverfahrens zu prüfen sein.

9.

9.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2014 gutzuheissen und dem Beschwerdeführer ist ab 1. September 2011 eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Berechnung der Rente ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

9.2 Nach Art. 69 Abs. 1 bis 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 200 bis 1000 Franken festgelegt. Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint vorliegend angemessen. Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin sind ihr diese Gerichtskosten gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

9.3 Angesichts des Verfahrensausgangs hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen



## St.Galler Gerichte

werden (vgl. Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2014 gutgeheissen und dem Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen ab dem 1. September 2011 eine halbe Rente zugesprochen.

2

Zur Berechnung der Rente wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.

Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm zurückerstattet.

5.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.