

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/433 vom 7. März 2011**

Sg Versicherungsgericht, 2011-03-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2014\\_433](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_433)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/433 du 7 mars 2011

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/433 del 7 marzo 2011

## **Regeste**

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

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 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).

### **E. 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).

#### **E. 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 kraniozervikales 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.

#### **E. 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, PausBonoG, 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 offenen 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 unbesehen 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).

## **E. 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.

## **E. 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

zunehmend 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).

#### **E. 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).

## **E. 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.

## **E. 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 Entscheidegebühr 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 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.

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