



**Fall-Nr.:** IV 2018/315  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.06.2020  
**Entscheiddatum:** 03.03.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 03.03.2020**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung Gutachten. Beweiskraft bejaht. Rückwirkend befristeter Anspruch auf eine ganze Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. März 2020, IV 2018/315).**

#### **Entscheid vom 3. März 2020**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2018/315

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und Beratung GmbH,  
Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 1. November 2010 wegen eines chronischen Schmerzsyndroms zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Nach einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit und durchgeführter Schmerztherapie vermochte der Versicherte seine Tätigkeit als Sozialpädagoge wieder auszuüben. Deshalb wies die IV-Stelle sein Leistungsbegehren mit Verfügung vom 17. Juni 2011 ab (IV-act. 38). Die Verfügung blieb unangefochten. Eine zweite, am 9. August 2012 erfolgte Anmeldung (IV-act. 39) zog der Versicherte wieder zurück, nachdem er einen körperlich weniger belastenden Arbeitsplatz gefunden hatte (E-Mail vom 17. September 2012, IV-act. 41; siehe auch die unangefochten gebliebene Nichteintretensverfügung vom 12. November 2012, IV-act. 45).

**A.b.** Am 5. September 2016 meldete sich der Versicherte erneut zum IV-Leistungsbezug an. Er machte geltend, an einer «depressiven Episode/Burnout» zu leiden (IV-act. 47). Der behandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 21. Oktober 2016 (Datum Posteingang IV-Stelle) aus, der Versicherte leide an einer chronischen zervikalen Dystonie mit regelmässiger Botox-Injektion; an einem psychophysischen Erschöpfungszustand mit mittelgradiger depressiver Symptomatik und an Sprachstörungen kombiniert vokal und motorisch am ehesten im Sinn von Tics (ICD-10: F95.2). Aktuell sei ihm die bisherige Tätigkeit nicht zumutbar (IV-act. 61). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in dessen Behandlung der Versicherte seit 23. Juni 2016 steht, erhob folgende Diagnosen: eine depressive Episode (ICD-10: F32) mit Hinweisen auf eine zwanghafte Persönlichkeit, zunehmend seit Herbst 2015, und eine chronische zervicale Dystonie mit Sprechstörung. Der Versicherte leide an Antriebslosigkeit, Ermüdbarkeit,



Konzentrationsstörungen, Schmerzen aufgrund seiner HWS-Problematik, damit assoziierten Problemen mit dem Sprechen, sozialer Angst als Folge letzterer, schweren Selbstwertproblemen, Versagensangst und Schuldgefühlen. Seine Leistungsfähigkeit sei um 100% vermindert. Für sämtliche Tätigkeiten bescheinigte Dr. C.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 24. Oktober 2016, IV-act. 64; siehe auch den Verlaufsbericht vom 30. März 2017, IV-act. 75).

**A.c.** Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Konsiliarbericht vom 7. April 2017 Bandscheiben-Protrusionen C5-C7, klinisch einen Verdacht auf Myelopathie (IV-act. 81; zum MRI der Wirbelsäule vom 11. Januar 2017 siehe IV-act. 82). Er nahm am 12. Mai 2017 beim Versicherten eine ventrale Dekompression und Implantation einer Bandscheibenprothese C5-C7 vor (siehe Bericht vom 15. Mai 2017 über die stationäre Behandlung in der Klinik E.\_\_\_\_ vom 11. bis 15. Mai 2017, IV-act. 84-2 f.). Am 6. Juli 2017 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ über einen sehr erfreulichen Verlauf. Die neurologischen Symptome im Bereich der Extremitäten seien bisher nicht wieder aufgetreten. Abgesehen von leichten nuchalen Beschwerden seien keine Schmerzen lokal oder ausstrahlend in die obere Extremität aufgetreten (IV-act. 88).

**A.d.** Im Verlaufsbericht vom 14. August 2017 berichtete Dr. C.\_\_\_\_ von einem stationären Gesundheitszustand. Es würden weiterhin stark ausgeprägte Symptome einer gehemmten Depression bestehen. Der Versicherte sei am 28. Juni 2017 zur stationären psychosomatischen Behandlung in die Klinik F.\_\_\_\_ eingetreten. Er sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 90). Der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gelangte in der Stellungnahme vom 21. August 2017 zur Ansicht, die versicherungsmedizinische Relevanz imponiere aktuell unklar, weshalb er die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung mit den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie und Allgemeine Innere Medizin empfehle (IV-act. 92). Die in der Klinik F.\_\_\_\_ behandelnden medizinischen Fachpersonen erhoben folgende Diagnosen: 1. eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32-1) im Rahmen einer anhaltenden Belastungssituation mit Ausbildung eines Erschöpfungssyndroms (Z73); 2. akzentuierte Persönlichkeitszüge anankastisch (Z73); 3. eine subjektive Artikulationsstörung (ICD-10: F59) und eine kognitive Funktionseinschränkung; 4. eine ventrale Dekompression und Implantation einer



Bandscheibenprothese C5-C7 im Mai 2017 (ICD-10: M48.02) und 5. eine Adipositas (ICD-10: E66). Im Verlauf habe eine Abnahme des Anspannungsniveaus, eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie der Grundstimmung erzielt werden können. Zudem habe unter Abilify subjektiv wie objektiv eine Verbesserung der Sprechstörung erreicht werden können. Die Distanz vom alltäglichen Umfeld und die Einbindung in eine feste Tagesstruktur hätten sich wohltuend auf die depressive Stimmungslage des Versicherten ausgewirkt. Ein sukzessiver Einstieg in eine berufliche Reintegration sei ihm ab Oktober 2017 empfohlen worden. Für die Zeit des stationären Aufenthalts (28. Juni bis 22. August 2017) und einer Verlängerung bis zum 4. September 2017 wurde dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Die weitere Arbeitsfähigkeit werde entsprechend dem Genesungsverlauf im ambulanten Setting zu beurteilen sein (Bericht vom 19. September 2017, IV-act. 97).

**A.e.** Am 22. und 24. Januar 2018 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle in der ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch und neuropsychologisch) begutachtet. Die ABI-Gutachter stellten folgende Diagnosen, denen sie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimassen: 1. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0, F33.1); 2. ein chronisch rezidivierendes zervikovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch ohne ausstrahlende Symptomatik (ICD-10: M54.2). Für die angestammte Tätigkeit als Sozialpädagoge und Chefexperte bescheinigten sie dem Versicherten eine 70%ige Arbeitsfähigkeit, die in einem ganztägigen Pensum mit vermehrten Pausen verwertet werden könne. Eine einfache, gut strukturierte Tätigkeit ohne interaktive Anforderungen und erhebliche Verantwortung für laufende Arbeitsprozesse sei dem Versicherten mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90% möglich. Rückblickend werde davon ausgegangen, dass aufgrund des psychischen Leidens ab September 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Mit der Behandlung habe sich die Depression zurückgebildet. Nach der Hospitalisation in der Klinik F.\_\_\_\_ habe noch eine mittelgradige depressive Episode bestanden. Die Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: «Arbeitsfähigkeit», vgl. auch die RAD-Stellungnahme vom 24. April 2018, IV-act. 114-4) könne daher ab September 2017 mit 70% angegeben werden. Die Prognose für eine vollständige Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess sei allerdings aufgrund der



«subjektiven Leistungseinschränkung» unsicher (Gutachten vom 5. April 2018, IV-act. 113, insbesondere S. 28 ff.). Der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für schlüssig. Aufgrund der neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse ergebe sich der Verdacht auf eine Selbstlimitierung und Aggravation, der durch die - in Anbetracht einer leichten bis mittelgradigen Depression - übertrieben anmutenden Schilderungen der Einschränkungen im Alltag gestützt werde. Die aufgeführten Inkonsistenzen würden aber nichts an der Plausibilität des Gutachtens und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ändern, da die Gutachter die Inkonsistenzen ausführlich dargestellt und bei der Gesamtbeurteilung miteinbezogen hätten (Stellungnahme vom 24. April 2018, IV-act. 114).

**A.f.** Mit Vorbescheid vom 4. Juni 2018 teilte die IV-Stelle mit, sie werde das Rentengesuch des Versicherten abweisen. Auf der Grundlage einer 70%igen Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit ermittelte sie im Rahmen eines Einkommensvergleichs einen 30%igen Invaliditätsgrad (IV-act. 122). Dagegen erhob der Versicherte am 10. Juli 2018 Einwand. Er beantragte im Wesentlichen, es sei ihm spätestens ab dem 7. März 2017 unbefristet eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei ein neues, umfassendes und unabhängiges psychiatrisches sowie orthopädisches Gutachten einzuholen. Des Weiteren reichte er u.a. eine Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2018 ein, worin sich dieser kritisch zur gutachterlichen Beurteilung äusserte (IV-act. 125; siehe auch die weitere Eingabe des Versicherten vom 26. Juli 2018, worin er anhand von Berichten der Dres. D.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2018 bzw. vom 23. Juli 2018 eine Verschlechterung des körperlichen Gesundheitszustands geltend machte; IV-act. 129). Nach einer Würdigung des Einwands und der vom Versicherten eingereichten medizinischen Unterlagen vertrat der RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 9. August 2018 den Standpunkt, es bestünden keine Anhaltspunkte, welche die Aussagekraft des ABI-Gutachtens infrage zu stellen vermögen würden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne daher an der Beurteilung der ABI-Experten festgehalten werden (IV-act. 130). Am 13. August 2018 reichte der Versicherte eine Zusatzbegründung zum Einwand ein (IV-act. 131). Die IV-Stelle verfügte am 17. August 2018 die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 132).



### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 17. August 2018 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 19. September 2018. Der Beschwerdeführer beantragt darin im Wesentlichen, es sei ihm unbefristet, spätestens ab dem 7. März 2017, eine ganze Invalidenrente zuzusprechen oder eventualiter sei ein neues, umfassendes und unabhängiges psychiatrisches sowie orthopädisches Gutachten einzuholen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung bringt er vor, das ABI-Gutachten, insbesondere dessen psychiatrischer Teil, sei nicht beweiskräftig. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. G 1).

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 19. November 2018 die Abweisung der Beschwerde. Eventualiter werde ein Gerichtsgutachten beantragt. Sie stellt sich auf den Standpunkt, die Beurteilung der ABI-Gutachter sei aussagekräftig. Die vom Beschwerdeführer dagegen vorgebrachte Kritik sei unzutreffend. Es lägen ausserdem keine Umstände vor, die bei der Bestimmung des Invalideneinkommens einen Leidensabzug rechtfertigen würden (act. G 4).

**B.c.** Mit Zwischenverfügung vom 26. November 2018 ist dem Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht entsprochen worden (act. G 5).

**B.d.** In der Replik vom 1. Februar 2019 hält der Beschwerdeführer unverändert an der Beschwerde fest (act. G 9) und reicht eine Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2018 zur Beschwerdeantwort ein (act. G 9.1).

**B.e.** Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Duplik verzichtet (act. G 11).

**B.f.** Mit Honorarnote vom 26. März 2019 macht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Parteienschädigung von Fr. 4'172.30 geltend (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer; act. G 13.1).



**B.g.** Am 25. September 2019 fordert das Versicherungsgericht das Amt für Arbeit und Wirtschaft auf, ihm die vollständigen ALV-Akten zuzustellen (act. G 15), zu deren Inhalt der Beschwerdeführer am 13. November 2019 Stellung bezieht (act. G 22).

### Erwägungen

#### 1.

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

**1.1.** Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2.** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG und Art. 28a Abs. 1 IVG).

**1.3.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des



Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

**1.4.** Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

## 2.

Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Die Beschwerdeführerin stützt sich für die Abweisung des Rentenanspruchs im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der ABI vom 5. April 2018 (IV-act. 113), dessen Beweiskraft der Beschwerdeführer bestreitet (act. G 1, IV. Rz 2 ff.).

**2.1.** Am psychiatrischen Teil des ABI-Gutachtens rügt der Beschwerdeführer, dass die Beantwortung der versicherungsmedizinischen Fragen sich auf gerade mal zwei Seiten beschränke, wobei ein Grossteil der gefüllten Zeilen auf eine Wiederholung der Fragestellungen zurückzuführen sei, die Antworten aber jeweils mit lapidar gehaltenen Satzfragmenten und ohne nähere Begründung erfolgt seien (act. G 1, IV. Rz 3). Das psychiatrische Teilgutachten sei bereits unter diesen Aspekten auffallend kurz ausgefallen und schweige sich über wesentliche Aspekte aus (act. G 1, IV. Rz 4; vgl. auch Rz 10). Das Gespräch mit dem psychiatrischen Experten habe maximal 35 bis 40 Minuten gedauert. Dieser habe auf Fragen hin gehetzt reagiert. Er (der Beschwerdeführer) habe keine Möglichkeit gehabt, vertieft auf einzelne Aspekte einzugehen (act. G 9, IV. Rz 2 ff.).

**2.1.1.** Die Kritik des Beschwerdeführers ist insoweit nicht von der Hand zu weisen, als dass die spezifischen Fragen im psychiatrischen Teil des ABI-Gutachtens (Abschnitt «4.1.10 Versicherungsmedizinische Fragen») teilweise sehr knapp und stichwortartig



oder mit Verweisen auf zuvor erfolgte Abschnitte beantwortet wurden (act. G 113-14 ff.). Im Rahmen einer umfassenden Beweiswürdigung ist allerdings nicht ein Gutachtensteil isoliert zu betrachten, sondern das Gutachten in seiner Gesamtheit. Dabei fällt gerade beim ausführlichen anamnestischen Teil des psychiatrischen Gutachtens stellenweise ein hoher Detailreichtum der wiedergegebenen Angaben des Beschwerdeführers auf (siehe etwa die Ausführungen zum Umgang mit dem Geschirrspüler in IV-act. 113-9, zum Medikamentenkonsum und den geklagten Begleiterscheinungen wie etwa eine verminderte Sensibilität im Mundbereich in IV-act. 113-9 unten, zu sozialen Beziehungen oder zum Tagesablauf in IV-act. 113-11). Dies deutet darauf hin, dass der Beschwerdeführer ausreichend Gelegenheit hatte, seine Sicht gegenüber dem psychiatrischen Gutachter kundzutun. Es ist nicht ersichtlich und vom Beschwerdeführer denn auch nicht konkret vorgebracht worden, auf welche relevanten Aspekte er nicht hätte vertieft eingehen können. Somit erweist sich das Vorbringen des Beschwerdeführers, die gutachterliche Arbeits- und Krankheitsanamnese sei ungenügend (act. G 1, IV. Rz 10, S. 8), als unzutreffend, zumal er u.a. sogar auch Gelegenheit hatte, frühere Snowboard- und Fahrradstürze gegenüber dem psychiatrischen Gutachter darzustellen (IV-act. 113-10).

**2.1.2.** Auch die psychopathologische Befunderhebung sowie die psychiatrische Beurteilung (IV-act. 113-12 f.) erscheinen inhaltlich umfassend, zumal der Beschwerdeführer keine objektiv relevanten Gesichtspunkte benennt, die ausser Acht geblieben wären. Hinzu kommt, dass im Rahmen der Gesamtbeurteilung die Einschätzungen des psychiatrischen ABI-Gutachters einen wesentlichen Teil bildeten (siehe etwa bezüglich der Verlaufsbeurteilung IV-act. 113-29 unten). In seiner Gesamtheit bildet deshalb der psychiatrische Gutachtensteil eine formell und inhaltlich vollständige Beurteilung des vom Beschwerdeführer geklagten Leidensbilds und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

**2.2.** Des Weiteren bringt der Beschwerdeführer vor, jeder wissenschaftlichen Grundlage entbehre die Behauptung des Gutachters, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit falle deshalb ausser Betracht, weil er (der Beschwerdeführer) Spaziergänge und leichtere Haushaltsarbeiten erledige und die Beziehung zur Familie gut sei (act. G 1, IV. Rz 5 und Rz 10, S. 9; siehe auch bezüglich dem Freizeitverhalten act. G 1, IV. Rz 20 und act. G 9, IV. Rz 18 f.).

**2.2.1.** Die Einschätzung eines psychischen Krankheitsbilds und dessen allfällige Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit muss sich - mangels zuverlässiger bzw. bewährter Messmethodik - zwangsläufig zunächst auf die Angaben und das Verhalten



der versicherten Person stützen. Um Beweiskraft erlangen zu können, muss eine objektive fachmedizinische Beurteilung insbesondere diesem Umstand Rechnung tragen. Deshalb ist eine umfassende Prüfung der Konsistenz und der Plausibilität der Leidensschilderung sowie -präsentation für die Gewährleistung einer möglichst objektiven fachmedizinischen Beurteilung der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von zentraler Bedeutung. Gemäss Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, 16. Juni 2016) ist eine Stellungnahme zur Authentizität von Beschwerden, von präsentierten Symptomen und von Leistungseinschränkungen denn auch obligatorischer Bestandteil eines versicherungspsychiatrischen Gutachtens. Das beinhaltet eine Stellungnahme zur Frage, ob die berichteten Beschwerden und präsentierten Symptome in sich konsistent sind oder ob Diskrepanzen, allenfalls sogar Widersprüche bestehen. Dies gelingt am ehesten durch eine Gegenüberstellung der erhobenen Informationen mit Hilfe der verschiedensten methodischen Zugänge. Diesbezüglich sind Hinweise aus der Verhaltensbeobachtung und dem Anamneseverlauf relevant (Leitlinien, S. 29). Eine besondere Bedeutung bei der Exploration kommt der detaillierten Beschreibung eines üblichen Tagesablaufs durch die versicherte Person zu, da sich hieraus häufig Hinweise auf Interessen, Aktivitäten, Alltagsgewohnheiten und damit Potential und Ressourcen, jedoch auch Diskrepanzen zu anderen Angaben oder zum Verhalten in der Untersuchung ergeben (Leitlinien, S. 16).

**2.2.2.** Eine sorgfältige, von der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers unabhängige Abklärung seiner Ressourcen und seines Alltagsverhaltens war vorliegend umso mehr angezeigt, als sich anlässlich der neuropsychologischen Abklärung erhebliche Inkonsistenzen ergaben und er sich selbst für vollständig arbeitsunfähig hält (IV-act. 113-13). Der neuropsychologische ABI-Gutachter stellte eine Verdeutlichungstendenz fest und hielt die Motivation des Beschwerdeführers für fraglich (IV-act. 113-26). Zudem ergaben sich Inkonsistenzen auf dem Gebiet der selektiven Aufmerksamkeitsprüfung (IV-act. 113-27). Der neuropsychologische ABI-Gutachter gelangte nachvollziehbar begründet zum Schluss, den neuropsychologischen Testergebnissen fehle die Konsistenz und ein Verfahren zur Symptomvalidierung habe «deutliche motivationale Probleme» des Beschwerdeführers gezeigt (IV-act. 113-27).

**2.2.3.** Aus dem vom psychiatrischen ABI-Gutachter erhobenen Tagesablauf ergibt sich ein geregelter Rhythmus. Der Beschwerdeführer geht demnach zwischen 21:00 und



21:30 Uhr zu Bett und stehe zwischen 6:00 und 7:00 Uhr auf. «Das Aufstehen sei problemlos möglich». Er geht, nach eigenen Angaben maximal 30 Minuten Spazieren und trainiert einige Minuten am Hometrainer. Staubsaugarbeiten im Haushalt vermag er mit Pausen zu erledigen. Er vermag selbst einzukaufen und mit der Partnerin den Grosseinkauf zu erledigen. Gelegentlich mache er leichtere Arbeiten im Garten. Täglich musiziere er einige Minuten. Gelegentlich besuche er über das Wochenende ein Wellnesshotel (IV-act. 113-11). Angesichts dieser vom Beschwerdeführer - mit Blick auf seine inkonsistente Leidensdarstellung (siehe vorstehende E. 2.2.2) wohl eher zu zurückhaltend - geschilderten Aktivitäten, überzeugt die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf jegliche Tätigkeiten nicht nachvollziehbar ist (IV-act. 113-15). Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer in seinem Anfang 2018 verfassten Lebenslauf immerhin mehrere Hobbies erwähnt: Klavierspiel, Gitarrenspiel, Lesen, Velofahren und Gartenarbeit (ALV-act. A3, S. 4). Zudem ist er nach seinen eigenen Angaben in der Lage, täglich zwischen ein und zwei Stunden in physiotherapeutische Übungen zu investieren (act. G 1, IV. Rz 16). Auch anlässlich der im Rahmen eines 20%igen Pensums erfolgten Eignungsabklärung im Betrieb seines Vaters vom 23. April bis 11. Mai 2018 zeigten sich erhebliche Ressourcen des Beschwerdeführers, welche die Einschätzung des psychiatrischen ABI-Gutachters bekräftigen. So habe sich der Beschwerdeführer «in der knappen Zeit schnell und effizient eingearbeitet». Er «ist sehr geeignet im IT-Bereich erfolgreich zu arbeiten» (ALV-act. A20). Zudem zeigte er sich «sehr interessiert und engagiert. Er verstand Zusammenhänge und setzte die Theorie erfolgreich in die Praxis um. Dabei zeigte er eine sehr gute Auffassungsgabe und arbeitete analytisch und speditiv» (ALV-act. A21). Dem Gespräch mit der Beraterin des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums vom 25. Mai 2018 lassen sich ebenfalls Ressourcen entnehmen, die mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht zu vereinbaren sind. «Das Grundwissen zu der HTML und CSS-Programmierung konnte er [der Beschwerdeführer] sich aneignen. Er setzte sich zusätzlich kreativ mit Grafikdesign auseinander und erstellte mit Hilfe der Adobe-Programme [...] animierte Dateien. Beim Erzählen strahlte er über das ganze Gesicht» (ALV-act. A68, S. 5 unten). Im vom Beschwerdeführer besuchten Einsatzprogramm wurde vom Leiter zwar bestätigt, dass die Konzentration ab 10 Uhr nachlasse, die Leistung sei gut, jedoch reduziert (vgl. ALV-act. A68, S. 3, sowie act. G 22). Im gleichen Beratungsprotokoll vom 22. August 2018 wurde allerdings auch der «Vorstellungstermin Kunstschule» erwähnt, wo der Beschwerdeführer am 29. Oktober 2018 den Gestalterischen Vorkurs begann, was der behandelnde Dr. C.\_\_\_\_ als «therapeutisch sinnvoll» erachtete (vgl. ALV-act. A46). Auch dies spricht für beim Beschwerdeführer vorhandene Ressourcen.



**2.3.** Ausserdem hält der Beschwerdeführer die Annahme einer (nur) 70%igen Eingliederungsfähigkeit unverständlich, da gleichzeitig eine 70%ige generelle Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich sowie eine 90%ige Arbeitsfähigkeit in einem adaptierten Bereich bescheinigt werde. Die Eingliederung zielt gerade auf eine dem Leiden angepasste Tätigkeit ab, weshalb die Arbeitsfähigkeit in jenem Bereich unmöglich über der Eingliederungsfähigkeit liegen könne (act. G 1, IV. Rz 8). Zwar erscheint die Kritik des Beschwerdeführers auf einen ersten Blick als nachvollziehbar. Bei einer näheren Betrachtung ergibt sich allerdings, dass der psychiatrische Gutachter bezüglich der beruflichen Massnahmen ausführte, dass diese im Wesentlichen der Angewöhnung an die Belastungen der Arbeitswelt dienen könnten (IV-act. 113-14 oben) und eine langsame Einarbeitung empfohlen wurde (IV-act. 113-30 unten). Die (vorübergehend) im Vergleich zu einer 90%igen Arbeitsfähigkeit in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit um 20% tiefere Leistungsfähigkeit von 70% findet ihre Begründung damit in einer Erleichterung des beruflichen Wiedereinstiegs während der Angewöhnungsphase. Hinzu kommt, dass eine leidensangepasste Tätigkeit als einfache, klar strukturierte Tätigkeit definiert wurde (IV-act. 113-29 unten) und die ABI-Gutachter bei ihren Empfehlungen wohl eher die angestammte, intellektuell anforderungsreichere Tätigkeit als Sozialpädagoge oder vergleichbare Tätigkeiten im Auge hatten, für die der Beschwerdeführer nach der gutachterlichen Einschätzung über eine Arbeitsfähigkeit von 70% verfügt.

**2.4.** Der Beschwerdeführer bemängelt ausserdem, dass der psychiatrische ABI-Gutachter die Einschätzung des Schweregrads der depressiven Episode nicht schlüssig vorgenommen habe. Wie Dr. C. \_\_\_ richtigerweise festgehalten habe, sei die Diagnose nach ICD-10 gestellt, obschon die Erhebung nicht nach den ICD-10-Kriterien, sondern aufgrund des AMDP-Systems erfolgt sei (act. G 1, IV. Rz 10, S. 8 unten). Eine Mangelhaftigkeit des durch den ABI-Gutachter erhobenen Psychostatus, der sich bei der psychopathologischen Befunderhebung an den AMDP-Richtlinien orientierte, vermag weder der Beschwerdeführer noch Dr. C. \_\_\_ konkret darzutun. Entscheidend ist, dass die Teilexpertise den erforderlichen Einblick in den psychischen Zustand des Beschwerdeführers liefert (Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 8C\_8/2019, E. 5.2.1), um das Krankheitsbild und dessen Auswirkungen einschätzen zu können.

**2.5.** Überdies sei der psychiatrische Gutachter vom Fragekatalog abgewichen und habe bei gewissen Fragen trotz explizitem Verlangen einer Begründung gar gänzlich darauf verzichtet. Aus der Sicht des Beschwerdeführers seien dadurch seine Verfahrensrechte verletzt worden (act. G 9, IV. Rz 7). Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass im Auftrag des Administrativgutachtens darauf hingewiesen wurde, dass sich der



Aufbau des medizinischen Gutachtens grundsätzlich nach den fachspezifischen Leitlinien zu orientieren habe. In der Folge wurden die nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts zu beachtenden Standardindikatoren benannt, die bei der Gutachtenserstellung zu berücksichtigen seien (IV-act. 103). Zu beachten ist ausserdem, dass es sich bei einer indikatorengeleiteten Begutachtung eben nicht um ein Abarbeiten einer Checkliste handelt. Vielmehr gilt, dass die Handhabung des Katalogs stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden muss (BGE 141 V 297 E. 4.1.1). Der psychiatrische Gutachter ordnete das Krankheitsbild diagnostisch ein und nahm insbesondere zum Krankheits- sowie Arbeitsfähigkeitsverlauf unter Berücksichtigung sämtlicher relevanter Umstände (wie etwa der sich im Alltag zeigenden Ressourcen) Stellung (IV-act. 113-13, -28 und -29). Der Beschwerdeführer legt weder konkret dar noch ist ersichtlich, dass die im psychiatrischen Teilgutachten und in der Gesamtbeurteilung erfolgten Ausführungen nicht auf das relevante Beweisthema (Gesundheitsschaden und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) fokussiert gewesen wären. Er benennt denn auch keine konkrete, für das Beweisthema relevante Fragestellung, welche unbeantwortet geblieben wäre, womit sich seine Kritik als nicht stichhaltig erweist.

**2.6.** An der neuropsychologischen Begutachtung kritisiert der Beschwerdeführer, dass unverständlicherweise keinerlei Hinweise auf die depressive Erkrankung enthalten seien, und dass in dieser Hinsicht auch keinerlei Testverfahren durchgeführt worden sei, wodurch insgesamt der Eindruck entstehe, dass keine Orientierung über die psychiatrische Vorgeschichte bestanden habe (act. G 1, IV. Rz 10 am Schluss). Dieses Vorbringen erweist sich schon deshalb als unbegründet, als der neuropsychologische - wie im Übrigen auch der psychiatrische - Gutachter an der Gesamtbeurteilung beteiligt war (IV-act. 113-28) und auch die gesamtgutachterliche Beurteilung mitunterzeichnete (IV-act. 113-31). Es ist daher ohne weiteres davon auszugehen, dass er bei seiner Beurteilung im Bild über das aktuelle psychische Leiden und dessen Vorgeschichte war, zumal er bereits zu Beginn seiner Ausführungen auf die medizinische Anamnese des Gutachtens verwies (IV-act. 113-24). Hinzu kommt, dass der neuropsychologische ABI-Gutachter im Rahmen der Verhaltensbeobachtung verschiedenen psychisch relevanten Aspekten (wie etwa der «Emotionalität», den Affekten, dem Antrieb, der Motivation oder Spontanmotorik) Aufmerksamkeit schenkte (IV-act. 113-26). Dabei ist weder ersichtlich noch vom Beschwerdeführer konkret geltend gemacht worden, dass darin Fehleinschätzungen enthalten wären.



**2.7.** Gegen die gutachterliche Beurteilung führt der Beschwerdeführer zudem die davon abweichende Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ ins Feld (act. G 1, Rz 11).

**2.7.1.** Vorweg ist zu beachten, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) nicht in Frage gestellt werden und Anlass zu weiteren Abklärungen bieten kann, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/2007, E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet einer psychiatrischen Fachperson - sei sie nun in therapeutischer oder in begutachtender Funktion - daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern die Beurteilung des Experten oder der Expertin die Beweisanforderungen erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C\_694/2008, E. 5.1.1).

**2.7.2.** Die meisten von Dr. C.\_\_\_\_ an der gutachterlichen Beurteilung geäusserten Kritikpunkte (siehe seine Stellungnahme vom 25. Juni 2018, IV-act. 125-15 ff.) wurden bereits in den vorstehenden Erwägungen (E. 2.1 ff.) entkräftet. Seine Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit beruht im Wesentlichen nicht etwa auf vom psychiatrischen ABI-Gutachter übersehenen objektiv relevanten Gesichtspunkten, sondern geht in einer eigenen Würdigung und Schwerpunktsetzung von Umständen und insbesondere der Leidenspräsentation bzw. -schilderung des Beschwerdeführers auf (IV-act. 125-15 ff.). Alltagsaktivitäten setzen ein funktionales physisches und psychisches Leistungsvermögen voraus, dessen Würdigung im Rahmen einer umfassenden Beurteilung der geklagten Leiden und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht ausser Acht gelassen werden können. Dies scheint Dr. C.\_\_\_\_ zu verkennen, indem er die mit den psychiatrischen Qualitätsleitlinien (siehe hierzu vorstehende E. 2.2.1) nicht zu vereinbarende, nicht näher begründete Ansicht vertritt, «aus fachlicher Sicht» sei zu bemerken, «dass es nicht möglich ist, einen direkten Zusammenhang zwischen Aktivitäten und Arbeitsunfähigkeit herzustellen» (Stellungnahme vom 10. Dezember 2018, act. G 9.1). Vorliegend, wo Dr. C.\_\_\_\_ einen vollständigen Verlust jeglicher erwerblich relevanten Funktionsfähigkeit bescheinigte und diese zu einem wesentlichen Teil mit Erschöpfung, Antriebsschwäche



und Aktivitätsminderung begründete (siehe etwa IV-act. 75-1 unten), wird die Diskrepanz zum Funktionsniveau im Alltag offensichtlich. Ergänzend kann auf die einlässlich und plausibel begründete Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. H. \_\_\_ vom 9. August 2018 (IV-act. 130) verwiesen werden.

**2.8.** Bei der Würdigung der Beweiskraft des polydisziplinären ABI-Gutachtens fällt ausserdem ins Gewicht, dass es auf umfassenden persönlichen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erfolgte, eine schlüssige Ressourcen- und Konsistenzprüfung enthält. Zudem leuchten die bezüglich des Leidensbilds gezogenen Schlüsse und die gestützt darauf erfolgte Arbeitsfähigkeitsschätzung ein. Gestützt auf die gutachterliche Beurteilung ist folglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an einem invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsschaden in Form einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0) und eines chronisch rezidivierenden zervikovertebralen Schmerzsyndroms leidet, das bezogen auf die angestammte Tätigkeit sowie vergleichbare Tätigkeiten zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit um 30% führt (IV-act. 113-30). Den Akten lassen sich sodann keine Hinweise entnehmen, die für die Zeit nach September 2017 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung auf eine relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers deuten würden. Der Eintritt einer Verschlechterung der somatischen Befunde verneinte der RAD-Arzt Dr. H. \_\_\_ plausibel (IV-act. 130-4). Die Frage, ob der Beschwerdeführer für optimal leidensangepasste Tätigkeiten ab September 2017 über eine 90%ige Arbeitsfähigkeit verfügt, kann vorliegend offenbleiben. Denn selbst das Abstellen auf die tiefere Arbeitsfähigkeit von 70% führt zu keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad (siehe hierzu nachstehende E. 2.9).

**2.9.** Dem Beschwerdeführer sind die angestammte Tätigkeit und vergleichbare Tätigkeiten - wenn auch bloss noch im Umfang von 70% - zumutbar. Deshalb rechtfertigt sich zur Bestimmung des Invaliditätsgrads die Vornahme eines Prozentvergleichs (siehe zum Prozentvergleich etwa das Urteil des Bundesgerichts vom 6. April 2016, 8C\_628/2015, E. 5.3.5 mit Hinweisen). Zur Verwertung der Restarbeitsfähigkeit ist der Beschwerdeführer nicht auf einen Berufswechsel angewiesen bzw. er kann damit seine bisher erworbenen beruflichen Qualifikationen weiterhin nutzen. Zudem wurde der von den ABI-Gutachtern beschriebene erhöhte Pausenbedarf bereits bei der quantitativen Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit berücksichtigt (ganztägige Präsenz mit vermehrten Pausen; IV-act. 113-30 unten). Der Beschwerdeführer steht auch nicht im fortgeschrittenen Alter. Unter



diesen Umständen fällt - wenn überhaupt - höchstens ein 10%iger Tabellenlohnabzug in Betracht, womit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von höchstens 37% resultiert ( $30\% + [70\% \times 10\%]$ ).

**2.10.** Bezüglich des Zeitraums vor September 2017 gilt es zu beachten, dass der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage seit März 2016 durchgehend zu mindestens 50% arbeitsunfähig war (vgl. IV-act. 61-3, IV-act. 64-3 und IV-act. 70-2, vgl. auch Fremdakten etwa fremd-act. 3-13 und 3-17). Auch die ABI-Gutachter gehen an sich von einem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im März 2016 aus (IV-act. 113-7). Sie scheinen indessen angenommen zu haben, dass die Arbeitsunfähigkeit zwischenzeitlich bis September 2016

unterbrochen war («Im Herbst 2016 konnte er die Arbeit nicht aufnehmen», IV-act. 113-7). Für diese Annahme fehlt jegliche nachvollziehbare Begründung und sie lässt sich auch nicht mit der soeben dargestellten Voraktenlage vereinbaren. Vielmehr ist davon auszugehen, dass durchgehend seit März 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% bestand. Noch im März 2017 - und damit nach Ablauf des Wartejahres im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG sowie nach Ablauf der sechsmonatigen Wartefrist nach der Anmeldung vom 5. September 2016 im Sinn von Art. 29 Abs. 1 IVG - und bis Ende August 2017 ist von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wie sie auch gutachterlich bescheinigt wurde (IV-act. 113-29). Dies gilt umso mehr, da im Mai 2017 eine Rückenoperation (siehe hierzu sowie zur stationären Behandlung vom 11. bis 15. Mai 2017 in der Klinik E.\_\_\_\_ IV-act. 89) und vom 28. Juni bis 22. August 2017 ein stationärer psychosomatischer Aufenthalt in der Klinik F.\_\_\_\_ erfolgte (siehe hierzu IV-act. 97-2 ff.). Ausgehend von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ist für die Zeit vom 1. März bis 31. August 2017 von einem 100%igen Invaliditätsgrad auszugehen. Demnach hat der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der dreimonatigen Frist gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) befristet für die Zeit vom 1. März bis 30. November 2017 einen Anspruch auf eine ganze Rente.

### 3.

**3.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 17. August 2018 aufzuheben und dem Beschwerdeführer befristet für die Zeit vom 1. März bis 30. November 2017 eine ganze Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistungen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.



**3.2.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da die Beschwerde lediglich teilweise betreffend einen rückwirkend befristeten Rentenanspruch gutgeheissen wird, ist von einem Obsiegen des Beschwerdeführers von einem Fünftel auszugehen. Dem teilweisen Obsiegen entsprechend bezahlt der Beschwerdeführer einen Anteil von Fr. 480.-- und die Beschwerdegegnerin einen Anteil von Fr. 120.-- an der Gerichtsgebühr. Zuzufolge gewährter unentgeltlicher Rechtspflege (act. G 5) ist der Beschwerdeführer von der Bezahlung zu befreien.

**3.3.** Da der Beschwerdeführer teilweise obsiegt, hat er einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte am 27. März 2019 eine Honorarnote ein, worin er bei einem zeitlichen Aufwand von 14.9 Stunden eine Parteientschädigung (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) von Fr. 4'172.30 geltend macht (act. G 13.1). Allerdings enthält die Honorarnote teilweise auch Bemühungen, die den Zeitpunkt vor Erlass der Verfügung betreffen und damit nicht Gegenstand der Parteientschädigung für das Beschwerdeverfahren bilden können (siehe den Aufwand vom 10. August 2018, act. G 13.1, S. 2). Weder das polydisziplinäre Gutachten (mit einem Umfang von 31 Seiten; IV-act. 113) noch der übrige Aktenumfang erscheinen im Vergleich zu anderen IV-Rentenfällen als überdurchschnittlich. In vergleichbaren Fällen spricht das Versicherungsgericht im Fall des Obsiegens eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu (siehe etwa die Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. März 2019, IV 2018/205, E. 3.3, und vom 26. November 2018, IV 2017/177, E. 4.3). Zu berücksichtigen ist allerdings vorliegend der durch den Beizug der ALV-Akten und der Stellungnahme vom 13. November 2019 (act. G 22) nach der Einreichung der Honorarnote entstandene Mehraufwand, weshalb für den Obsiegensfall eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen erscheint. Entsprechend dem Obsiegen von einem Fünftel erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als gerechtfertigt.

**3.4.** Das aufgrund des lediglich teilweisen Obsiegens nicht von der Beschwerdegegnerin zu bezahlende Honorar von Fr. 3'200.-- (Fr. 4000.-- - Fr. 800.--) ist im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu vergüten und deshalb um



## St.Galler Gerichte

20% zu reduzieren (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist somit vom Staat mit Fr. 2'560.-- (Fr. 3'200.-- x 0,8) zu entschädigen.

**3.5.** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 17. August 2018 aufgehoben und dem Beschwerdeführer befristet für die Zeit vom 1. März bis 30. November 2017 eine ganze Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistungen wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat einen Anteil an der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 120.-- zu bezahlen. Der Beschwerdeführer wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung seines Anteils an der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 480.-- befreit.

#### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

#### 4.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'560.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).