



**Fall-Nr.:** IV 2016/373  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 26.09.2019  
**Entscheiddatum:** 15.11.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.11.2018**

**Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG: Prüfung des Anspruchs auf eine IV-Rente unter Würdigung eines bidisziplinären Gutachtens. Beweiskraft des Gutachtens bejaht, Rentenanspruch verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. November 2018, IV 2016/373). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_5/2019.**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2016/373

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Andres Büsser,

Marktgasse 20, 9000 St. Gallen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) stürzte am 23. Februar 2003 und zog sich dabei eine Steissbeinkontusion zu, woraufhin er von seinem damaligen Hausarzt, Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, zunächst zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde (vgl. Fremdakten, Suva-act. 1 S. 6 und 13). Der Versicherte war seit dem 21. Mai 2002 als angelernter Fahrzeugwart von Personenwagen in der C.\_\_\_\_ AG tätig gewesen (Fremdakten, Suva-act. 1 S. 13). Das Arbeitsverhältnis wurde dem Versicherten gemäss seinen eigenen Angaben per 20. April 2003 gekündigt (vgl. IV-act. 193 S. 77). Nachdem Dr. B.\_\_\_\_ die Behandlung des Versicherten als abgeschlossen erachtet hatte (Fremdakten, Suva-act. 1 S. 4), stellte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) ihre Taggeldleistungen per 22. April 2003 mit der Begründung, dass der Versicherte ab diesem Zeitpunkt wieder zu 100 % arbeitsfähig sei, ein (Fremdakten, Suva-act. 1 S. 2).

A.b Am 29. Januar 2004 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von IV-Leistungen an. In der Annahme, dass keine unfallfremden Faktoren vorlägen, wies die IV-Stelle das Gesuch des Versicherten mit Verfügung vom 28. Mai 2004 (IV-act. 28) bzw. Einspracheentscheid vom 30. September 2004 ab (IV-act. 36). Allerdings widerrief sie ihren Einspracheentscheid am 27. Oktober 2004, nachdem sie vom damaligen Rechtsvertreter des Versicherten ein im Auftrag der Genfer Versicherungen erstelltes Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialärztin FMH für Neurologie, erhalten hatte (IV-act. 41; Fremdakten, Suva-act. 2). Denn aufgrund dieses Gutachtens konnte die IV-Stelle unfallfremde Faktoren nicht mehr ausschliessen (IV-act. 41). Daraufhin gab die IV-Stelle bei der Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI) eine interdisziplinäre Abklärung in Auftrag (IV-act. 64). In dem psychiatrisch-orthopädischen Gutachten mit internistischer



Besprechung des ABI vom 7. Juni 2005 wurde der Versicherte in seiner bisherigen und jeder anderen leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit nur intermittierend schweren Arbeiten oder intermittierend auftretenden Zwangshaltungen der Wirbelsäule für ganztätig arbeitsfähig befunden (IV-act. 66). Deshalb wies die IV das Rentenbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 20. Juli 2005 (IV-act. 74) bzw. Einspracheentscheid vom 7. November 2005 ab (IV-act. 80).

A.c Am 1. Oktober 2007 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 85). Zur Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der Gesundheitssituation reichte das Sozialamt der Stadt E. \_\_\_ im Auftrag des Versicherten einen Bericht der behandelnden Ärztin Dr. med. F. \_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Oktober 2007 (IV-act. 92) sowie ein Schreiben des damaligen Hausarztes Dr. med. G. \_\_\_, Innere Medizin FMH, vom 12. November 2007 ein (IV-act. 94). Dr. F. \_\_\_ hatte in ihrem Bericht ausgeführt, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten massgeblich verschlechtert habe. Klinisch imponiere eine zunehmende depressive Entwicklung schwerster Ausprägung mit andauernder depressiver Grundstimmung, schwerer Anhedonie, frühmorgendlichem Erwachen mit Morgentief, schweren Schlafstörungen, psychomotorischer Hemmung, Insuffizienzerleben, Appetitverlust, Libidoverlust, intensiven, permanenten Rücken- und Kopfschmerzen, Isolationstendenz und subakuter Suizidalität. Sie erachte die Voraussetzungen für eine Neuanmeldung bei der IV als gegeben (vgl. IV-act. 92). Dr. G. \_\_\_ erklärte, dass es dem Versicherten körperlich und psychisch "hundsmiserabel" gehe. Er könne sich nicht vorstellen, wie der Versicherte in seinem Zustand irgendeiner beruflichen Tätigkeit sollte nachgehen können (IV-act. 86). Die IV-Stelle holte bei Dr. F. \_\_\_ einen weiteren Bericht ein. Dr. F. \_\_\_ gab am 19. Dezember 2007 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende depressive Störung mittelschwerer bis periodisch schwerer Ausprägung ohne psychotische Symptome mit im Vordergrund stehenden intensiven und permanenten Rücken- und Kopfschmerzen, schwere Anhedonie, frühmorgendliches Erwachen mit Morgentief, schwere Schlafstörungen, psychomotorische Hemmung, Insuffizienzerleben, Störung der Vitalgefühle, Appetitverlust, Libidoverlust, Isolationstendenz und subakute Suizidalität (ICD-10 F33.2) an. Weiter lägen eine unreife, einfach strukturierte, ängstlich-abhängige Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 Z73.1), schwierige finanzielle und psychosoziale Umstände (ICD-10 Z56, Z59, Z60.1, Z60.2) sowie ein Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) vor,



die sich jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 97). Aufgrund dieser Befunde wurde im Auftrag der IV-Stelle am 15. Oktober 2008 eine internistisch-allgemeinmedizinische, psychiatrische und rheumatologische polydisziplinäre Verlaufsuntersuchung im ABI Basel durchgeführt. Im polydisziplinären Gutachten vom 18. November 2008 wurde festgestellt, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten von einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einem chronifizierten lumbalbetonten Panvertebralsyndrom (ICD-10 M53.8) sowie einem Impingement-Syndrom linke Schulter Grad I (ICD-10 M75.4) beeinflusst werde. Gegenüber der Einschätzung im Gutachten vom 7. Juni 2005 habe sich durch die zusätzliche leichte depressive Episode eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten ergeben. Die leichten depressiven Episoden existierten als Komorbidität zu der somatoformen Schmerzstörung. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit um 20 % eingeschränkt. Der Versicherte fühle sich nicht arbeitsfähig, was aber im Widerspruch zu den objektiven medizinischen Befunden und zu seinen angegebenen Alltagsaktivitäten stehe (IV-act. 103 S. 17 ff.). Ferner wurde im Gutachten festgehalten, dass der Versicherte in seinen täglichen Aktivitäten nicht derart eingeschränkt sei, wie dies bei einer mittelgradigen Depression der Fall wäre. Er verrichte einfache Haushalt-arbeiten selbständig. Reisen seien ihm trotz subjektiv starken Beschwerden möglich. Die nächtlichen Schlafschwierigkeiten seien auch dadurch bedingt, dass er am Tag keiner regelmässigen Beschäftigung nachgehe und sich wiederholt hinlege. Ausserdem nehme der Versicherte trotz subjektiv starken Beschwerden und entgegen seinen Angaben bei der gutachterlichen Untersuchung die verordnete antidepressive Medikation nicht ein (IV-act. 103 S. 13 f.). Eine Laboruntersuchung des ABI vom 15. Oktober 2008 hatte ergeben, dass die Werte der Medikamente unter der Nachweisgrenze lagen (vgl. IV-act. 103 S. 10). Weiter hiess es im Gutachten, dass keine manifeste Persönlichkeitsstörung vorliege. Dagegen spreche auch die Biografie mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend wurde dem Versicherten im ABI-Gutachten vom 18. November 2008 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit attestiert (IV-act. 103 S. 19). Mit einem Vorbescheid vom 5. Januar 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sich sein Gesundheitszustand seit der



Abweisung vom 20. Juli 2005 nur leicht verschlechtert habe. Das Leistungsbegehren werde deswegen bei einem IV-Grad von unter 40 % abgewiesen (IV-act. 107). Nach der Erhebung seines Einwandes (IV-act. 111) reichte der Versicherte einen Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vom 1. März 2007 (IV-act. 117) sowie einen Austrittsbericht des psychiatrischen Zentrums I.\_\_\_\_ vom 12. März 2009 (IV-act. 116) ein. Er machte geltend, dass sich sein Zustand seit der letzten ABI-Begutachtung bereits wieder verschlechtert habe und dass der Bericht der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vom 1. März 2007 im ABI-Gutachten vom 18. November 2008 noch nicht berücksichtigt worden sei (IV-act. 115). Aus dem Austrittsbericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 1. März 2007 war hervorgegangen, dass der Versicherte vom \_\_ Januar 2007 bis \_\_ März 2007 dort hospitalisiert gewesen war. Als Diagnosen nach ICD-10 waren eine depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11), sonstige somatoforme Störungen (F45.8) sowie Status nach Steissbeinprellung genannt worden. Im Bericht war ferner ausgeführt worden, dass der Versicherte zur Durchführung einer erweiterten Schmerztherapie zugewiesen worden sei. Leider habe der Versicherte während des zweieinhalb-monatigen Aufenthaltes auf die durchgeführten therapeutischen Massnahmen insgesamt nur unzureichend angesprochen. Die medikamentöse Umstellung habe nicht den gewünschten schmerzlindernden Erfolg gebracht. Die wöchentlichen gesprächstherapeutischen Interventionen hätten zwar dazu geführt, dass der Versicherte langjährige familiäre Beziehungskonflikte und massive Kränkungerlebnisse durch die Ehefrauen thematisiert habe. Eine Auseinandersetzung und Aufarbeitung eigener Persönlichkeitsanteile, eine Auseinandersetzung mit der stetigen Opferrolle sowie der Umgang mit aggressiven Impulsen seien aber ebenso wenig gelungen wie die Vermittlung der Einsicht in den psychodynamischen Zusammenhang von Schmerz und Depression. Der Versuch, den Versicherten psychotherapeutisch in eine Schmerzgruppe zu integrieren, habe dieser ebenso abgelehnt. Da die in der Klinik angebotenen Therapiemöglichkeiten vornehmlich in Form einer aktivierenden Schmerztherapie nicht der Vorstellung des Versicherten entsprochen hätten, das für ihn verständliche Krankheitskonzept auf Schonung und Regression beruhe und er gegen Ende der Hospitalisation eher eine Verschlechterung als eine Besserung der Gesamtsituation beschrieben habe, sei er nach Hause entlassen worden (IV-act. 117). Dem Bericht des psychiatrischen Zentrums I.\_\_\_\_ vom 12. März 2009 war zu entnehmen, dass der Versicherte vom \_\_ Februar bis \_\_ Februar



## St.Galler Gerichte

2009 auf der Kurzzeittherapie-Station hospitalisiert gewesen war. Als Diagnosen waren eine depressive Episode, schwergradig (ICD-10 F32.2), eine somatoforme Schmerzstörung, schwierige finanzielle und psychosoziale Umstände (ICD-10 Z56, Z59, Z60.1, Z60.2) sowie eine Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.2) genannt worden. Während der Behandlung habe sich eine diskrete Verbesserung der Symptomatik von einem initial schweren bis schliesslich weiterhin mittelgradig ausgeprägten depressiven Zustandsbild gezeigt. Dem Versicherten sei die Inanspruchnahme einer psychiatrischen Spitex empfohlen worden, was dieser jedoch abgelehnt habe. Bei Austritt war die Arbeitsfähigkeit auf 0 % eingestuft worden (IV-act. 116). In einem von der IV-Stelle daraufhin eingeholten Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 20. April 2009 wurde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes attestiert. Die Diagnosen hätten sich nicht verändert. Es liege eine schwere depressive Entwicklung mit emotionaler Labilität, Suizidalität, generalisierten und intensiven Schmerzen, Anhedonie und Schlafstörungen vor (IV-act. 123). In einer Stellungnahme vom 7. Mai 2009 merkte der regionale ärztliche Dienst (RAD) an, dass sich die Funktionsausfälle nur unwesentlich von dem im ABI-Gutachten erhobenen Befund unterschieden. Die von Dr. F.\_\_\_\_ angeführten Symptome entsprächen anhand der ICD-10 Kriterien nur einer leichten depressiven Episode. Somit könne auf das ABI-Gutachten abgestellt werden (IV-act. 124). In der Folge verfügte die IV-Stelle am 7. Mai 2009 im Sinn des Vorbescheides die Abweisung des Leistungsbegehrens, da dem Versicherten aus medizinischer Sicht eine mittelschwere Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei und der Invaliditätsgrad damit unter 40 % liege (IV-act. 125). Eine dagegen erhobene Beschwerde (IV-act. 127) wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 10. Mai 2011 ab (IV-act. 139 und 140).

A.d Am 31. Mai 2013 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 141). Er reichte einen Verlaufsbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2013, ein ärztliches Zeugnis seines damaligen Hausarztes Dr. med. J.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, vom 20. Februar 2013 sowie ein weiteres Zeugnis von Dr. J.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2013 ein. Beide Ärzte attestierten dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 142, 143 und 148). Nach Einholung eines weiteren Berichts bei Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 152) trat die IV-Stelle nach einem entsprechenden Vorbescheid (vgl. IV-act. 157) auf das Leistungsbegehren des Versicherten mit einer Verfügung vom 30. Januar 2014 nicht ein, da dieser nicht



glaubhaft dargelegt habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse wesentlich verändert hätten (IV-act. 164).

A.e Am 19. März 2015 reichte die Beratungsstelle Y.\_\_\_\_ stellvertretend für den Versicherten eine neue IV-Anmeldung ein (IV-act. 167 und 168). Sie machte geltend, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der letzten Abklärung ab Herbst 2014 relevant verschlechtert habe. Sie liess der IV-Stelle den Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2014 zukommen (IV-act. 169). Diesem war zu entnehmen, dass der Versicherte vom \_\_ Oktober bis \_\_ Dezember 2014 in der Klinik hospitalisiert gewesen war. Als Diagnosen nach ICD-10 waren eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, histrionen, und ängstlich-abhängigen Anteilen (F61.0) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) angegeben worden. Als somatische Diagnosen waren ein Status nach Steissbeinprellung vom Februar 2003 (S30.0) und eine Pityriasis versicolor (B36.0) genannt worden (IV-act. 169 S. 1). Der Bericht enthielt eine Familienanamnese, eine persönliche Anamnese bzw. eine Sozialanamnese sowie eine Krankheitsanamnese. Der Sozialanamnese war zu entnehmen, dass der Versicherte mittlerweile mit der X.\_\_\_\_ - Ehefrau verheiratet sei, welche in K.\_\_\_\_ lebe und mit welcher er einen \_\_- oder \_\_-jährigen Sohn habe (vgl. IV-act. 169 S. 3). Der Bericht enthielt ferner eine Beschreibung der unternommenen Therapieversuche und hielt abschliessend fest, dass sich der Versicherte im Verlauf des Aufenthaltes nicht auf das Therapieangebot habe einlassen können. Es müsse die Prognose erfolgen, dass er bei seinem schweren Krankheitsbild therapeutisch nicht mehr würde erreicht werden können (IV-act. 169 S. 4 und 5). Schliesslich fand sich in dem Bericht ein Einschub von Oberarzt med. pract. L.\_\_\_\_, wonach beim Versicherten eine chronifizierte, psychiatrische Erkrankung vorliege, welche sich oberflächlich betrachtet auf dem Hintergrund eines Bagatellunfalls entwickelt habe. Ein Bagatellunfall könne eine Kaskade in Gang setzen, an deren Ende ein invalidisierendes Leiden stehe. Die unbewusste Verarbeitung einer anhaltenden somatoformen Störung unterliege in der Regel zwei unbewussten Mechanismen. Zum einen könne es dazu kommen, dass der drohende innere psychische Zusammenbruch über eine sogenannte narzisstische Plombe aufgehalten und fixiert werde; zum anderen könne es zu einer histrionen Ausformung der Symptomatik nach dem unbewussten Motiv "Mein Körper spricht über



mein Leiden" kommen, was er als Arzt bei den diagnostischen Überlegungen zur der Erkrankung des Versicherten in den Vordergrund stelle. Früher seien solche Krankheitsbilder mit dem Begriff Hysterie umschrieben worden. Unbewusste Konflikte könnten demnach zu körperlichen Symptomen bis hin zu Lähmungserscheinungen oder Anfallsleiden führen. Es werde von einer schweren neurotischen Erkrankung gesprochen, welche von der populärmedizinischen Sichtweise des Simulantentums abzugrenzen sei. Den Menschen mit einer solchen Erkrankung würden von Institutionen, Fachkollegen und der Gesellschaft in abgeschwächter Form Simulantentum unterstellt. Es scheine auch ohne weiteres möglich, solche Patienten gesellschaftlich auszugrenzen, indem die somatoforme Schmerzstörung nicht mehr als invalidisierendes Leiden anerkannt werde. Unter dieser Ausgrenzung leide der Versicherte aktuell besonders, nicht nur wegen der finanziellen Probleme, sondern insbesondere auch aufgrund der entwertenden Grundhaltung seines Umfeldes und aufgrund der nicht vorhandenen Würdigung des schweren Leidens. Da es sich bei dem Versicherten nicht nur um eine histrionische Verarbeitung der psychischen Krisen, sondern auch um eine Persönlichkeitsstörung handle, liege eine schwere und komplexe psychiatrische Erkrankung vor, welche sich im Längsschnittverlauf zu einem invalidisierenden Leiden, begleitet von rezidivierenden, depressiven Episoden entwickelt habe. Somit könne alleine schon durch das Interaktionsverhalten aufgrund der Persönlichkeitsstörung nicht daran gedacht werden, den Versicherten zukünftig noch auf dem ersten Arbeitsmarkt vermitteln zu wollen. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 169 S. 5 und 6).

A.f Einem von der IV-Stelle im Juni 2015 bei Dr. F.\_\_\_\_ angeforderten Verlaufsbericht waren die nach ICD-10 gestellten Diagnosen rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (F33.11), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, abhängigen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (F61.0), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), Nikotinabusus (F17.1), Alleinleben (Z60.2), atypische familiäre Situation (Z60.1) sowie Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit, Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (Z56 und 59) zu entnehmen. Die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar, eine behinderungsangepasste Tätigkeit sowie das Belastungsprofil sollten in einem geschützten Rahmen überprüft werden (IV-act. 88).



## St.Galler Gerichte

A.g Mit einer Verfügung vom 15. Juli 2015 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen, da ihre Abklärungen ergeben hätten, dass aufgrund des Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien (IV-act. 185).

A.h Im Auftrag der IV-Stelle fand am 23. Oktober 2015 eine bidisziplinäre Begutachtung des Versicherten bei der Abklärungsstelle Z.\_\_\_\_ durch Dr. med. M.\_\_\_\_, FA Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Prof. Dr. med. habil. N.\_\_\_\_, FMH Neurologie, FMH Psychiatrie und Psychotherapie,SSIPM interventionelle Schmerztherapie, SGV Vertrauensarzt und Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, statt (IV-act. 193). Im psychiatrischen Gutachten vom 27. Oktober 2015 wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, reaktiv zum Schmerzgeschehen und psychosozialen Belastungsfaktoren im Querschnittsverlauf unterschiedlichen Ausmasses und im Längsschnitt leichter bis mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.0/1), gestellt. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Persönlichkeitsakzentuierung mit unreifen, narzisstischen und abhängig-ängstlichen Zügen (ICD-10 Z73.1) sowie multiple psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren genannt (IV-act. 193 S. 97 und 98). Dr. N.\_\_\_\_ erwähnte in seinem Gutachten, dass aus seiner Sicht seit Jahren die gleichen Argumentationen in den Berichten der behandelnden Ärzte bei einem weitgehend unveränderten psychischen Gesundheitszustand des Versicherten aufeinanderprallten. Bei der Untersuchung hätten sich im Vergleich mit den Vorbefunden des ABI-Gutachtens aus dem Jahr 2008 keine wesentlichen Veränderungen des Psychostatus mit Ausnahme gewisser Schwankungen in der Affektivität des Versicherten beschreiben lassen. Aus gutachterlicher Sicht seien somit keine IV-rechtlichen Gründe auszumachen, die eine Wiederanmeldung des Versicherten überhaupt hätten begründen können, da sich der psychische Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert habe. Die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, welche die Neuanmeldung im Wesentlichen begründet habe, lasse sich nicht stützen (IV-act. 193 S. 93). Der Versicherte sei ohne Hinweise auf Traumatisierungen während seiner Kindheit und Jugend aufgewachsen. Die neurosenbiografische Anamnese habe auch in der gutachterlichen Untersuchung keine Hinweise auf Verhaltensabnormitäten oder zwischenmenschliche Probleme seit der



Kindheit und Jugendzeit gebracht. Im zwischenmenschlichen Bereich habe der Versicherte in der Herkunftsfamilie, der Schulzeit, der Militärzeit und der Zeit seiner Berufstätigkeit keine Probleme gehabt. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung setze allerdings die Entwicklung einer solchen Diagnose in der Kindheit und Jugendzeit mit Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche voraus. Die klassifikatorischen Bedingungen seien somit nicht gegeben. Richtig sei, dass der Versicherte die lebensbelastenden psychosozialen Faktoren unreif narzisstisch abwehre, was Dr. F.\_\_\_\_ jahrelang als Persönlichkeitsakzentuierung mit unreifen, narzisstischen und abhängig-ängstlichen Anteilen gekennzeichnet habe (IV-act. 193 S. 90). Die somatoforme Schmerzstörung werde gerade durch diese Abwehr aufrechterhalten und erlaube es dem Versicherten, sich seiner menschlich nachvollziehbar schwierigen Lebenssituation nicht stellen zu müssen. Der Versicherte habe sich in die Rolle des Kranken zurückgezogen (IV-act. 193 S. 92). Eine Teilnahme an alltagsstrukturierenden und arbeitsvorbereitenden Programmen sei wünschenswert, jedoch stünden dem selbstlimitierende Faktoren und die fehlende Motivation des Versicherten entgegen (IV-act. 193 S. 96). Der Versicherte schöpfe die therapeutischen Massnahmen nicht aus, auch wenn die Medikamentenspiegel eine Compliance hinsichtlich der Medikamenteneinnahme gezeigt hätten. Ferner sei anzumerken, dass das Aktivitätsniveau nur minimal eingeschränkt zu sein scheine und als diskrepant zur gezeigten Symptomatologie stehe (IV-act. 193 S. 97). Der Versicherte sei beispielsweise bei Fahrten nach K.\_\_\_\_ zu seiner Familie trotz seiner Schmerzstörung und den psychischen Problemen in der Lage, eine 17-stündige Autofahrt auf sich zu nehmen, was inkonsistent zu seinem beruflichen Wiedereingliederungsverhalten zu werten sei (vgl. IV-act. 193 S. 96). Auch hätten sich Inkonsistenzen hinsichtlich des vor der Untersuchung beobachteten Verhaltens des Versicherten und desjenigen in der Untersuchung gezeigt (IV-act. 193 S. 95). Während sich der Versicherte beim Warten auf die Untersuchung unauffällig mit seiner Schwerster im Auto unterhalten habe, habe er sich in der Befundschilderung sehr klagsam verhalten, angespannt gewirkt und seine Beschwerden theatralisch vorgetragen. Er sei immer wieder heftig aus dem Sessel gesprungen und habe heftig gestikuliert. In der Befundschilderung habe er stark verdeutlichend gewirkt. Sein Verhalten während der Exploration sei stark divergierend zum Verhalten im Auto seiner Schwester gewesen (vgl. IV-act. 193 S. 73). Psychosoziale Belastungsfaktoren dominierten das psychopathologische Bild (IV-act.



193 S. 95). Aufgrund der Schmerzen und der affektiven Störungen sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bezogen auf ein Vollzeitpensum in der zuletzt ausgeübten und adaptierten Tätigkeit auszugehen. Somit teile er die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Vorgutachtens des ABI vom 18. November 2008. Die Diskrepanz zur Arbeitsfähigkeitsschätzung der Behandler ergebe sich, neben den Abweichungen in der Diagnosestellung, vor allem daraus, dass die Behandler psychosoziale und soziokulturelle Faktoren in die Bewertung der Arbeitsunfähigkeit eingeschlossen hätten. Diese dürften jedoch gemäss den IV-rechtlichen Bestimmungen in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht bewertet werden (IV-act. 193 S. 99). Im orthopädisch-traumatologischen Fachgutachten vom 2. November 2015 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit altersentsprechend diskrete degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule betont im Segment LWK5/SWK1 und altersentsprechend degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule im Segment C 6/7 genannt (IV-act. 193 S. 146). Dr. M.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten aus, dass die Begutachtungssituation von einer auffallenden Diskrepanz zwischen den anamnestisch geschilderten Beschwerden, den demonstrierten Bewegungsmustern sowie der klinischen Untersuchung geprägt gewesen sei (vgl. IV-act. 193 S. 151). Der Versicherte habe das Untersuchungszimmer mit betont langsamem, rechts hinkendem Gangbild mit vorgebeugter Körperhaltung betreten. Das verlangsamte, diskret rechts hinkende Gangbild sei allerdings bei den verschiedenen Gangvarianten inkonsistent ausgeprägt gewesen. Die erschwerten Gangarten wie Fersenstand und Fersengang, Zehenstand und Zehengang sowie das Rückwärtsgehen mit geschlossenen Augen seien vom Versicherten beidseits verlangsamt, jedoch frei durchgeführt worden. Der Versicherte habe angegeben, dass er einen Einbeinstand aufgrund der Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule nicht durchführen könne, woraufhin Dr. M.\_\_\_\_ ihm erklärt habe, dass er ohne einen jeweiligen kurzzeitigen Einbeinstand nicht in der Lage wäre, zu gehen. Daraufhin sei dem Versicherten jeweils kurzzeitig ein beidseitiger Einbeinstand möglich gewesen. Als der Versicherte von dem rechten auf das linke Bein gewechselt habe, habe er kurzzeitig seine Augen geöffnet, um die Position von Dr. M.\_\_\_\_ wahrzunehmen. Daraufhin habe sein gesamtes rechtes Bein unwillkürlich zu zittern begonnen und er habe angegeben, im rechten Bein keine Kraft mehr zu haben. Nachdem Dr. M.\_\_\_\_ eine Hilfestellung angeboten und die Unterarme des Versicherten umfasst habe, habe das Zittern im Bereich des rechten Beines augenblicklich



aufgehört. Auch als der Versicherte aufgefordert worden sei, ein wechselseitiges monopedaales Einbeinhüpfen zu demonstrieren, habe er zunächst angegeben, dies aufgrund von Schmerzen nicht ausüben zu können. Als Dr. M.\_\_\_\_ den Versicherten an den Händen gefasst habe und ihm seine Hilfestellung, jedoch ohne aktive Stabilisierung, angeboten habe, sei es dem Versicherten möglich gewesen, ein sicher anmutendes rechts- und linksseitiges monopedaales Einbeinhüpfen zu demonstrieren. Bei der gezielten klinischen Untersuchung habe der Versicherte die Rumpfbeuge mit einem Finger-Boden-Abstand von 47 cm durchgeführt. Bei einer nachfolgenden weniger offensichtlichen Überprüfung desselben Bewegungsmusters im Langsitz habe er seine Fingerspitzen den Zehenspitzen bis auf 5 cm annähern können. Die Mobilität der Halswirbelsäule habe sich zunächst in der aktiven Bewegungsführung multidirektional eingeschränkt gezeigt. Unter ablenkender Gesprächsführung habe hingegen eine freie Mobilität der Halswirbelsäule sowohl für die Vor- und Rückneigung als auch für die Seitenneigung sowie für die Rotation bestanden. Sowohl der Waddell'sche Stauchungstest der Halswirbelsäule als auch der Waddell'sche Rumpfdrehungstest seien beim Versicherten positiv auslösbar gewesen, was auf eine bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz seitens des Versicherten hinweise. Auch habe der Versicherte während der ca. 60-minütigen Anamneseerhebung in ruhiger Sitzposition ohne schmerzbedingte Gewichtsverlagerung verharret und er habe kein schmerzbedingtes Umhergehen demonstriert. Das Entkleiden des Oberkörpers habe zügig und routiniert erfolgen können. Das Ablegen der angelegten Herrenhalbschuhe sei uneingeschränkt erfolgt und der Versicherte habe dabei keine Ausweichbewegungen demonstriert (IV-act. 193 S. 153 f.). Aus versicherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht sei der Versicherte ab dem 22. April 2003 sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in adaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Nicht zumutbar seien dem Versicherten lediglich Schwerst- und Schwerarbeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltungen mit Haltungskonstanz, Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten körpernah über 15 Kg ohne technische Hilfsmittel, Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten körperfern über 10 Kg ohne technische Hilfsmittel, Arbeiten unter ständiger Rumpfvorbeuge, ständiges Heben von Lasten über die Horizontale sowie ständiges repetitives Bücken (IV-act. 193 S. 156 f.). In einer von Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_ unterzeichneten bidisziplinären Zusammenfassung vom 12. November 2015 wurden die Diagnosen und Schätzungen der Arbeitsfähigkeit



nochmals wiederholt. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde aus bidisziplinärer Sichtweise zusammenfassend festgehalten, dass der Versicherte in Übereinstimmung mit dem Vorgutachten in allen Tätigkeiten quantitativ zu 20 % bezogen auf ein Vollpensum in seiner mittel- und langfristigen Arbeitsfähigkeit anhaltend eingeschränkt sei. Während der stationären Aufenthalte habe definitionsgemäss eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Zudem hätten sich qualitative Einschränkungen im Rahmen der oben ausgeführten orthopädischen Spezifikation ergeben (IV-act. 193 S. 1 ff.).

A.i Gestützt auf dieses Gutachten erliess die IV-Stelle am 19. Februar 2016 einen Vorbescheid, laut dem sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der letzten Begutachtung im Jahre 2008 nicht wesentlich verändert hatte. Bei einer 80%igen Arbeitsfähigkeit und einem Invaliditätsgrad von 20 % müsse das Rentengesuch abgelehnt werden (IV-act. 197). In einer E-Mail vom 4. März 2016 gelangte Dr. J.\_\_\_\_ mit der dringenden Bitte um eine Neubewertung der Situation an die IV-Stelle: Wenn der Versicherte keine IV-Rente bekomme, dann könnten gleich alle Versicherten an das Sozialamt verwiesen werden. Der Vorbescheid beruhe auf der Annahme einer 80%igen Arbeitsfähigkeit. Seit fünf Jahren erlebe er dies völlig anders. Er sei wirklich kein Arzt, welcher den Patienten leichtfertig und kritiklos eine IV-Rente in Aussicht stelle, jedoch möchte er in diesem Fall darum bitten, dass der Patient in Augenschein genommen werde. Man müsse kein Arzt sein, um zu erkennen, dass dieser Mann krank sei. Der Versicherte sei seit dem Jahre 2011 in seiner Behandlung und seither an keinem einzigen Tag auch nur annähernd in einem Zustand gewesen, der eine Arbeitsaufnahme möglich gemacht hätte (IV-act. 200). Nach einem Einwandschreiben des Versicherten vom 29. März 2016 (IV-act. 203) wurde Prof. N.\_\_\_\_ um eine Stellungnahme gebeten (vgl. IV-act. 205 ff.). In einem Schreiben vom 30. Juni 2016 bekräftigte Prof. N.\_\_\_\_ die im Gutachten aus seiner Sicht ausführlich begründeten und fachlich korrekten Ausführungen. Er habe in seinem Gutachten die Diagnosen der Behandler zur Kenntnis genommen und ausführlich kommentiert. Der Rechtsvertreter des Versicherten setze sich inhaltlich nicht mit den gutachterlichen Stellungnahmen auseinander, sondern versuche lediglich, seine Standpunkte durchzuboxen. Fachliche Vorwürfe seien nicht vorgebracht worden. Zu den zahlreichen Rechtsanwenderstellungen äussere er sich als medizinischer Gutachter nicht (IV-act. 208). Der RAD hielt in einer Stellungnahme vom 20. Juli 2016 fest, dass die



Ausführungen im Einwandschreiben nicht geeignet seien, das Gutachten von Prof. N.\_\_\_\_ in Frage zu stellen und weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen (IV-act. 209). Mit Schreiben vom 12. August 2016 folgte eine erneute Stellungnahme des Beschwerdeführers, in welchem er bestritt, in seinem Einwandschreiben keine fachlichen Vorwürfe vorgebracht zu haben. Der Umstand, dass er psychiatrischer Laie sei, ändere nichts daran, dass er auf die in der Literatur beschriebenen Zusammenhänge und deren Diskrepanzen zum Gutachten hinweisen dürfe. Die Diskrepanzen würden von Prof. N.\_\_\_\_ nicht aufgelöst (IV-act. 211). Am 6. Oktober 2016 liess der RAD verlauten, dass sich Prof. N.\_\_\_\_ zu den ihn betreffenden Anmerkungen sehr wohl geäussert habe. Der RAD habe sich überdies sehr intensiv und kritisch mit dem Bericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2014 auseinandergesetzt mit dem Ergebnis, dass die dort dargelegte, sehr persönlich gefärbte Meinung des Oberarztes Dr. L.\_\_\_\_ nicht als Grundlage für die gern gesehene Berentung habe akzeptiert werden können. Aus diesem Grund sei eine gutachterliche Abklärung in Auftrag gegeben worden. Im Gegensatz zu Prof. N.\_\_\_\_ habe sich Dr. L.\_\_\_\_ nicht mit der Frage auseinandersetzen müssen, ob der psychische Zustand des Versicherten ausschliesslich oder zumindest überwiegend durch die desolante psychosoziale Situation bestimmt sei. Jedenfalls sei die von Dr. L.\_\_\_\_ in den Raum gestellte Persönlichkeitsstörung nicht nach den ICD-10 Kriterien abgeleitet worden. Ein auffälliges Sozialverhalten könne natürlich zu einer Unzumutbarkeit für einen Arbeitgeber oder für die Arbeitskollegen führen, weswegen aber noch nicht eine Arbeitsfähigkeit ausschliessende psychiatrische Erkrankung vorliege (IV-act. 212).

A.j Mit einer Verfügung vom 7. Oktober 2016 wurde der Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente entsprechend dem Vorbescheid schliesslich abgelehnt (IV-act. 213).

B.

B.a Gegen diese Verfügung reichte der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 3. November 2016 eine Beschwerde ein. Darin beantragte er, dass die Verfügung der IV-Stelle vom 7. Oktober 2016 aufzuheben sei. Es sei ein unabhängiges, gerichtliches (eventualiter behördliches) polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Dem Beschwerdeführer sei eine gesetzmässige Rente ab dem gesetzlichen Zeitpunkt zu gewähren. Eventualiter sei die Sache zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz



## St.Galler Gerichte

zurückzuweisen. Ihm sei überdies die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu gewähren (act. G 1).

B.b Mit ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 2016 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

B.c Dem Gesuch um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege für das Verfahren vor dem Versicherungsgericht wurde am 4. Januar 2017 entsprochen (act. G 6).

B.d In seiner Replik vom 27. Februar 2017 hielt der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde gestellten Anträgen vollumfänglich fest (act. G 10).

B.e In einem Schreiben vom 7. März 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik (act. G 12).

## Erwägungen

1.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2016 das Rentengesuch des Beschwerdeführers vom 19. März 2015 abgewiesen (IV-act. 213). Zu prüfen ist, ob der Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint worden ist.

2.

2.1 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss 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 wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.2 Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen einer Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; BGE 115 V 134 E. 2). 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

3.

Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Ablehnung des Rentenanspruchs vorwiegend auf das psychiatrisch-orthopädische Gutachten der Abklärungsstelle Z.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 213). Gegen das orthopädische Teilgutachten bringt der Beschwerdeführer keine konkreten Einwände vor (vgl. act. G 1). Es sind auch keine Mängel an diesem



Teilgutachten ersichtlich. Vielmehr erscheint es stimmig und schlüssig (vgl. dazu auch E. 3.4). Demgegenüber macht der Beschwerdeführer Mängel des psychiatrischen Teilgutachtens von Prof. N.\_\_\_\_ geltend (vgl. act. G 1), worauf nachfolgend genauer einzugehen ist.

### 3.1

3.1.1 Zunächst bringt der Beschwerdeführer vor, dass sich Prof. N.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten unzulässigerweise mit einer Rechtsfrage befasst habe. Er habe ausgeführt, dass die Diskrepanz zwischen seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung und derjenigen der behandelnden Ärzte sich unter anderem daraus ergebe, dass die behandelnden Ärzte in ihre Arbeitsfähigkeitsschätzungen psychosoziale und soziokulturelle Faktoren miteingeschlossen hätten. Prof. N.\_\_\_\_ habe sich auf den Standpunkt gestellt, dass psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nach den IV-rechtlichen Bestimmungen in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht bewertet werden dürften. Diese Auffassung sei falsch. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung liege zwar keine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung vor, soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren selbständige und insofern direkte Ursachen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien. Wenn und soweit solche Umstände jedoch zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führten, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhielten oder den Wirkungsgrad seiner Folgen verschlimmert, könnten sie sich sehr wohl mittelbar invaliditätsbegründend auswirken. Prof. N.\_\_\_\_ sei somit von einer falschen Rechtsauffassung ausgegangen. Generell sei es nicht die Aufgabe eines Gutachters, Rechtsfragen zu erörtern. Ein Gutachten, welches aus vermeintlichen Rechtsgründen medizinische Befunde einschränke, sei unverwertbar (act. G 1 S. 7 ff.)

3.1.2 Die Beschwerdegegnerin macht demgegenüber geltend, dass entsprechend der neuen Schmerzrechtsprechung des Bundesgerichts die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der normativ vorgegebenen Kriterien sowohl Aufgabe der Ärzte als auch der Organe der Rechtsanwendung sei. Die Rechtsanwender würden dabei die medizinischen Angaben frei prüfen, insbesondere darauf, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten hätten. So sei zu prüfen, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt hätten, welche Folgen der



gesundheitlichen Beeinträchtigung seien, und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektiven Grundlage erfolgt sei. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades sei nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sei (act. G 5 S. 5).

3.1.3 Es ist dem Beschwerdeführer darin zuzustimmen, dass die Hauptaufgabe der beauftragten medizinischen Expertinnen und Experten die Beurteilung allfälliger Gesundheitsschäden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist. Die Rechtsanwendung ist primär Aufgabe der rechtsanwendenden Behörden und nicht der Ärzte (vgl. E. 2.2). Wie die Beschwerdegegnerin allerdings richtig erkannt hat, haben sich die Gutachter bei ihren Aufträgen an den normativen Rahmenbedingungen zu orientieren, weshalb es ihnen gar nicht möglich ist, sämtliche rechtlichen Aspekte auszublenden. Der Gutachtensauftrag, an welchem sich der Gutachter auszurichten hat, wird von der rechtsanwendenden Behörde gestellt. Das Bundesgericht hat denn auch vor nicht allzu langer Zeit in einem Urteil festgehalten, dass in der Medizin heute vorherrschend von einem umfassenden bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff ausgegangen werde, während dieser Krankheitsbegriff im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG nicht massgebend sei. Dies mache deutlich, dass die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit nicht erbringen könne, weil sie zu weiten Teilen vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt (BGE 143 V 418 E. 6). Damit hat das Bundesgericht zum Ausdruck gebracht, dass es durchaus zulässig ist, dass ein medizinisch Sachverständiger sich mit den normativen Vorgaben befasst, indem er erklärt, an welchen Leitlinien er sich orientiert hat und welche Umstände er für seine Arbeitsfähigkeitsschätzungen berücksichtigt hat. Aus juristischer Sicht ist es sogar wünschenswert, dass ein Gutachter ausführt, welche Faktoren er bei seiner Einschätzung berücksichtigt hat und welche nicht. Demnach ist es keineswegs zu beanstanden, dass Prof. N. \_\_\_ gewisse normative Gesichtspunkte erwähnt hat. Vielmehr stärkt es die Beweiskraft seiner gutachterlichen Ausführungen. Auch kann ihm nicht vorgeworfen werden, dass er medizinische Befunde aus vermeintlichen



Rechtsgründen eingeschränkt habe. Es ist nicht zu beanstanden, dass Prof. N.\_\_\_\_ bei der Schätzung der medizinischen Arbeitsunfähigkeit auf die gesundheitlichen Einschränkungen, die möglicherweise auch durch psychosoziale Faktoren beeinflusst sind, abgestellt hat. Denn für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit primär entscheidend sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. Art. 6 ATSG; Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. BGE 143 V 418 E. 6). Sodann spricht es auch für Prof. N.\_\_\_\_, dass er sich mit den medizinischen Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt und zu erklären versucht hat, warum diese zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gekommen sind. Neben Unterschieden in der Diagnosestellung, die Prof. N.\_\_\_\_ im Gutachten einlässlich erläutert, erklärt er sich die Abweichungen damit, dass die behandelnden Ärzte auch noch andere Faktoren wie beispielsweise sprachliche Schwierigkeiten, welche die Arbeitsaufnahme erschweren, jedoch nicht gesundheitsbedingt sind, mit der medizinischen Arbeitsunfähigkeit vermischt hätten (vgl. IV-act. 193). Die Abweichungen zwischen den verschiedenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen können jedoch auch dadurch bedingt sein, dass Hausärzte und behandelnde Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung geneigt sein können, eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014 E. 7.2). Ferner hat sich Prof. N.\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung auch an den normativen Kriterien der neuen Schmerzrechtsprechung orientiert (vgl. IV-act. 193 S. 8 und S. 94 ff.; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.2 und BGE 141 V 281). Nach dem Gesagten sind die Anmerkungen zu den normativen Vorgaben im Gutachten von Prof. N.\_\_\_\_ nicht zu beanstanden.

### 3.2

3.2.1 Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, dass Prof. N.\_\_\_\_ die von der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 11. Dezember 2014 gestellte Diagnose der Persönlichkeitsstörung als falsch bezeichnet habe, ohne dies jedoch schlüssig zu begründen. Prof. N.\_\_\_\_ erachte die Diagnose der Persönlichkeitsstörung als falsch, weil bei ihm, dem Beschwerdeführer, in der Kindheit keine traumatischen Ereignisse bestanden hätten. Solche brauche es aber gemäss ICD-Klassifikation gar nicht (vgl. act. G 1 S. 9). Demgegenüber erachtet die Beschwerdegegnerin die Ausführungen von Prof. N.\_\_\_\_ als schlüssig (vgl. act. G 5 S. 4 und 6). Insbesondere habe sich Prof. N.\_\_\_\_ mit den abweichenden Einschätzungen in den Vorakten



auseinandergesetzt und in diesem Zusammenhang dargelegt, dass die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollziehbar sei (vgl. act. G 5 S. 6)

3.2.2 Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers begnügt sich Prof. N.\_\_\_\_ nicht damit, die Persönlichkeitsstörung wegen fehlender traumatischer Ereignisse in der Kindheit zu verneinen. Vielmehr zeigt er gesamthaft auf, dass sich allfällige Beziehungsstörungen nicht in die Jugend oder Kindheit des Beschwerdeführers legen lassen (vgl. IV-act. 193 S. 90). Der Beschwerdeführer führt in seiner Beschwerdeschrift selber aus, dass solche Störungen typischerweise immer in der Kindheit oder Jugend begännen und sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestierten (vgl. act. G 1 S. 9). Weiter bringt der Beschwerdeführer dann zwar vor, dass die von der Klinik H.\_\_\_\_ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung keine traumatischen Ereignisse oder Beziehungsprobleme voraussetze. Gleichzeitig zitiert er jedoch Literatur, welche den Ursprung dieser Störung in der Erziehung und Beziehung zu den Eltern sucht (vgl. act. G 1 S. 9 ff.). Die sich teilweise widersprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers hinsichtlich der Diagnose der Persönlichkeitsstörung vermögen keine Zweifel an der Diagnosestellung von Prof. N.\_\_\_\_ zu erwecken. Die Erklärung, mit welcher Prof. N.\_\_\_\_ die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ablehnt, erscheint als in sich stimmig und schlüssig (vgl. z.B. IV-act. 193 S. 89). In Übereinstimmung mit den Ausführungen von Prof. N.\_\_\_\_ ist bereits im ABI-Gutachten aus dem Jahr 2008 festgehalten worden, dass die normale Sozialisation und die vorbestehende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sprächen (vgl. IV-act. 193 S. 90 und 103 S. 13 f.). Auch setzen sich die gutachterlichen Ausführungen von Prof. N.\_\_\_\_ mit der abweichenden Diagnosestellung der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ einlässlich auseinander (vgl. v.a. IV-act. 193 S. 89, 90, 92, 93 und 94). Zudem ist Dr. F.\_\_\_\_, soweit ersichtlich, bis zum Aufenthalt des Beschwerdeführers in der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ im Dezember 2014 ebenso wie Prof. N.\_\_\_\_ von der Diagnose einer unreifen, einfach strukturierten, ängstlich-abhängigen Persönlichkeitsstruktur ausgegangen (vgl. z.B. IV-act. 152).

3.3



3.3.1 Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, dass die psychiatrische Klinik H.\_\_\_\_ in ihrem Austrittsbericht vom 11. Dezember 2014 von einem schweren chronifizierten Krankheitsbild ausgegangen sei, welches klarerweise invalidisierend sei. Neben der kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, histrionen und ängstlich-abhängigen Anteilen sowie der vormals bekannten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei in der Klinik H.\_\_\_\_ neu auch eine rezidivierende depressive Störung, schwere Episode, diagnostiziert worden (act. G 1 S. 5). Prof. N.\_\_\_\_ gehe von einer rezidivierenden depressiven Störung, reaktiv zum Schmerzgeschehen und zu psychosozialen Belastungsfaktoren im Querschnittverlauf unterschiedlichen Ausmasses und im Längsschnitt leichte bis mittelgradige Ausprägung aus. Allerdings begründe Prof. N.\_\_\_\_ seine Depressionsdiagnose nicht und verkenne, dass die im ABI-Gutachten vom 18. November 2008 diagnostizierte depressive Episode offensichtlich eine andere Diagnose als die zwischenzeitlich gestellte rezidivierende depressive Störung von mittelschwerem bis schwerem Ausmass sei (vgl. act. G 1 S. 11 f.). Die in der Klinik H.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen seien nach einem stationären Aufenthalt von mehreren Wochen unter entsprechend langfristiger Beobachtung und Befunderhebung erkannt worden. Von Prof. N.\_\_\_\_ sei er lediglich während knapp zwei Stunden exploriert worden, was mit einem stationären Klinikaufenthalt offensichtlich nicht vergleichbar sei (act. G 1 S. 5 und 9). Er habe auch die aus fächärztlicher Sicht indizierten und ihm jeweils empfohlenen, zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise befolgt, soweit ihm dies krankheitsbedingt überhaupt möglich gewesen sei (act. G 1 S. 6).

3.3.2 Die Beschwerdegegnerin erachtet die im psychiatrischen Gutachten von Prof. N.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen als nachvollziehbar begründet (vgl. act. G 5 S. 4 f.). Hinsichtlich der teilweise abweichenden Beurteilungen der behandelnden Fachärzte hält die Beschwerdegegnerin fest, dass eine psychiatrische Exploration praktisch nicht ermessensfrei erfolgen könne, weshalb zumeist ein gewisser Spielraum bestehe, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich seien. Dies sei zu respektieren, sofern der Experte lege artis vorgegangen sei. Zudem sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagten. Was die Dauer der Exploration betreffe, so dringe der Beschwerdeführer mit seiner Kritik ebenfalls nicht durch. Es liege in der



Natur der Sache, dass sich eine psychiatrische Begutachtung nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum stützen könne wie Berichte behandelnder Fachleute. Dies allein vermöge den Beweiswert einer Expertise jedoch nicht zu schmälern. Im konkreten Fall habe Prof. N.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer sehr sorgfältig und in Kenntnis der Vorakten exploriert, wie die detaillierten Angaben in seinem Gutachten eindeutig belegten. Es bestünden keine konkreten Hinweise darauf, dass sich die Untersuchungsdauer von immerhin zweieinhalb Stunden negativ auf die Qualität des Gutachtens ausgewirkt hätte (vgl. act. G 5 S. 4).

3.3.3 Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers hat Prof. N.\_\_\_\_ seine Depressionsdiagnose nicht unbegründet gelassen. Vielmehr hat er in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass es sich bei der depressiven Störung um eine Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung handle, deren Ausmass auch von psychosozialen Faktoren abhängig sei (vgl. IV-act. 193 S. 94). Ferner ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen, dass bei den psychiatrischen Diagnosestellungen zumeist ein gewisser Ermessensspielraum besteht, welcher unterschiedliche Beurteilungen zu erklären vermag. Wie bereits ausgeführt, gilt es auch dabei zu berücksichtigen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung eher geneigt sein können, zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen (vgl. E. 3.1.3). Prof. N.\_\_\_\_ hat auch nicht verkannt, dass im ABI-Gutachten aus dem Jahre 2008 die Diagnose einer leichten depressiven Episode gestellt worden ist (vgl. IV-act. 193 S. 89). Er hat die von den verschiedenen Ärzten gestellten Diagnosen in seinem Gutachten aufgelistet und kommentiert (vgl. IV-act. 193 S. 86 ff.). Aus diesen gutachterlichen Erläuterungen geht auch hervor, dass Dr. F.\_\_\_\_ bereits in ihrem Bericht vom 19. Dezember 2007 eine depressive Störung mittelschwerer bis periodisch schwerer Ausprägung gestellt hatte (vgl. IV-act. 193 S. 88; vgl. ferner IV-act. 97). Diese Diagnosestellung hatte somit bereits vor dem ABI-Gutachten aus dem Jahr 2008 im Raum gestanden, während das ABI-Gutachten lediglich von einer leichten depressiven Episode ausgegangen ist (vgl. IV-act. 103). Der Umstand, dass Dr. F.\_\_\_\_ oder die psychiatrische Klinik H.\_\_\_\_ in neueren Berichten von einer rezidivierenden depressiven Störung mittleren oder schweren Ausmasses ausgehen, deutet demnach nicht ohne weiteres auf eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit der ABI-Begutachtung vom 18. November 2008 hin. Schliesslich ist auch die Compliance des Beschwerdeführers entgegen seiner Darstellung keineswegs makellos. Bereits im orthopädischen



Teilgutachten des ABI-Gutachtens aus dem Jahr 2005 ist von einer deutlichen Selbstlimitation des Beschwerdeführers die Rede (vgl. IV-act. 66 S. 12). Im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vom 1. März 2007 ist darauf hingewiesen worden, dass der Beschwerdeführer die auf Aktivierung ausgerichteten Therapiemöglichkeiten abgelehnt habe und eine auf Schonung und Regression ausgerichtete Krankheitsverarbeitung gezeigt habe (IV-act. 117). Dem ABI-Gutachten vom 18. November 2008 ist zu entnehmen, dass sich die Werte im Blut des Beschwerdeführers hinsichtlich der vermeintlich eingenommenen Antidepressiva unter der Nachweisgrenze befunden haben (vgl. IV-act. 103 S.10 und 13). Ferner ist in diesem Gutachten darauf hingewiesen worden, dass der Beschwerdeführer Reisen unternehmen könne, jedoch sich aufgrund der Schmerzen nicht arbeitsfähig fühle (IV-act. 103 S. 14). Im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2014 ist erneut festgehalten worden, dass sich der Beschwerdeführer nicht auf das Therapieangebot habe einlassen können (vgl. IV-act. 169 S. 4). Zwar heisst es in diesem Bericht auch, dass der Versicherte aufgrund seines schweren Krankheitsbildes therapeutisch nicht mehr angegangen werden könne (vgl. IV-act. 169 S. 5), jedoch erscheint der Bericht stark subjektiv geprägt, wie dies auch der RAD in seiner Stellungnahme vom 6. Oktober 2016 ausgeführt hat (vgl. IV-act. 212). Schliesslich weist auch Dr. M.\_\_\_\_ in seinem orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten auf zahlreiche Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers hin (vgl. IV-act. 193 S. 103 ff.) und Prof. N.\_\_\_\_ geht ebenfalls von einer regressiv-selbstlimitierenden Verhaltensweise des Beschwerdeführers aus (vgl. IV-act. 193 S 97). Was die Dauer der Exploration betrifft, hat die Beschwerdegegnerin zutreffend ausgeführt, dass es in der Natur der Sache liegt, dass sich eine psychiatrische Begutachtung nicht auf denselben Beobachtungszeitraum stützen kann wie die Berichte behandelnder Ärzte. Der Beweiswert eines Gutachtens wird allein dadurch nicht geschmälert (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2012, 9C\_671/2012, E. 4.5). Der Beschwerdegegnerin ist auch darin zuzustimmen, dass vorliegend keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich sind, dass die Dauer der Untersuchung keine seriöse Beurteilung des Beschwerdeführers erlaubt hätte.

3.4 Die seitens des Beschwerdeführers vorgetragene Einwände hinsichtlich des Z.\_\_\_\_-Gutachtens erweisen sich nach dem Gesagten als unbegründet. Das Gutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend.



Die medizinischen Vorakten und die von dem Beschwerdeführer geklagten Beschwerden sind berücksichtigt worden. Die bescheinigte Arbeitsfähigkeit leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auf die zahlreichen Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers hinzuweisen, welche nicht nur das psychiatrische, sondern auch das orthopädisch-traumatologische Teilgutachten aufgezeigt haben (vgl. IV-act. 193). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im bidisziplinären Z.\_\_\_-Gutachten stimmt im Wesentlichen auch mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI-Gutachtens aus dem Jahr 2008 überein (vgl. IV-act. 103 S. 18 f.). Das Z.\_\_\_-Gutachten erscheint in seiner Gesamtheit nachvollziehbar und schlüssig. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten nicht berücksichtigt worden wären. Unter Beachtung der normativen Standardindikatoren sind Prof. N.\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_ in ihrer bidisziplinären gutachterlichen Zusammenfassung vom 7. November 2015 zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer über eine 80%ige Arbeitsfähigkeit sowohl in seiner bisherigen Tätigkeit als auch in adaptierten Tätigkeiten verfüge. Nicht zumutbar sind dem Beschwerdeführer laut dem Gutachten lediglich Schwerst- und Schwerarbeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltungen mit Haltungskonstanz, Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten körpernah über 15 Kg ohne technische Hilfsmittel sowie Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten körperfern über 10 Kg, Arbeiten unter ständiger Rumpfvorbeuge, ständiges Heben von Lasten über die Horizontale sowie ständiges repetitives Bücken (vgl. IV-act. 193 S. 3 f.). Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des bidisziplinären Z.\_\_\_-Gutachtens kann nach dem Gesagten abgestellt werden. Folglich besteht auch kein weiterer medizinischer Abklärungsbedarf.

4.

4.1 Ausgehend von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.1).

4.2 Vorliegend ist sowohl hinsichtlich des (hypothetischen) Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Tätigkeitsbereich zugrunde zu



legen, da der Beschwerdeführer sowohl in einer adaptierten als auch in seiner angestammten Tätigkeit als angelernter Fahrzeugwart zu 80 % arbeitsfähig ist. Demnach kann ein so genannter Prozentvergleich vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75). Ein solcher Abzug ist vorliegend gerechtfertigt, da es sich bei der verbliebenen Arbeitsfähigkeit von 80 % um einen Mittelwert handelt, der dem Umstand keine Rechnung trägt, dass der Beschwerdeführer seine verbliebene Leistungsfähigkeit nur schwankend und damit schwer planbar wird erbringen können. Für einen potentiellen, betriebswirtschaftlich-ökonomisch denkenden Arbeitgeber stellen die Leistungsschwankungen und damit die schlechte Planbarkeit hinsichtlich des täglichen Arbeitsergebnisses des Beschwerdeführers erhebliche betriebswirtschaftliche Nachteile dar, die er lohnmindernd berücksichtigen muss. Zudem muss er das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen einkalkulieren. Das rechtfertigt zusammenfassend einen praxisgemässen Tabellenlohnabzug von 15 %. Unter Berücksichtigung des Arbeitsunfähigkeitsgrades von 80 % ergibt sich folglich ein Invaliditätsgrad von 32 % (=  $100 \% - 85 \% \times 80 \%$ ). Damit sind die Voraussetzungen für die Zusprache einer Rente der Invalidenversicherung nicht erfüllt, weshalb sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechtmässig erweist.

5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Oktober 2016 abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzugunsten unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

5.2 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der



## St.Galler Gerichte

Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

5.3 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, 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.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).