

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/373 vom 23. Februar 2003**

Sg Versicherungsgericht, 2003-02-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2016\\_373](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_373)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/373 du 23 février 2003

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/373 del 23 febbraio 2003

## **Regeste**

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

## **Erwägungen**

### **E. 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.

### **E. 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).

### **E. 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.

#### **E. 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 verschlimmerten, 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.

## **E. 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).

## **E. 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 ge-stellte 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 aussagen. 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.

#### **E. 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.

#### **E. 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. 1bis 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. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

5.2 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der 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 Rechtsverteiständung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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