

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/309 vom 8. September 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-09-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_309](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_309)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/309 du 8 septembre 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/309 del 8 settembre 2020

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Gemäss einem beweiskräftigen Gutachten ist der Beschwerdeführer zu 80 % arbeitsfähig. Da er auch seine angestammte Tätigkeit in diesem Umfang noch ausüben könnte, ist der Invaliditätsgrad durch einen Prozentvergleich zu ermitteln. Somit besteht kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. September 2020, IV 2018/309).

## **Erwägungen**

### **E. 2**

O als pathologisch gelten (vgl. Bericht Dr. N.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2016, IV-act. 195; Abstractheft Symposium Idiopathische intrakranielle Hypertension vom 7. Oktober 2017, S. 7 [IV-act. 261-15]). Der Beschwerdeführer berichtete jeweils über deutliche, jedoch nur kurzfristige Beschwerdebesserungen (Arztbericht Dr. N.\_\_\_\_ vom 3. März 2016 [Eingang], IV-act. 158-3; Berichte Klinik/Tagesklinik für Neurologie KSSG vom 11. November 2015, IV-act. 196-2, vom 11. Februar 2016, IV-act. 201-2, vom 15. April 2016, IV-act. 188-2, vom 23. Juni 2016, IV-act. 178-7, und vom 23. September 2016, IV-act. 197). Der Beschwerdeführer klagt über Verschwommensehen, und im augenärztlichen Befund werden unter anderem konzentrische Gesichtsfeldeinschränkungen beschrieben, die durch eine okuläre Pathologie bzw. durch die ophthalmologischen Befunde nicht erklärbar seien. Eine Stauungspapille konnte ausgeschlossen werden (Berichte Augenklinik KSSG vom 6. März 2018, IV-act. 255, und vom 5. Januar 2016, IV-act. 254). Letztere bildet je nach angewandten Diagnosekriterien Voraussetzung der Diagnose einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension, wobei beim Beschwerdeführer gemäss dem neurologischen Teilgutachten der medexperts AG die Kriterien der internationalen Kopfschmerzgesellschaft erfüllt sind (IV-act. 235-56 f.; vgl. auch damit übereinstimmend Bericht Dr. O.\_\_\_\_ vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-8 f.). Die geklagten Beschwerden sind mit einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension vereinbar und in ihrer Gesamtheit nicht einer anderen Diagnose zuzuordnen. Dass die Gesichtsfeldausfälle aus augenärztlicher Sicht nicht erklärbar seien, schliesst die Diagnose (gerade) nicht aus, da der erhöhte Liquordruck eine dem neurologischen Fachgebiet zuzuordnende (mögliche) Ursache darstellt und eine andere Ursache für die Sehbeschwerden nicht festgestellt werden konnte. Für die Verursachung der geklagten Beschwerden durch den Liquorüberdruck spricht insbesondere der Beschwerderückgang jeweils nach erfolgtem Liquorablass (IV-act. 235-56). Die für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden vorausgesetzte fachärztliche Diagnose nach einem anerkannten Klassifikationssystem - jenem der internationalen Kopfschmerzgesellschaft - liegt demnach trotz fehlender Stauungspapille vor. Der neurologische Gutachter berücksichtigt sie und die daraus abgeleiteten

Beschwerden einschliesslich des Schwindels, auch wenn er als Diagnose ein "chronisches Kopfschmerzsyndrom mit diffusen Schwindelbeschwerden und visuellen Symptomen, unklarer Ursache bei möglicher idiopathischer intrakranieller Hypertension bei mehrfach dokumentiertem, Liquoreröffnungsdruck" formuliert (IV-act. 235-57; vgl. auch Stellungnahme vom 13. März 2018, IV-act. 252). Massgebend ist nicht die Diagnose, sondern die durch den diagnostizierten Gesundheitsschaden verursachten Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1). Insofern erweist sich die gutachterliche Diagnostik als vollständig. Eine andere Frage ist, inwieweit die Diagnosekriterien objektivierbar sind. Zu Recht wird angeführt, bezüglich der Intensität der Kopfschmerzen bzw. deren Besserung nach Liquorablass könne ausschliesslich auf die Aussagen des Beschwerdeführers abgestellt werden (neurologisches Gutachten, IV-act. 235-56; Stellungnahme Dr. N. \_\_\_ vom 10. April 2018, IV-act. 261-5 ff.).

RAD-Arzt U. \_\_\_ wies in seiner Stellungnahme vom 19. März 2018 darauf hin, dass dies auch für die augenärztlichen Befunde gelte, da sowohl die Testung des Visus als auch die Gesichtsfeldmessung auf subjektiven Angaben des Patienten beruhen (IV-act. 256). Nicht durch einen Nystagmus objektivierbar war sodann der beklagte Schwindel (vgl. Berichte von Dr. K. \_\_\_ vom 1. Juni 2015, Fremdakten, act. 1-26, und von Dr. L. \_\_\_, Fremdakten, act. 1-24 f.). Somit kann festgehalten werden: Objektiviert ist beim Beschwerdeführer ein erhöhter Liquordruck. Zudem beklagt er mit Kopfschmerzen, Schwindel und Sehstörungen sowie kognitiven Problemen Beschwerden, die dadurch verursacht sein können. Zu den Sehstörungen ist anzumerken, dass deren Feststellung zwar ausschliesslich auf Aussagen des Beschwerdeführers beruhen; eine bildgebend darstellbare Stauungspapille fehlt. Eine bewusste Verfälschung der augenärztlichen Befunde würde aber wohl vertiefte Kenntnisse der medizinischen Zusammenhänge und Untersuchungsmethoden erfordern.

Zusammenfassend ist gestützt auf die Ergebnisse des neurologischen Gutachtens von der Diagnose einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension auszugehen. Da sich jedoch die Schwere der Auswirkungen ausschliesslich durch Aussagen des Beschwerdeführers beurteilen lassen, ist die Arbeitsfähigkeit auch nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren zu bestimmen. Der Beschwerdeführer beschreibt anhaltende starke, drückende Kopfschmerzen mit einer Intensität von bis zu 9 von 10 Stufen auf der visuellen Analogskala (VAS). Daneben leide er unter kommandem und gehendem Schwindel und unscharfem, verschwommenem Sehen und etwas schräg versetzten Doppelbildern bei Anstrengung der Augen (IV-act. 235-51). Sodann klagt er über Gangunsicherheiten, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsminderung und gelegentliche Gleichgewichtsstörungen (IV-act. 235-40). Durch die Beschwerden sei er in allen Bereichen sehr eingeschränkt. Er könne im Haushalt praktisch nichts machen und liege bis auf die Mahlzeiten und kurze Spaziergänge den ganzen Tag (IV-act. 235-43). Ausflüge in den Wald seien nur noch ab und zu möglich, danach müsse er den ganzen Tag liegen. Zweimal in der Woche betreibe er Amateurfunk. Nach zehn Minuten müsse er allerdings eine Pause einlegen. Autofahren sei zu anstrengend, bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel habe er Probleme mit dem Fahrplanlesen (IV-act. 235-46). Fernsehen und Lesen sei nicht möglich, er sehe nach fünf Minuten nichts mehr. Er treffe sich nur noch mit wenigen Kollegen kurze Zeit, da er sich nicht konzentrieren könne und rasch ermüde (IV-act. 235-38 f., 52). Die Stimmung sei in etwa immer gleich, ab und zu habe er Tiefs, "verleide" es ihm wegen der dauernden Kopfschmerzen. Er sei weniger belastbar als früher und neige dazu, reizbar zu werden, wenn die Kinder ihn anstrengen. Manchmal benötige er länger, um zu erfassen, was seine Ehefrau ihm sage

(IV-act. 235-42 f.). Ähnlich starke Beschwerden schilderte der Beschwerdeführer auch anlässlich der PMEDA-Begutachtung (vgl. Fremdakten, act. 1-9 ff.) und der vertrauensärztlichen Untersuchung durch Dr. O.\_\_\_\_, wo Müdigkeit und kognitive Probleme stärker hervorgehoben wurden (vgl. Fremdakten, act. 2-4 f., 8 f.). Dr. O.\_\_\_\_ stellte im Laufe ihrer Untersuchung deutliche Ermüdungserscheinungen, insbesondere eine psychomotorische Verlangsamung, fest (Bericht vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-8 f.). Die psychiatrische Gutachterin führte aus, der Beschwerdeführer habe keine Beeinträchtigung bei der Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, des Durchhaltevermögens, der Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit und der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei leicht beeinträchtigt - der Beschwerdeführer sei teilweise dysphorisch. Kaum Probleme beschreibe er in der Beziehung zu seiner Ehefrau und den Kindern (IV-act. 235-48). Selbstpflege, Kleidung und Sauberkeit seien angemessen. Die Verkehrsfähigkeit sei vorhanden - der Beschwerdeführer fahre selber Auto (IV-act. 235-49). Letzteres widerspricht indes seiner Aussage (IV-act. 235-46, siehe auch Bericht Dr. O.\_\_\_\_ vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-5), die aufgrund der Gesichtsfeldeinschränkung als plausibel erscheint. Von Seiten der Persönlichkeit fanden sich in der psychiatrischen gutachterlichen Untersuchung Hinweise auf abhängige und demonstrative Anteile im Sinne von akzentuierten Persönlichkeitszügen, differenzialdiagnostisch sei auch an eine kombinierte Persönlichkeitsstörung zu denken (IV-act. 235-47). Eine abhängige Persönlichkeitsstörung wurde bereits anlässlich der Abklärung durch die Kantonalen Psychiatrischen Dienste diagnostiziert (Bericht vom 25. Mai 1999, IV-act. 60). Nachdem sie den Beschwerdeführer jedoch nicht daran hinderten, die Ausbildung zum Apparatemonteur erfolgreich zu bestehen, erscheint nachvollziehbar, dass sie die Arbeitsfähigkeit nicht (mehr) massgeblich beeinträchtigt (vgl. IV-act. 235-47). Als Komorbidität diagnostiziert die psychiatrische Gutachterin eine Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (IV-act. 235-47). Da der Beschwerdeführer gemäss eigener Aussage nach Liquorablass jeweils für kurze Zeit mehr oder weniger beschwerdefrei war, sind die Schmerzen teilweise der idiopathischen intrakraniellen Hypertension zuzuschreiben. Als Ressource verfügt der Beschwerdeführer über ein positives familiäres Umfeld. So berichtet er, seine Ehefrau mache ihn gleich darauf aufmerksam, wenn er wütend werde. Die Beziehung zu ihr sei nach wie vor recht gut. Für sie sei sehr anstrengend, dass er extrem vergesslich sei (IV-act. 235-42 f.). Die sozialen Beziehungen sind nach seinen Angaben eingeschränkt. Die aktuelle Behandlung umfasst die Medikamente Diamox und Ibuprofen. Der Beschwerdeführer gibt an, unter Diamox habe sich der Zustand leicht gebessert, sei aber immer noch einschränkend (IV-act. 235-40). Helfen würden die Medikamente nicht wirklich (IV-act. 235-42). Die seit einem Jahr im Schmerzzentrum durchgeführte Therapie zeitige bisher keinen nennenswerten Effekt. Therapien mit einem Blutdrucksenker und mit Amitriptylin (Saroten; [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)) seien wegen Kreislaufbeschwerden bzw. fehlender Wirkung wieder beendet worden (IV-act. 235-51). Dr. N.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 21. Juni 2016 aus, sowohl medikamentöse Massnahmen als auch rezidivierende Liquorpunktionen hätten nicht zu einer befriedigenden Symptomminderung geführt, so dass grössere neurochirurgische Massnahmen zu evaluieren seien (ventriko-peritonealer oder lumboperitonealer Shunt; IV-act. 178). Auch Dr. O.\_\_\_\_ sah eine klare Indikation für eine neurochirurgische Behandlung (VP-Shunt). Sie vermerkte, der Beschwerdeführer sei bisher

gegenüber sämtlichen interventionellen Behandlungen (zum Teil sehr belastende Lumbalpunktionen) aufgeschlossen und bezüglich einer potentiellen neurochirurgischen Behandlung sehr motiviert (Bericht vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-10). Dr. N. \_\_\_ hielt am 20. Dezember 2016 dann aber fest, ein VP-Shunt scheine aufgrund des in der Literatur eher mässigen Ansprechens auf die Kopfschmerz-Symptomatik noch nicht gerechtfertigt. Allenfalls käme dieser Eingriff bei einer drohenden Erblindung in Betracht (IV-act. 195). Im Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 27. März 2017 wurde ausgeführt, in Anbetracht der bereits erfolgten frustranen Therapiemassnahmen mit Ausschöpfen der medikamentösen Therapie bleibe lediglich ein multimodaler Ansatz, um Lebensqualität und Alltagsfunktion zu verbessern, sobald die Alltagsperformance die Therapie zulasse (IV-act. 209). Die neuropsychologische Gutachterin befand im Wesentlichen, die weit unter dem Niveau hospitalisierter Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium liegenden Testergebnisse seien nicht mit einer authentischen Gedächtnisstörung zu vereinbaren und wiesen auf eine bewusste Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen hin. Aufgrund der verminderten Kooperationsbereitschaft habe kein gültiges Testprofil erhalten werden können (IV-act. 234-8 ff.). Es wurden zwei Beschwerdevalidierungstests durchgeführt, die auf unzureichende Anstrengung bzw. darauf hinwiesen, dass der Beschwerdeführer ungewöhnliche Beschwerden angebe, die in dieser Ausprägung und Häufung nicht typisch seien für authentische Störungen. Sämtliche Parameter der formalisierten Beschwerdevalidierung seien hoch auffällig, in sich nicht konsistent und zum Teil im Zufallsbereich (IV-act. 234-8 f.). Die gezeigten Minderleistungen seien als nicht-authentische neuropsychologische Störungen einzuordnen. Ob authentische kognitive Störungen vorhanden seien, könne aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Beschwerdeführers nicht bestimmt werden (IV-act. 234-10). Die psychiatrische Gutachterin führte hierzu aus, die neuropsychologische Voruntersuchung vom 14. November 2016 sei versicherungsmedizinisch nicht verwertbar, da damals keine Überprüfung der Anstrengungsbereitschaft mittels erprobter Verfahren erfolgt sei und eine bewusste Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn nicht ausgeschlossen werden könne. Es bestünden deutliche Inkonsistenzen im Vergleich zu den Vorbefunden. So zeigten sich aktuell Leistungsdefizite in Bereichen, welche in der Voruntersuchung als unauffällig angegeben worden seien, und umgekehrt unauffällige Leistungen in Bereichen, welche im Vorbericht als beeinträchtigt beschrieben worden seien. Diese Inkonsistenzen seien am ehesten auf eine schwankende Leistungsbereitschaft in der Testung zurückzuführen und bei nicht authentischen Störungen sehr häufig anzutreffen (IV-act. 235-47). Die Gutachter haben die geklagten Beschwerden, die vorhandenen Akten und die massgeblichen Standardindikatoren angemessen berücksichtigt. Insbesondere aus den nach Erstattung des Gutachtens eingegangenen medizinischen Berichten ergeben sich keine objektiven Aspekte, welche die Gutachter nicht berücksichtigt haben. Im neuropsychologischen Bericht vom 14. November 2016 werden keine Beschwerdevalidierungstests oder Überlegungen zur Konsistenz der Testergebnisse aufgeführt (vgl. IV-act. 192-3 ff.), so dass diese Beurteilung das neuropsychologische medexperts-Gutachten nicht in Frage stellt. Der neurologische Gutachter führt aus, insgesamt könne das Ausmass der beklagten Beschwerden (mit als "massiv" beschriebenen Leidensdruck und unmittelbarer, deutlicher Beschwerdeprogression bei bereits geringster körperlicher Aktivität und Lesen eines Buches) anhand der vorliegenden, wenngleich auch objektivierbaren Befunde und auch hinsichtlich des insgesamt nicht schmerzgeplagten Eindrucks über den Zeitraum der

Exploration, letztlich nicht gänzlich nachvollzogen werden. Diesbezüglich sei eine Symptomausweitung und möglicherweise auch Chronifizierung durch eine gewisse nicht-organische Krankheitskomponente mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen (IV-act. 235-57). Damit sagt er zum einen aus, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden nicht durch den erhöhten Liquordruck erklärbar sei. Zum anderen konstatierte auch er einen nicht zu den geschilderten Beschwerden passenden Eindruck des Beschwerdeführers. Die psychiatrische Gutachterin erfasste die vom neurologischen Experten erwähnte nicht-organische Krankheitskomponente nachvollziehbar als Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; IV-act. 235-47 f.). Sie legte weiter dar, die geschilderte Schmerzproblematik sei emotional nur wenig nachvollziehbar. Der Leidensdruck sei subjektiv hoch. Insgesamt wirke der Beschwerdeführer etwas hilflos und über Schmerzen klagend, ohne dass dies in der Gegenübertragung spürbar sei. Konzentration und Aufmerksamkeit seien während des einstündigen Gesprächs unauffällig gewesen (IV-act. 235-44). Sowohl klinisch als auch neuropsychologisch gebe es eindeutige Hinweise auf Diskrepanzen und Widersprüche im Sinne einer Aggravations- und Simulationsneigung. Daher habe die somatoforme Schmerzstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 235-48). Zwar spricht für einen hohen Leidensdruck, dass der Beschwerdeführer wegen lediglich einigen Tagen Beschwerdereduktion die unangenehmen Lumbalpunktionen auf sich nimmt und einer neurochirurgischen Operation gegenüber nicht abgeneigt wäre (vgl. Bericht Dr. O.\_\_\_\_ vom 23. September 2016, Fremdakten, act. 2-2 ff., und Stellungnahme RAD-Arzt U.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2017, IV-act. 236). Insgesamt liegen dennoch Inkonsistenzen vor, die einem stimmigen Gesamtbild entgegenstehen und bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sind. Dr. N.\_\_\_\_ führte am 10. April 2018 aus, üblicherweise würden Kopfschmerzen die Arbeitsfähigkeit zwischen 20 % und 50 % einschränken. Strittig bleibe die Diskrepanz zwischen der subjektiv angegebenen völligen Arbeitsunfähigkeit und den objektivierbaren Befunden. Insbesondere zeige auch die neuropsychologische Testung diverse Inkonsistenzen mit Ergebnissen auf Zufallsniveau. Seines Erachtens liege die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bei etwa 50 %. Als behandelnder Arzt bewerte er die Arbeitsunfähigkeit am oberen Ende (IV-act. 261-6 f.). Im am 3. März 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingetroffenen Arztbericht hatte er festgehalten, aufgrund der chronischen Kopfschmerzen sei der Versicherte nicht voll leistungsfähig. Es bestehe ein vermehrter Pausenbedarf. Die Konzentrationsfähigkeit sei eingeschränkt durch die chronischen Kopfschmerzen. Es könne ein 50 % bis 80 %-iges Gesamt-Pensum aufrecht erhalten werden bei jedoch reduzierter Leistungsfähigkeit und vermehrtem Pausenbedarf, so dass letztlich eine auf etwa 50 % reduzierte Arbeitsfähigkeit resultiere (IV-act. 158). Dr. N.\_\_\_\_ hat demnach - aus der Warte eines behandelnden Arztes verständlich - die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht angepasst, nachdem ihm die von den Gutachtern erhobenen Inkonsistenzen bekannt wurden. Somit ist für das Gericht die gutachterliche Attestierung einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit gut nachvollziehbar und es ist darauf abzustellen. Gemäss Gutachten ist der Beschwerdeführer in der Lage, die bisherige Tätigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % weiterhin auszuüben. Daher ist der Invaliditätsgrad nicht aufgrund eines statistischen Invalideneinkommens, sondern durch einen Prozentvergleich zu ermitteln (Urteile des Bundesgerichts vom 13. Januar 2012, 9C\_599/2011, E. 4.1, vom 13. Juni 2017, 9C\_576/2016, E. 5, und vom 27. September 2017, 8C\_295/2017, E. 6.5). Somit ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 80 %, der keinen Rentenanspruch begründet. Nach dem Gesagten

ist die Beschwerde 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 vollumfänglich aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. 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 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 HonO pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 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 Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung 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.