

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/452 vom 8. Juni 2016

Sg Versicherungsgericht, 2016-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_452

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/452 du 8 juin 2016

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/452 del 8 giugno 2016

Regeste

Art. 28 IVG und Art. 16 ATSG. Beweiskraft eines ABI-Gutachtens. Einkommensvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Juni 2016, IV 2013/452). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_482/2016.

Erwägungen

E. 1

1.1 Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf Rentenleistungen zu Recht verneint hat. 1.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit und kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens (zum Einkommensvergleich vgl. E. 3.1) bilden die Arbeitsfähigkeitsschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten (vgl. Art. 6 ATSG). Arbeitsunfähigkeit wird in Art. 6 ATSG als die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten, definiert. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinn von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). 1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente,

wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 1.4 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Vorliegend ist vorab der Frage nachzugehen, ob der medizinische Sachverhalt eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Für die Bemessung des Invaliditätsgrads hat die Beschwerdegegnerin das ABI-Gutachten vom 31. Januar 2013 (IV-act. 46) als Grundlage beigezogen. Dieses wurde vom RAD in den Stellungnahmen vom 12. März 2013 (IV-act. 48), 22. Mai 2013 (IV-act. 58) und 1. Juli 2013 (IV-act. 61f.) als umfassend, nachvollziehbar und auf allseitigen Untersuchungen beruhend sowie in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstellt betrachtet. Ein im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholtes Gutachten von externen oder internen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 ff. E. 3b/bb und 3b/ee). Das vorliegende ABI-Gutachten ist nachfolgend auf solche Indizien hin zu prüfen.

E. 2.2

2.2.1 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers wendet gegen das psychiatrische ABI-Teilgutachten von Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere ein, es widerspreche allen davor verfassten ärztlichen Beurteilungen. Zudem finde keine Auseinandersetzung mit den von der langjährigen behandelnden Psychiaterin Dr. D.____ attestierten Diagnosen statt. 2.2.2 Dr. I.____ nahm in seinem psychiatrischen Teilgutachten - wenn auch nur knapp - Bezug auf die früheren psychiatrischen Einschätzungen, insbesondere auf die Diagnosen von Dr. D.____. Zur von ihr diagnostizierten nicht organischen Insomnie erwähnte Dr. I.____, die Schlafstörung gehöre zur depressiven Episode. Offenbar stand dies für ihn derart ausser Frage, dass er eine nähere Begründung nicht für notwendig erachtete. Zu seinen aktuellen Leiden befragt, äusserte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung Dr. I.____ gegenüber unter anderem, dass er in der Nacht nicht schlafen könne und einerseits wegen der Schmerzen, andererseits aber

auch wegen Angst und schlechter Träume halb wach sei. Zum Tagesablauf liess der Beschwerdeführer verlauten, er müsse sich am Morgen jeweils im Bett hin und her bewegen, um in die Gänge zu kommen. Bei der psychiatrischen Befunderhebung nahm Dr. I. ___ die vom Beschwerdeführer beschriebenen Symptome der erhöhten Ermüdbarkeit, der Schlafstörungen und des Morgentiefs sowie die Ängste in der Nacht mit Alpträumen auf und stellte sie in einen Zusammenhang mit der von ihm diagnostizierten leichten bis mittelgradigen Episode mit depressiven Verstimmungen. Mit Blick auf die von der WHO herausgegebene ICD-Klassifikation (Bernd Graubner in: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI; Hrsg.], ICD-10-GM 2015 Systematisches Verzeichnis, 10. Revision - German Modification, Version 2015, S. 192), wonach bei einer depressiven Episode (F32) unter anderem eine ausgeprägte Müdigkeit nach jeder kleinen Anstrengung auftreten kann und der Schlaf meist gestört ist, erscheint dies auch ohne erläuternde Begründung durchaus nachvollziehbar. Vor diesem Hintergrund würde eher die eigenständige Diagnose einer nicht organischen Insomnie durch Dr. D. ___ nach einer eingehenden Begründung rufen, zumal bereits in den einleitenden Bemerkungen zur entsprechenden ICD-Klassifikation (F51) festgehalten wird, eine Schlafstörung sei in vielen Fällen Symptom einer anderen psychischen oder körperlichen Krankheit (Bernd Graubner, a.a.O., S. 206). Dr. D. ___ hatte die separate Diagnosestellung einer nicht organischen Insomnie aber nur marginal mit Durchschlafstörungen (alle zwei bis drei Stunden Aufwachen) und später mit einer nicht näher umschriebenen Entkopplung des Tag-Nacht-Rhythmus begründet. Das Gefühl von Nutzlosigkeit und Schuld sei beim Beschwerdeführer meist vorherrschend (IV-act. 14). Diese Feststellungen von Dr. D. ___ sind mit einheitlichen Betrachtung von Schlafstörung und diagnostizierter Depression durchaus vereinbar und vermögen an der gutachterlichen Beurteilung von Dr. I. ___ nach dem Gesagten keine Zweifel zu wecken.

2.2.3 Zur von Dr. D. ___ gestellten Diagnose einer schweren depressiven Episode hält Dr. I. ___ fest, in einem solchen Fall wäre eine ambulante Behandlung kaum mehr möglich und die regelmässig schwere Antriebsstörung oder Phase der Erregtheit bei oft bestehender Suizidalität würde eine stationäre Behandlung notwendig machen. Betroffene könnten Tätigkeiten und Aktivitäten nicht mehr nachgehen und ein Untersuchungsgespräch, wie vorliegend geführt, wäre nicht mehr so gut möglich. Abgesehen von einem knapp dreiwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik B. ___ und einem gescheiterten Rehabilitationsversuch in der Rehaklinik Bellikon (wobei dies offenbar an einer Vollbelegung in der neurologischen Abteilung lag; vgl. act. G4.2, Telefongespräch mit Dr. med. J. ___ vom 4. Juli 2012) fanden aber seit September 2010 einzig ambulante Konsultationen bei Dr. D. ___ statt. Diese beschrieb in der ersten Berichterstattung Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit, Verlust des Selbstwertgefühls bei Vorherrschen des Gefühls von Nutzlosigkeit und Schuld, Schlafstörungen und ein mässiges Suizidrisiko (IV-act. 14). Im zweiten Bericht an die IV-Stelle erwähnte sie eine zunehmende depressive Symptomatik bei Konzentrations-, Gedächtnis- und Belastungsstörungen sowie Ausdauerproblemen wegen reduzierter Leistungsfähigkeit durch eine schwere depressive Symptomatik mit Angstzuständen, starker Vergesslichkeit und geringer Belastbarkeit. Suizidgedanken und -handlungen, welche eine schwere depressive Episode kennzeichnen (vgl. dazu Bernd Graubner, a.a.O., S. 192), wurden jedoch überhaupt nicht erwähnt (IV-act. 34). Nach Erstellung des ABI-Gutachtens passte Dr. D. ___ ihre Diagnose im Bericht an Dr. F. ___ vom 14. August 2013 an und sprach von einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom und einem Verdacht auf nicht näher bezeichnete vaskuläre Demenz

(act. G1.12). Einen stationären Aufenthalt in der Klinik K.____ hatte sie im Bericht vom 3. Juni 2013 (IV-act. 60) aufgrund der Verdachtsdiagnose auf früh beginnende Demenz - und nicht wegen der bis dahin diagnostizierten Depression - als notwendig erachtet. Dieser Verlauf deutet gesamthaft - wie Dr. I.____ bereits festhielt - nicht auf eine schwere depressive Episode hin. Dr. I.____ fand keine Hinweise auf Suizidalität vor. Anamnestisch beständen Hinweise auf eine verminderte Affektsteuerung mit auch verbaler Aggressivität ohne Hinweise auf Impulskontrollstörungen bei eher herabgesetztem Antrieb und erhöhter Ermüdbarkeit. Soweit die Rechtsvertreterin mit Hinweis auf zwei Stellen des psychiatrischen Gutachtens („Er mache aber Probleme, da er auch aggressiv werde“, S. 12; „Es kommt auch zu verbalen Auseinandersetzungen mit seiner Ehefrau, was aber dadurch bedingt ist, dass er krank ist und nicht mehr arbeitet“, S. 14) Phasen von Erregtheit beim Beschwerdeführer zu belegen versucht, ist festzuhalten, dass darin die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wiedergegeben wurden und eine Aggressivität im Untersuchungsgespräch nicht festgestellt werden konnte und auch in den übrigen Akten nicht hinreichend dokumentiert ist. Die von Dr. I.____ gestellte Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode seit Beginn der Behandlung bei Dr. D.____ im September 2010 erscheint plausibel und ist nicht durch die Arztberichte von Dr. D.____ zu entkräften.

2.2.4 Dr. F.____ berichtete mehrmals über die postoperative Entwicklung einer massiven depressiven Episode mit Angst- und Panikattacken. Der Beschwerdeführer sei psychisch dermassen instabil, dass bereits kleine Unstimmigkeiten in der Familie zu einem massiven Erregungsausbruch führen könnten (IV-act. 21, 26). Seit der Unterschenkeloperation bestehe eine Depression, die zu einer völligen Zurückgezogenheit geführt habe (IV-act. 56-11/13). Zurzeit und bis auf weiteres bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 31-2/16). Entgegen dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung erachtete Dr. D.____ - in deren Betreuung Dr. F.____ den Beschwerdeführer als Hausarzt und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH überwies - zumindest eine teilweise Arbeitsfähigkeit als zumutbar. Dies legt die Vermutung nahe, dass Dr. F.____ aufgrund seiner auftragsrechtlichen Vertrauensstellung tendenziell eher zugunsten seines Patienten aussagte (BGE 135 V 465 E. 4.5 mit Hinweis), jedenfalls aber keine objektive Zumutbarkeitsbeurteilung vorgenommen haben dürfte. Zweifel am ABI-Gutachten ergeben sich aus seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung jedenfalls nicht.

2.3 Die Rechtsvertreterin beschreibt einen Widerspruch zwischen der von Dr. I.____ festgehaltenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% (S. 13) und der ganztägigen Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne Leistungseinschränkung (S. 14). Wie der RAD bereits in seiner Stellungnahme vom 22. Mai 2013 plausibel erläutert hatte, liegt die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20% einzig in der depressiven Störung begründet. Die etwas auffälligen dramatisierenden Persönlichkeitszüge reichten nicht für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung aus und hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf diese Persönlichkeitszüge bestehe daher eine ganztägige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung (IV-act. 58).

2.4 Die Einwendungen der Rechtsvertreterin zu angeblichen Widersprüchen zwischen dem psychiatrischen und dem neurologischen Teilgutachten hinsichtlich der medikamentösen Therapie sind unbegründet und wurden bereits in der RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 22. Mai 2013 aufgeklärt. Der psychiatrische Gutachter Dr. I.____ empfahl die Weiterführung der antidepressiven Medikation. Prinzipiell könne die regelmässige Einnahme eines stärker sedierenden Antidepressivums auf die Nacht hilfreich sein. Die Notwendigkeit der Analgetikamedikation sollte aus somatischer Sicht evaluiert werden. Während Dr. I.____

damit primär offenbar auf die schlafanstossende Wirkung der Antidepressiva abzielte, wies der neurologische Gutachter Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie (FMH), auf einen - im Einklang mit Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), festgestellten - Zusammenhang zwischen den Dyskinesien und der Medikation mit Seroquel sowie Remeron hin, überliess jedoch die Frage der Indikation dieser umfangreichen Medikation dem psychiatrischen Fachgebiet. Der psychiatrische Gutachter sprach sich aufgrund der depressiven Symptomatik bzw. der damit verbundenen Schlafprobleme für eine Fortführung der medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva aus. 2.5 Die vom Beschwerdeführer geklagten kognitiven Einschränkungen finden bereits im ABI-Gutachten mehrfach Erwähnung (vgl. insbesondere psychiatrisches Teilgutachten S. 14, neurologisches Teilgutachten S. 17 und neuropsychologisches Teilgutachten S. 19). Der psychiatrische Gutachter Dr. I.____ stellte fest, dass der Beschwerdeführer im Untersuchungsgespräch über Konzentrationsstörungen geklagt und bei der Angabe von genauen Lebensdaten Mühe bekundet habe. Er habe jedoch die in seinem Lebenslauf aufgeführten Daten bestätigen und sich also doch noch erinnern können. Im neurologischen Teilgutachten beschrieb Dr. L.____ ein pseudodementes Verhalten, welches im Verlauf der Untersuchung sogar noch deutlich zugenommen habe. Im neuropsychologischen Teilgutachten hielt lic. phil. N.____, Psychologe/Neuropsychologe, fest, nach mehrmaligen Konfrontationen mit seinem auffälligen und unglaubwürdigen Verhalten habe der Beschwerdeführer ein normales Verhalten gezeigt und sei trotz anfänglich geltend gemachten Wortfindungsstörungen zunehmend in der Lage gewesen, sich mit dem Übersetzer auf O.____ und mit dem Versuchsleiter auf Deutsch zu unterhalten. Dr. D.____ stellte in ihrem Bericht vom 19. September 2014 (act. G9.2) weiterhin deutliche Konzentrationsprobleme, Wortfindungs- und Verständnisstörungen fest. Sie beschrieb leichte Auffälligkeiten des Altgedächtnisses und starke Auffälligkeiten der Merkfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses (Minimentalstatus: 0 von 3 Werten). Diese (klinischen) Feststellungen sind denen der ABI-Gutachter ähnlich, doch zieht Dr. D.____ daraus andere Schlüsse, obwohl eine dementielle Erkrankung nach Lage der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden konnte (unauffällige Schädel-MRI [act. G1.9 und G1.12]; Bericht von Dr. H.____ vom 7. September 2014, wonach die Liquordiagnostik lediglich grenzwertige Ergebnisse ergab, weshalb die Ärztin weitere Abklärungen erst nach einem Zeitablauf von sechs Monaten empfahl [act. G9.1]). In Bezug auf den Mosaiktest unterscheiden sich die Untersuchungsergebnisse des neuropsychologischen Gutachters vom 6. Dezember 2012 (S. 19 des Gutachtens) ebenfalls nicht nennenswert von den Erhebungen Dr. D.____s (act. G9.2). Nachdem sich aufgrund des unklaren kognitiven Profils selbst aus den von Dr. D.____ veranlassten umfangreichen Abklärungen keine klare Diagnose einer Frühdemenz ergab und differentialdiagnostische Abklärungen erst lange nach Erlass der Verfügung weiterverfolgt wurden, besteht vorliegend kein Anlass, von den gutachterlichen Feststellungen abzuweichen (vgl. act. G1.9, G1.12, G9.1 und insbesondere G9.2). 2.6 Die E-Mail-Nachricht von Dr. med. P.____, Oberarzt, Schulter und Ellbogen Team, Uniklinik Balgrist, vom 29. April 2013 (act. G1.6) vermag den orthopädischen Teil des ABI-Gutachtens nicht zu erschüttern, bezeichnet doch Dr. P.____ selbst die schulter-spezifischen Diagnosen im Gutachten als korrekt, ohne sich allerdings - im Gegensatz zu Dr. med. Q.____, FMH Orthopädische Chirurgie - eingehend mit der medizinischen Aktenlage befassen zu haben. Dr. P.____ geht mit dem Gutachten weitgehend überein und sieht die Zumutbarkeit einer angepassten Arbeitstätigkeit als gegeben an. Er bezeichnet das maximale Gewicht zum Heben von

Lasten als diskutabel, spezifiziert allerdings nicht weiter, weshalb das Limit "eher" bei 5kg und nicht wie von Dr. Q.____ festgehalten bei 10kg liegen sollte. 2.7 Zusammenfassend ergeben sich weder aus den Einwänden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers noch aus den Akten selbst konkrete Anhaltspunkte, welche die Beweiskraft des ABI-Gutachtens vom 31. Januar 2013 schmälern. Dieses ist als zuverlässige Grundlage zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu betrachten, und es ist gestützt darauf davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der Lage ist, in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% zu erbringen. 2.8 Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt, es sei eine arbeitsorientierte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen. Eine EFL untersucht die Belastbarkeit für häufige physische Funktionen der Arbeit mit standardisierten funktionellen Leistungstests. Ziel dieser Untersuchung ist eine realitätsgerechte Beurteilung der arbeitsbezogenen Belastbarkeit bzw. eine detaillierte Erfassung der physischen Fähigkeiten und Defizite. Bewertet wird nur die körperliche Belastbarkeit (vgl. Michael Oliveri/Franziska Denier-Bont, Marie-Louise Hallmark Itty, Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL] nach Susan Isernhagen, Medizinische Mitteilungen Suva 69, Dezember 1996, S. 15ff. und insbesondere S. 24). Die körperlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers wurden umfassend abgeklärt und auch die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers rügte hauptsächlich das psychiatrische ABI-Teilgutachten. Eine EFL verspricht in Bezug auf die psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit keinen weiteren Erkenntnisgewinn, weshalb davon abzusehen ist.

E. 3

3.1 Art. 28a Abs. 1 IVG erklärt Art. 16 ATSG für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten als anwendbar. Danach ist das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 3.2 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin von den Angaben der damaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der R.____ AG, aus, wonach dieser im Gesundheitsfall im Jahr 2011 ein Jahreseinkommen von Fr. 66'950.-- erzielt hätte (IV-act. 11, 50). Da die Kündigung per 30. Juni 2012 des seit 1. Mai 1994 bestehenden Anstellungsverhältnisses aus gesundheitlichen Gründen erfolgte, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Beschwerdeführer - würden keine Gesundheitsbeeinträchtigungen bestehen - diese Tätigkeit hätte weiterführen können und wollen (vgl. IV-act. 11, IV-act. 46 S. 8). Daher sind als Valideneinkommen Fr. 66'950.-- zu berücksichtigen.

E. 3.3

3.3.1 Die Bemessung des Invalideneinkommens erfolgt auf Grundlage der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010. Beizuziehen sind die LSE-Tabellenlöhne für Männer im privaten Sektor, TA1, Anforderungsprofil 4, was als Ausgangswert Fr. 4'901.-- monatlich bzw. einen Jahreslohn von Fr. 58'812.-- ergibt. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2011 von 41.7 Stunden und die Nominallohnentwicklung 2011 (1%) ergibt sich daraus ein Einkommen von Fr. 61'925.--. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80% resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 49'540.--. 3.3.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen

Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (BGE 134 V 322 E. 2 mit Hinweis). 3.3.3 Es trifft zu, dass der Beschwerdeführer, seit Eintritt des Gesundheitsschadens, keine körperliche Schwerarbeit mehr leisten kann. Da die Adaptationskriterien nur noch eine körperlich leichte Tätigkeit zulassen, muss der Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt gewisse finanzielle Einbussen in Kauf nehmen, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen. Doch selbst unter zusätzlicher Berücksichtigung der langen Betriebszugehörigkeit bzw. der möglicherweise eingeschränkten Anpassungsfähigkeit ergäbe sich bei grosszügiger Bemessung maximal ein Abzug von 15%. 3.4 Eine Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 66'950.-- und des nach einem Tabellenlohnabzug von 15% verbleibenden Invalideneinkommens von Fr. 42'109.-- ergibt höchstens einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 37%. 3.5 Vor diesem Hintergrund kann die von der Beschwerdegegnerin - in Anwendung der inzwischen überholten sogenannten Überwindbarkeitspraxis (BGE 131 V 49; Änderung der Rechtsprechung mit BGE 141 V 281) - verneinte Frage (vgl. act. G4), ob die von Dr. I.____ aufgrund der diagnostizierten leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich relevant ist, offen gelassen werden.

E. 4

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 4.2 Die gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Aufwands auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten hat ausgangsgemäss der Beschwerdeführer zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen. 4.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird angerechnet.