

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/99 vom 15. Oktober 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-10-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_99

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/99 du 15 octobre 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/99 del 15 ottobre 2009

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Auf das beweistaugliche Gutachten ist abzustellen und ein Rentenanspruch zu verneinen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. November 2016, IV 2014/99). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_51/2017.

Erwägungen

E. 1

1.1 Vorliegend ist streitig und zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 11. Juli 2013, welches der Beschwerdeführer als widersprüchlich erachtet. In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter aus rheumatologischer/internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit fest: ein chronifiziertes cervikothorakovertebrales und rechtsseitiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Skoliose, Hyperkyphose der distalen BWS und Abflachung der oberen/mittleren BWS, bei muskulärer Dysbalance, bei muskulärer Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz, bei Dehydratation der cervikalen Bandscheiben mit geringen Diskushernien C3/4, C4/5 sowie C5 bis Th1 ohne Neurokompression (MRI 18.12.2009), bei subligamentärer Diskushernie Th12/L1 ohne Neurokompression (MRI 12.01.2008 und 11.03.2009), mässiger ventraler Spondylose Th11/12 und Th12/L1, bei Stummelrippen LWK 1 und partieller Sacralisation von SWK 1 und bei Status nach leichtem Morbus Scheuermann (MRI BWS 12.03.2009).

Als Nebendiagnosen ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine aktenanamnestisch grenzwertige Sinustachykardie, DD bei Dekonditionierung, bei Nikotinabusus (25 pack years), rezidivierende subjektive Episoden mit Trippelbildern (ICD-10: H53.9), eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), Adipositas I (BMI 30.3 kg/m²) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F33.00; IV-act. 73-51). Hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Anlageführer befanden die Gutachter, es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% (seit 02/09); aus somatischer Sicht könne dagegen eine Arbeitsunfähigkeit in der gemäss Arbeitsplatzbeschreibung vom 28. Oktober 2009 leichten bis höchstens gelegentlich mittelschweren Tätigkeit nicht begründet werden. Retrospektiv sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit einzig für die Dauer der wiederholten Hospitalisationen sicher gegeben. In körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Heben/Tragen von Lasten über 10kg, ohne länger dauernde Arbeiten in ausgesprochenen Wirbelsäulenzwangshaltungen, weiter ohne hohe Anforderungen bezüglich Konzentration und Aufmerksamkeit, ohne Zeit-/Leistungsdruck und ohne Stressbelastung könne aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden. Dem Beschwerdeführer sei die Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zumutbar (IV-act. 73-55f.).

2.2 Dr. med. F. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Teilgutachten vom 28. Februar 2013 fest, der Beschwerdeführer leide seit Jahren an ihn störenden und belastenden Schmerzen. Laut der Anamnese, dem Verlauf und dem aktuellen Befund könnten seine Beschwerden am ehesten unter der Kategorie somatoforme Störungen und anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostiziert werden. Im Rahmen von somatoformen Schmerzstörungen kämen ängstlich-depressive Symptome häufig vor. Beim Beschwerdeführer werde ab 2009 eine Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiven Symptomen diagnostiziert und mehrmals erwähnt, dass diese sekundär als Folge der Schmerzstörung entstanden seien. Die Diagnose habe ab 2010 richtigerweise zu einer rezidivierenden depressiven Störung gewechselt. Der Übergang von einer depressiven Anpassungsstörung zu einer anhaltenden rezidivierenden depressiven Störung sei zum Teil klassifikatorisch bedingt. Eine neu auftretende, unabhängige depressive Erkrankung sei im Falle des Beschwerdeführers nicht ersichtlich. Anlässlich der aktuellen Untersuchung seien die Kriterien einer depressiven Störung vorhanden. Der Beschwerdeführer zeige eine etwas gedrückte Stimmung und habe über eine Antriebsverminderung und erhöhte Ermüdbarkeit berichtet. Zudem habe er eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit sowie Schlafstörungen geschildert. Typische Symptome im Sinne von somatischen Symptomen seien insbesondere ein berichteter Libidoverlust sowie ein gewisser Interessenverlust. Anhand der Zusatzuntersuchung mit der Hamilton-Rating-Scale for Depression hätten 15 Punkte diese depressive Störung als gegenwärtig leichte depressive Störung klassifiziert. Die depressive Störung könne jedoch nicht als eine selbständige Komorbidität bezeichnet werden. Sie sei als Anpassungsstörung infolge der Schmerzstörung und der daraus folgenden sozialen Veränderungen entstanden, was ab 2009 in diesem Sinne sehr genau beschrieben worden sei. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung sei in der polydisziplinären Diskussion nicht benannt worden. Ein sozialer Rückzug sei gemäss Angaben des Beschwerdeführers zwar vorhanden, jedoch nicht in allen Belangen des Lebens. Soziale Kontakte und Aktivitäten seien innerhalb und ausserhalb der Familie vorhanden. Es könne von einem teilweisen sozialen Rückzug gesprochen werden. Für einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf spreche wenig. Weder hätten schwerwiegende

Konflikte noch anamnestisch überzeugende andere psychische Gründe für eine Somatisierung festgestellt werden können. Allerdings sei dazu zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer eine stationäre Abklärung vorzeitig abgebrochen habe und dass die psychiatrische ambulante Behandlung mit monatlichen Gesprächen keine intensive psychotherapeutische Behandlung sei, die eine so komplexe innerseelische Problematik, falls vorhanden, erfolgreich angehen könnte. Deshalb könne aus psychiatrischer Sicht auch nicht von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen gesprochen werden, weil die psychiatrische Behandlung nicht intensiv genug gewesen sei, um eine allfällige komplexe seelische Problematik zu behandeln. Dr. F. ___ sah die Hauptgründe für die Handicapierung des Beschwerdeführers in dessen Einstellung und Haltung. Seine Aussage, er habe alles probiert, nichts sei gegangen, stehe im Gegensatz zu seiner Schilderung des Arbeitsversuchs von Seiten des RAV, in dem er vier Monate lang zu 50% mit Holz habe arbeiten können. Er habe diesen Arbeitsversuch als gut gewertet, ohne Druck und Stress und mit häufigen Positionswechseln habe ihm diese Arbeit sehr zugesagt. Leider würden die noch vorhandenen Ressourcen durch die beschriebene negative Erwartung des Beschwerdeführers neutralisiert (IV-act. 73-43f.). Dr. F. ___ befand, dass die Diagnosen einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien. Trotzdem hielt er hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführer fest, dass diese (lediglich) mit einer Arbeitsfähigkeit von ca. 70% möglich sei. Diese leichte Einschränkung bestehe hauptsächlich wegen einer mässigen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ab sofort nicht eingeschränkt (IV-act. 73-44f.). Wenn Dr. F. ___ spezifiziert, dass adaptierte Tätigkeiten keinen hohen Anspruch an Konzentration und Aufmerksamkeit verlangen dürfen, nicht unter Zeit- und Leistungsdruck und ohne Stress erledigt werden müssten und wünschenswert auch sei, dass die Tätigkeit allein und nicht in einem Team geleistet werden könnte, ist diese Einschränkung durchaus vereinbar mit seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der angestammten Tätigkeit. Dieser Aspekt klärt schliesslich seine Einschätzung, dass die beiden psychiatrischen Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien, als formalen Widerspruch auf. Ein inhaltlicher Widerspruch ist damit nicht ersichtlich. Vielmehr kann auf die nachvollziehbare und mit den vorangehenden medizinischen Akten übereinstimmende Beurteilung abgestellt werden. Unklar bleibt aus den vorliegenden Unterlagen allerdings die konkrete Behandlungsfrequenz bei Dr. D. ___. Während der Beschwerdeführer im Rahmen der Anamnese angab, es fänden alle 10 Tage psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche bei Dr. D. ___ statt (IV-act. 73-36), ging Dr. F. ___ offenbar auf Grund der Angaben von Dr. D. ___ gegenüber der früheren Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 15. Juni 2010 (IV-act. 73-17) von monatlichen Therapiesitzungen aus (IV-act. 73-44). Selbst wenn der Beschwerdeführer jedoch mehr als einmal pro Monat einer psychotherapeutischen Behandlung nachgehen würde, bleibt die Tatsache bestehen, dass er die stationäre Behandlung in der Klinik G. ___ im Oktober 2011 bereits nach drei Tagen abbrach, da er sich keine Besserung vom Therapieangebot versprochen habe. Dies spricht nicht für eine intensive psychiatrische Behandlung und auch nicht für einen grossen Leidensdruck. Insgesamt kann jedenfalls mit Dr. F. ___ aus den Akten nicht abgeleitet werden, dass der Beschwerdeführer nicht über genügende psychische Ressourcen verfügen würde, welche es ihm erlauben, trotz Schmerzen einer seinen Leiden angepassten Erwerbstätigkeit nachzugehen. 2.3 Im Rahmen

der rheumatologischen Untersuchung des Beschwerdeführers vom 25. Februar 2013 liess Dr. med. E.____, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, am 28. Februar 2013 ergänzende Röntgenaufnahmen des Beckens, der HWS, der BWS und der LWS vornehmen und den Beschwerdeführer den PACT-Test durchlaufen (IV-act. 73-38f.). Seine Beurteilung wurde im Gutachten jedoch nicht separat als „Teilgutachten“ aufgeführt, sondern floss direkt in die Gesamtbeurteilung des Hauptgutachtens ein. Dies vermag - v.a. mit Blick auf die vorhandenen Teilgutachten der psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen - auf den ersten Blick zu irritieren, allein deshalb ist diese Teilbegutachtung jedoch nicht automatisch als ungenügend zu qualifizieren, wie es der Rechtsvertreter verlangt. So wurde schliesslich im hauptgutachterlichen Teil konkret und ausführlich auf die Entwicklung der Krankheitsgeschichte in somatischer Hinsicht eingegangen (IV-act. 73-51ff.). Hinsichtlich der gutachterlichen Abklärung wurde dargelegt, dass sich eine quantitative Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht nicht begründen lasse bei obgenannten Diagnosen. Es bestehe aus rheumatologisch-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeiten ohne Heben/Tragen von Gewichten über 10kg sowie ohne länger dauernde Arbeiten in ausgesprochenen Wirbelsäulenzwangshaltungen. Die qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht sei begründet durch die muskuläre Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz und die in den bildgebenden Abklärungen nachgewiesenen degenerativen Veränderungen. Von weiteren somatisch ausgerichteten Therapien könne keine Verbesserung der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit des Versicherten erwartet werden. Die Prognose sei auf Grund der festgestellten Chronifizierungszeichen als eher ungünstig einzustufen (IV-act. 73-54). Mit Blick auf die durch Dr. E.____ vorgenommenen Zusatzabklärungen, in Ziff. 4.1 festgehaltenen Befunde und die polydisziplinär eingefasste Beurteilung ist nicht ersichtlich, inwiefern die internistisch-rheumatologische Begutachtung mangelhaft ausgefallen wäre.

2.4 Dr. med. H.____, Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), konnte anlässlich seiner Begutachtung vom 25. Februar 2013 in neurologischer Hinsicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eruieren. Sowohl Prof. I.____ (April 2009) als auch die stationäre Diagnostik der Klinik für Neurologie des KSSG (November 2009) hätten keine neurologische Ursache für die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden aufdecken können. Ihre Einschätzungen stützten sich auf umfangreiche Zusatzbefunde inklusive MRI der gesamten Neuroachse, sensorisch, magnetisch und visuell-evozierten Potenzialen, Elektromyographie und -neurographie sowie einem umfangreichen Labor inklusive Liquoranalyse. Die durchgeführten Untersuchungen seien aus heutiger Sicht vollumfänglich und die getroffenen Schlüsse einleuchtend. Auch der aktuelle neurologische Status sei bis auf die Bewegungsschmerzhaftigkeit der HWS und die zirkuläre Hypästhesie im linken Unterschenkel unauffällig. Die Hypästhesie lasse sich nicht einem Dermatome, einem Versorgungsgebiet peripherer Nerven, einer Polyneuropathie oder einer zentralen Störung zuordnen. Für die geschilderten Episoden mit Sehen von Dreifachbildern gebe es keine neurologische oder neuroanatomische Erklärung. Da sich die Beschwerden seit den ausführlichen Abklärungen im November 2009 nur diskret quantitativ, jedoch nicht qualitativ verändert hätten, verzichtete Dr. H.____ auf eine Wiederholung der damaligen Abklärungen. Damals habe keine Pathologie des Nervensystems eruiert werden können, was auch weiterhin Gültigkeit habe. Schliesslich kam Dr. H.____ zum Schluss, aus neurologischer Sicht bestünden keine Handicaps (IV-act. 73-48f.).

2.5 In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer aktuell über im

Vordergrund stehende Schmerzen distal lumbal mit Ausstrahlung in das rechte Bein sowie nach cranial bis in die Suboccipital-Region klage. Dabei handle es sich um Dauerschmerzen wechselnder Intensität ohne Bewegungs-, Belastungs- oder Positionsabhängigkeit. Der internistische Status sei bland gewesen. Während der Beschwerdeführer beim Untersuch durch den Hauptgutachter über eine diffuse Hypästhesie im Unterschenkel rechts geklagt habe, habe er bei der Untersuchung durch den neurologischen Konsiliarius eine diffuse Hypästhesie im linken Unterschenkel geschildert. Lumboradikuläre Reiz- oder radikuläre Ausfallsymptome seien nicht fassbar gewesen. Die vom Beschwerdeführer wechselnd geschilderten sensiblen Defizite hätten weder einem Nervensegment, einer Polyneuropathie noch einer zentralen Störung zugeordnet werden können. Im Rheumastatus habe der Beschwerdeführer panvertebral allseitige Endphasenschmerzen bei global geprüft harmonischer und uneingeschränkter Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte geäußert. Bei panvertebralen, interscapulär und distal lumbal betonten Druck- und Klopfdolenz habe sich ein leichter Hypertonus der paravertebralen cervikalen Muskulatur links bei im Übrigen normotonen muskulären Strukturen gezeigt. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer lumbospondylogene Druckdolenz am Tractus iliotibialis rechts und im M. iliacus beidseits bei leichter Wirbelsäulenfehlstatik und Zeichen einer muskulären Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz gezeigt. Es hätten sich auch Hinweise für ein nicht-organisches Krankheitsverhalten gezeigt. Die Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit habe mit 107/200 Punkten (immerhin) im Bereich einer leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeit mit seltenem Heben von maximal 5kg gelegen. Bei kernspintomographisch nachgewiesenen Dehydratationen der cervikalen Bandscheiben mit diskreten mehrsegmentalen Diskushernien ohne Neurokompression (MRI 18.12.2009) seien aktuell konventionell-radiologisch unauffällige Befunde gefunden worden. Die konventionellen Röntgenaufnahmen der BWS und LWS hätten gegenüber den vorgängig durchgeführten bildgebenden Abklärungen unveränderte leichte degenerative Veränderungen, eine partielle Sacralisation von S1 sowie eine Wirbelsäulenfehlstatik (Skoliose) ergeben. Jedoch habe die von Dr. med. J.____ beschriebene Osteochondrose L5/S1 nicht bestätigt werden können. Die zusätzlich angefertigte Beckenübersichtsaufnahme habe diskrete initiale degenerative Veränderungen der Hüftgelenke beidseits gezeigt. Weiter seien im Laborscreening keine Pathologien auffindbar gewesen. Insbesondere hätten weder eine Erhöhung der serologischen Entzündungsparameter, Pathologien des Hämatogramms noch erhöhte Leberwerte nachgewiesen werden können (IV-act. 73-53f.). 2.6 Die Gutachter befanden eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als schwierig. Es würden einerseits Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und der Klinik für Neurologie des KSSG, andererseits durch Dr. med. K.____ (die aktuell behandelnde Rheumatologin) fehlen. Schliesslich könne die durch den früheren Hausarzt attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Eine solche lasse sich einzig für die Dauer der Hospitalisationen in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Valens vom 17. Februar bis 6. März 2009, in der Klinik für Neurologie des KSSG vom 23. bis 26. November 2009, im Departement Interdisziplinäre Medizinische Dienste des KSSG vom 1. bis 10. Dezember 2010 und des Weiteren für die Dauer der Hospitalisation in der Klinik G.____ vom 18. bis 20. Oktober 2011 begründen. Weiter hielten die Gutachter fest, dass die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Ärzte des Departements Interdisziplinäre Medizinische Dienste des KSSG (13.12.2010) nicht näher begründet worden sei und auf Grund der

somatischen Diagnosen nicht erklärt werden könne. Möglicherweise basiere jene Einschätzung auf der damals gestellten Diagnose einer mittelgradigen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung. Der psychiatrische Konsiliarius habe aktuell die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom, und einer anhaltenden Schmerzstörung gestellt. Auf Grund einer mässigen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung habe er in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Maschinenführer eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% attestiert. Den Zeitpunkt der Einschränkung habe er auf den 17. Februar 2009 (Eintritt- in die Rheuma- und Rehabilitationsklinik Valens) festgelegt. In (körperlich) adaptierten beruflichen Tätigkeiten seien aus psychiatrischer Sicht keine (quantitativen) Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit attestiert worden, dies spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (30%) korreliere mit der Einschätzung durch den behandelnden Psychiater Dr. D. ___ (IV-act. 73-54f.). 2.7 Mit RAD-Arzt Dr. med. L. ___ (vgl. Stellungnahme vom 2. August 2013, IV-act. 74) ist das MEDAS-Gutachten gestützt auf die vorliegende Aktenlage als umfassend und in sich schlüssig zu qualifizieren. Es ist deshalb darauf abzustellen.

E. 3

Entgegen die Vorbringen des Beschwerdeführers ist er zur Verwertung der Restarbeitsfähigkeit trotz der qualitativen Einschränkungen nicht auf einen geschützten Rahmen angewiesen. So hält denn auch das Gutachten explizit fest, dass er die adaptierte berufliche Tätigkeit medizinisch-theoretisch in der freien Wirtschaft ausüben könnte (vgl. IV-act. 73-56). Sofern der Beschwerdeführer davon ausgeht, dass der ihm zugängliche Arbeitsmarkt solche Tätigkeiten, wie sie seinen Adaptionskriterien entsprechen, gar nicht anbiete, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden. Referenzpunkt für die Verwertung der Resterwerbsfähigkeit ist der hypothetisch ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Nach der Rechtsprechung handelt es sich dabei um einen theoretischen und abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von demjenigen der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes; Letzteres gilt auch im Bereich der un- und angelernten Arbeitnehmer. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 f. E. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 291). Für den Beschwerdeführer stehen - trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen - auf diesem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend leichte Hilfs-, Kontroll- und Überwachungstätigkeiten offen, sodass nicht geradezu von realitätsfremden und in diesem Sinn unmöglichen oder unzumutbaren Einsatzmöglichkeiten ausgegangen wird.

E. 4

4.1 Damit bleibt zu prüfen, ob die Verwaltung den Invaliditätsgrad korrekt bemessen hat. Es ist unbestritten, dass dies nach der Einkommensvergleichsmethode (vgl. dazu BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b) zu geschehen hat. Auch dass für das Valideneinkommen auf das zuletzt als Produktionsmitarbeiter im Jahr 2008 erzielte Einkommen gemäss IK-Auszug abgestellt wird, ist sodann nicht bestritten. Dieses betrug im Jahr 2008 Fr. 65'351.-- (vgl. IV-act. 9). Angepasst an die Nominallohnentwicklung für das Jahr 2009 von 2.1% und für das Jahr 2010 von 0.7% resultiert für das Jahr 2010 ein Valideneinkommen von Fr. 67'190.--. Für das Invalideneinkommen ist grundsätzlich - was ebenfalls nicht bestritten wird - auf die Tabellenlöhne der schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik abzustellen. Hierbei ist für den Beschwerdeführer das Valideneinkommen gemäss Niveau oder Qualifikationsstufe 4 massgebend. Dieses betrug im Jahr 2010 Fr. 61'164.--. Diesbezüglich rügt der Beschwerdeführer, dass die Beschwerdegegnerin keinen sogenannten Leidensabzug berücksichtigt hat. Bei ihm sei demgegenüber in Rechnung zu stellen, dass er seine Arbeitsfähigkeit nur noch in leichten und sehr angepassten Tätigkeiten verwerten könne, woraus ein gegenüber den Tabellenlöhnen geringerer Verdienst resultiere.

4.2 Nach der Rechtsprechung ist ein Abzug vom Invalideneinkommen gerechtfertigt, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein Versicherter, der gesundheitsbedingt lediglich noch leichtere Hilfsarbeiten ausführen kann, seine Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage ist. Zudem können weitere persönliche und berufliche Merkmale (Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (vgl. BGE 126 V 75 E. 5a mit Hinweisen). Bei der Überprüfung des Abzugs, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75 E. 6). Der Beschwerdeführer ist bei schweren und teilweise mittelschweren Tätigkeiten mit Heben/Tragen von Lasten über 10kg, in länger dauernden Arbeiten in ausgesprochenen Wirbelsäulenzwangshaltungen und in Tätigkeiten mit hoher Anforderung an Konzentration und Aufmerksamkeit sowie solchen mit Zeit-/Leistungsdruck und Stressbelastung in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (IV-act. 73-55). Nachdem vorliegend aber selbst ein maximaler Abzug vom Tabellenlohn von 25% nichts am Ergebnis zu ändern vermag - wie nachfolgende Berechnung zeigt -, kann offen bleiben, ob bzw. in welchem Ausmass dem Beschwerdeführer auf Grund dieser lohnmindernden Einschränkungen ein solcher zu gewähren wäre.

4.3 Gestützt auf das Gesagte würde bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'190.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 61'164.-- selbst unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 25%, ein Erwerbsausfall von Fr. 21'317.-- und damit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von aufgerundet 32% ($100\% : \text{Fr. } 67'190.-- \times \text{Fr. } 21'317.--$) resultieren.

E. 5

5.1 Nach diesen Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. 5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 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. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. 5.3 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. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter hat am 16. Juli 2014 bereits unter Berücksichtigung eines gekürzten Stundenansatzes von Fr. 200.-- eine Honorarnote in Höhe von Fr. 2'695.70 eingereicht (act. G 9.1). Diese erscheint mit Blick auf den erforderlichen Aufwand angemessen. Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'695.70 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 5.4 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'695.70 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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