



**Fall-Nr.:** IV 2015/149  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 18.09.2019  
**Entscheiddatum:** 12.02.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.02.2018**

**Art. 28 Abs. 2 IVG, Art. 7 Abs. 1, Art. 8 Abs. 1 ATSG; Abstellen auf die nachvollziehbare und schlüssige polydisziplinäre gutachterliche Arbeits- und Leistungsfähigkeitseinschätzung, da die Berichte der behandelnden Fachärzte in Bezug auf die gutachterlich umschriebene leidensangepasste Tätigkeit keine ernsthaften Zweifel an der gutachterlichen Arbeits- und Leistungsfähigkeitseinschätzung zu begründen vermögen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Februar 2018, IV 2015/149).**

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

IV 2015/149

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter oder Beschwerdeführer) absolvierte keine Berufsausbildung. In der Schweiz arbeitete er ab dem Jahr 1985 als Saisonier im Gerüst- und Gartenbau und ab dem Jahr 1991 mit dem Status Jahresaufenthalter als Arbeiter in einem Produktionsbetrieb in Altstätten (IV-act. 1, 3-2, 13, 51-2 ff., 85 f.; act. G 1.4-2).

A.b Beim Versicherten traten im Jahr 2008 vermehrt Rückenbeschwerden auf (vgl. Fremdakten, interdisziplinäre psychiatrische und rheumatologische Beurteilung vom 4. Dezember 2008, S. 5). Deswegen erfolgte ein stationärer Aufenthalt in der Klinik Valens von 17. Juni bis 5. Juli 2008. Die Klinikärzte diagnostizierten: 1. ein lumbospondylogenes und intermittierend lumboradikuläres Syndrom beidseits mit Rechtsbetonung mit/bei Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung bei Haltungsinsuffizienz, muskulären Dysbalancen, mehrsegmentären degenerativen Veränderungen mit caudal sequestrierter Diskushernie L4/5 rechts, kleiner extraforaminaler flachbogiger Diskushernie L3/4 links mit knappem Kontakt zur Nervenwurzel L3 links, kleinvolumiger medio links-lateraler, nach caudal recessal gerichteter Diskushernie L5/S1 mit dadurch bedingter mittelgradiger Dekonfiguration der Nervenwurzel tasche S1 links, mehrsegmentärer, mittelschwerer bis schwerer, hypertropher lumbaler Spondylarthrose L3-S1, reaktiver Verdickung der Ligamentum flavum; 2. arterielle Hypertonie; 3. psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wurde auf 50% geschätzt (IV-act. 2, vgl. auch IV-act. 6, 9, 10, 18-3 ff., 32).

A.c Am 24. Juli 2008 meldete sich der Versicherte wegen des die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Rückenleidens (Bandscheibenbeschwerden beidseits) und Knieproblemen zum Bezug von Leistungen bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 1, 3, 4, 5).



## St.Galler Gerichte

A.d Mehrere Arbeitsversuche beim bisherigen Arbeitgeber in einer leidensangepassten Tätigkeit mit reduziertem Arbeitspensum scheiterten (IV-act. 22, 26-2). Gemäss der Arbeitgeberin war das vom Versicherten gezeigte Verhalten unzumutbar. So habe er nur widerwillig an einem Schonarbeitsplatz gearbeitet. Der letzte Arbeitstag war der 27. August 2008 (IV-act. 51-2; vgl. dazu Fremdakten, Telefonnotiz vom 13. August 2008 und Arbeitsplatzdokumentation Schonarbeitsplätze).

A.e Im Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums Rheintal B.\_\_\_\_ vom 5. September 2008 wurden folgende Diagnosen gestellt, denen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde: Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und ein lumbospondylogenes und intermittierend lumboradikuläres Syndrom beidseits mit Rechtsbetonung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 36). Im Arztbericht vom 30. Oktober 2008 diagnostizierte der Dermatologe Dr. med. C.\_\_\_\_ ein anuläres elastolytisches Riesenzellgranulom bzw. aktinisches Granulom, welches sich auf Nacken, Hände, Vorder- und Oberarme erstreckte. Die Arbeitsfähigkeit sei dadurch um ca. 20% eingeschränkt (IV-act. 35). Am 12. Dezember 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass wegen des Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 34). Am 25. Februar 2009 wurde ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung mit der Begründung abgelehnt, der Versicherte fühle sich subjektiv nicht in der Lage, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen (IV-act. 48).

A.f Die Arbeitgeberin kündigte nach Ablauf der Sperrfrist das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten per Ende Februar 2009 (IV-act. 45, 51-9; act. G 1.4-2).

A.g Gestützt auf die eingeholten Arztberichte (IV-act. 52, 55) und auf Anraten des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Ostschweiz (nachfolgend RAD; IV-act. 53) veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten durch das Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (nachfolgend ABI; IV-act. 59). Im Gutachten vom 4. November 2009 (IV-act. 64/1-25) wurden folgende Diagnosen, denen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde, genannt: Eine leichte depressive Episode, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bilateral rechtsbetont und ein anuläres elastolytisches Riesenzellgranulom. Als Diagnosen, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, wurden insbesondere eine



Schmerzverarbeitungsstörung, eine arterielle Hypertonie und ein chronisch unspezifisches zervikozephal und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts aufgeführt. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wurde auf 50% und in einer leidensangepassten Tätigkeit (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit unter spezifischen Arbeitsplatzbedingungen wie regelmässig selbständig wechselbare Arbeitsposition, Vermeidung von Oberkörpervorneigepositionen, stereotypen Rotationsbewegungen sowie von repetitivem Heben, Stossen, Ziehen und Tragen über 15 kg) auf 80% eingeschätzt.

A.h Mit Vorbescheid vom 13. Januar 2010 informierte die IV-Stelle den Versicherten über die geplante Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 70, 71). Der Versicherte erhob Einwand und reichte weitere Arztzeugnisse ein (IV-act. 74). Mit Verfügung vom 25. Februar 2010 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren auf eine IV-Rente gestützt auf den ermittelten IV-Grad von 21% ab (IV-act. 75). Die Verfügung trat unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a Am 14. Dezember 2011 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 84). Nach Aufforderung durch die IV-Stelle (IV-act. 87) reichte er weitere Arztberichte u.a. vom Wirbelsäulenzentrum D.\_\_\_\_ und von der Neurologie und Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend KSSG) ein (IV-act. 90, 91, 92). In der Stellungnahme vom 25. Januar 2012 erklärte der RAD, dass mit den eingereichten Arztberichten keine Verschlechterung glaubhaft gemacht werden könne (IV-act. 94).

B.b Mit Vorbescheid vom 30. Januar 2012 informierte die IV-Stelle den Versicherten über das geplante Nichteintreten auf das Leistungsbegehren (IV-act. 96, 97). Mit Schreiben vom 12. Februar und Ergänzung vom 6. März 2012 erhob dieser Einwand (IV-act. 98, 105). Im Arztbericht vom 12. September 2012 diagnostizierte med. prakt. E.\_\_\_\_, Oberärztin am Psychiatrie-Zentrum B.\_\_\_\_, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) mit rezidivierenden depressiven Episoden, abhängig von der bei körperlicher Belastung auftretenden



## St.Galler Gerichte

Schmerzsymptomatik bzw. bei starker psychosozialer Belastung im Zusammenhang mit seinem Wirbelsäulenleiden (IV-act. 112).

B.c In der Folge bot die IV-Stelle dem Versicherten Eingliederungsmassnahmen an (IV-act. 115, 116). Da sich dieser jedoch subjektiv nicht arbeitsfähig fühlte und diesbezüglich auf die ärztlich bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit verwies (IV-act. 119, 120, 121), lehnte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 21. März 2013 den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen ab (IV-act. 123, 125).

B.d Im Rahmen der Rentenprüfung holte die IV-Stelle weitere Arztberichte ein (IV-act. 126, 127, 130, 133). Auf Anraten des RAD (vgl. IV-act. 137) veranlasste die IV-Stelle eine erneute Verlaufsbeurteilung durch das ABI. Diese fand am 20. und 21. Januar 2014 statt (IV-act. 140). Im Gutachten vom 30. Juni 2014 (IV-act. 143) diagnostizierten die Fachärzte ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik sowie anamnestisch bilaterale, linksbetonte Hüftschmerzen. Im Weiteren wurde erklärt, dass dem Versicherten körperlich mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Dagegen bestehe für körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten ohne Arbeiten im Freien eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. In der Stellungnahme vom 11. Juli 2014 erklärte der RAD, dass auf das Gutachten abgestützt werden könne (IV-act. 144).

B.e Mit Vorbescheid vom 17. Juli 2014 informierte die IV-Stelle den Versicherten über den ermittelten Invaliditätsgrad von 25% und die vorgesehene Abweisung des Leistungsbegehrens auf eine IV-Rente (IV-act. 147, 148).

B.f Mit Schreiben vom 30. Juli 2014 (Eingang: 8. August 2014) und Ergänzung vom 5. September 2014 erhob der Versicherte Einwand und reichte zum Nachweis des verschlechterten Zustandes weitere Arztberichte ein (IV-act. 149, 153). Der RAD nahm am 9. Oktober und 24. November 2014 nach Einholung eines Berichts bei der neurochirurgischen Klinik des KSSG (IV-act. 158) Stellung (IV-act. 155, 159). Am 13. März 2015 reichte der Versicherte weitere Arztberichte ein (IV-act. 161 ff.). Am 13. April 2015 erklärte der RAD, dass sich durch die eingereichten Zusatzunterlagen keine Änderungen hinsichtlich der bisherigen Einschätzung ergeben würden (IV-act. 168).



## St.Galler Gerichte

B.g Mit Verfügung vom 15. April 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren auf eine IV-Rente ab (IV-act. 169).

C.

C.a Am 8. Mai 2015 erhob der Versicherte Beschwerde und stellte das Begehren um erneute Überprüfung der Invalidität. Im Weiteren ersuchte er um unentgeltliche Prozessführung und Befreiung von den Gerichtskosten (act. G 1, G 1.2). Zur Begründung führte er insbesondere an, dass sein physischer und psychischer Gesundheitszustand keine 80%ige Leistungsfähigkeit zulassen würde. Gemäss dem Austrittsbericht der Rheinburgklinik, Walzenhausen, vom 21. April 2015 (vgl. act. G 1.4) könne lediglich von einer theoretischen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (sitzende und wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten) von zwei bis drei Stunden pro Tag ausgegangen werden.

C.b Am 3. Juni 2016 reichte der Beschwerdeführer Arztberichte von Dr. med. F.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, Wirbelsäulenzentrum D.\_\_\_\_, vom 31. Oktober 2014 (act. G 4.2, G 4.3) und 12. März 2015 ein (act. G 4.4).

C.c Mit Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie insbesondere aus, dass sich die im Gutachten vom 30. Juni 2014 ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit von 80% für leidensangepasste Tätigkeiten im Vergleich zum Gutachten des Jahrs 2009 nicht verändert habe. Auch die nach der ABI-Begutachtung erstellten und eingereichten Arztberichte vermöchten gemäss der Beurteilung des RAD an der bisherigen Einschätzung nichts zu ändern (act. G 6).

C.d Mit Schreiben vom 19. Juni 2015 wurde gestützt auf die eingereichten Dokumente (act. G 4.1) dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege vor Versicherungsgericht entsprochen (act. G 7).

C.e In der Replik, eingereicht am 3. August 2015, machte der Beschwerdeführer geltend, dass nicht davon ausgegangen werden dürfe, er könne seine Schmerzen überwinden und eine angepasste Tätigkeit zu 80% wahrnehmen. Mit Verweis auf die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung, forderte er zudem die



Mitberücksichtigung der Auswirkungen der Schmerzen auf die Arbeitsfähigkeit und die Alltagsfunktionen (act. G 9).

C.f Mit Schreiben vom 12. August 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik (act. G 11).

C.g Mit Schreiben vom 9. Juni 2016 reichte der Beschwerdeführer den definitiven Austrittsbericht vom 13. April 2016 über die vom 22. März bis 12. April 2016 dauernde stationäre Behandlung in der Klinik G.\_\_\_\_ ein (act. G 17). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme (act. G 19).

### Erwägungen

1.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht eine anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers verneint hat, bzw. ob nun eine rentenbegründende Einschränkung vorliegt.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität 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). Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne 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 sozialpraktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.3 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

2.4 Um 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 zu stellen haben. Aufgabe des



Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen).

2.5 Die Höhe der behinderungsbedingten Erwerbseinbusse hängt, da der Beschwerdeführer als Vollerwerbstätiger zu qualifizieren ist und deshalb ein reiner Einkommensvergleich durchzuführen ist, vor allem von der ärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung ab, d.h. davon, in welchem Umfang für die versicherte Person noch eine Tätigkeit in Betracht fällt (Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG; vgl. BGE 128 V 29 E. 1; 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des Bundesgerichts vom 21. Juli 2014, 9C\_152/2014, E. 3.1).

2.6 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Verwaltung und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2011, 8C\_73/2011, E. 4.1; Art. 61 lit. c ATSG).

2.7 Die Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das gesamte Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (vgl. Art. 61 lit. c ATSG).

2.8 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.



3.1 Die ursprüngliche rentenabweisende Verfügung vom 25. Februar 2010 (IV-act. 75), welche unangefochten in Rechtskraft trat, beruhte im Wesentlichen auf den Erkenntnissen aus der polydisziplinären Begutachtung des Beschwerdeführers durch das ABI am 12. Oktober 2009 (IV-act. 64, vgl. Sachverhalt A.g). Nach erfolgter Wiederanmeldung am 14. Dezember 2011 (IV-act. 84) trat die Beschwerdegegnerin, nachdem sie zuerst eine Nichteintretensverfügung erlassen wollte (vgl. IV-act. 87, 97), auf die Wiederanmeldung ein und prüfte den Leistungsanspruch materiell. Mit Verfügung vom 15. April 2015 wies sie den Anspruch auf eine Invalidenrente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades (25%) ab (vgl. IV-act. 107, 114, 115, 118, 169).

3.2 In der angefochtenen Verfügung vom 15. April 2015 (IV-act. 169) stützte sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auf das ABI-Verlaufsgutachten vom 30. Juni 2014 (IV-act. 143) und die Stellungnahmen des RAD vom 11. Juli, 9. Oktober, 24. November 2014 und 13. April 2015 (IV-act. 144, 155, 159, 168) ab und ging infolgedessen unverändert von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit aus. Diesbezüglich macht der Beschwerdeführer in den Rechtsschriften (vgl. act. G 1, G 4, G 13, G 17) sinngemäss geltend, das ABI-Gutachten vom 30. Juni 2014 sei nicht beweiskräftig, denn die angegebene Arbeitsfähigkeit von 80% sei zu hoch, zumal er sich nach der ABI-Begutachtung erneut einer Rückenoperation (11. Juli 2014) habe unterziehen müssen (vgl. act. G 4.2) bzw. sich sein Gesundheitszustand erneut verschlechtert habe. Die Verschlechterung sei belegt durch den Austrittsbericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 21. April 2015 und den Arztbericht des Wirbelsäulenzentrums D.\_\_\_\_ vom 12. März 2015. Gemäss den Fachärzten betrage seine theoretische Arbeitsfähigkeit lediglich zwei bis drei Stunden pro Tag in einer sitzenden und wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben von Lasten bzw. bis 5 kg (vgl. act. G 1.4, G 4.4). Im Weiteren wendet der Beschwerdeführer ein, sein psychisches Leiden sei von den ABI-Gutachtern nicht ausreichend berücksichtigt worden, denn gemäss Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2016, in welchem u.a. eine rezidivierende depressive Störung (Suizidversuch 2012), gegenwärtig schwere Episode mit jetzt chronischem Verlauf (ICD-10: F33.2), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend narzisstischen Anteilen (ICD-10: F61) ausgewiesen werde, sei längerfristig von einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit auf dem freien Markt auszugehen (vgl. act. G 17.1).



3.3 Festzustellen ist, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowohl im Erstanmeldungs- als auch im Wiederanmeldungsverfahren polydisziplinär durch ABI-Gutachter beurteilt worden war. In beiden Gutachten wurde die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auf 80% eingeschätzt (vgl. IV-act.64, 144). Die den Beschwerdeführer behandelnden Ärzte gehen dagegen sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht von einer geringeren Arbeitsfähigkeit aus (vgl. act. G 1.4-3: AF von 2 bis 3 Stunden pro Tag; act. G 4.3: "Ist wegen den Beschwerden arbeitsunfähig"; act. G 4.4: AF von 2 bis 3 Stunden pro Tag in einer leichten Tätigkeit; act. G 13.2: 100%ige AUF aus psychiatrischer Sicht; act. G 17.1: AF von 0% für jegliche Form von Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt auch längerfristig).

3.4 Nachfolgend ist zuerst das ABI-Gutachten vom 30. Juni 2014 (IV-act. 143) zu würdigen.

3.4.1 An der Begutachtung waren die Fachärzte Dr. med. I.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH (Fallführung), Dr. med. J.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. K.\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie FMH, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Dermatologie FMH, beteiligt. Festzustellen ist, dass mit dieser Besetzung die relevanten medizinischen Fachdisziplinen ausreichend vertreten sind und den Gutachtern die medizinischen Vorakten zur Verfügung standen.

3.4.2 Gemäss dem internistischen und fallführenden ABI-Gutachter Dr. I.\_\_\_\_ entsprachen die erhobenen Befunde denjenigen, die auch in den Akten erwähnt seien. Gegenüber der ersten ABI-Begutachtung im Jahr 2009 sei der Diabetes mellitus und die PAVK neu dazugekommen. Diese hätten jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, weshalb aus internistischer Sicht die Arbeitsfähigkeit weiterhin nicht eingeschränkt sei (IV-act. 143-16).

3.4.3 Der psychiatrische Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ erhob keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0; IV-act. 143-20). Er führte aus, dass die geklagten somatischen Beschwerden durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten, so dass eine gewisse psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Eine eigentliche depressive Störung liege



jedoch nicht vor. Die geklagten Beschwerden seien relativ schwierig einzuordnen, da die geklagten depressiven Symptome überhaupt nicht mit dem Auftreten des Beschwerdeführers übereinstimmten, der einen sehr aktiven, zum Teil auch energischen Eindruck hinterlassen habe. Zudem liege weder eine chronische körperliche Begleiterkrankung vor noch lasse sich ein ausgeprägter sozialer Rückzug feststellen. Schwere lebensgeschichtliche Belastungen fänden sich nicht. Hinweise auf unbewusste Konflikte fehlten, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Dass alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass der Beschwerdeführer auf Grund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation gezeigt habe, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um die Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Die vom Beschwerdeführer geklagten psychischen Beschwerden hätten im Rahmen der Untersuchung nicht objektiviert werden können. So leide er nicht unter Konzentrationsstörungen, Antriebsstörungen oder ausgeprägten depressiven Verstimmungen. Die imperativ vertretene Überzeugung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können und Anrecht auf eine Rente zu haben, seien nicht vereinbar mit einer mittelgradigen oder schweren depressiven Störung. Zudem sei der Blutspiegel des eingenommenen Antidepressivums weit unter dem therapeutischen Bereich gelegen. Im Vergleich zur Untersuchung im Jahr 2009 seien keine eigentlichen depressiven Symptome mehr feststellbar gewesen. Zur Einschätzung des Psychiatrie-Zentrums B.\_\_\_\_ wurde erklärt, dass diese diskrepant sei. So sei in den Jahren 2008 bis 2012 einerseits eine Arbeitsunfähigkeit zwischen 50 und 100% attestiert und andererseits im Bericht vom 12. September 2012 festgestellt worden, dass eine Depression mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht vorliege. Da das Psychiatrie-Zentrum B.\_\_\_\_ festgestellt habe, dass keine eigentliche psychiatrische Komorbidität vorliege, könne aus psychiatrischer Sicht auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei denn auch von den Klinikärzten aufgrund der körperlichen Einschränkungen und psychosozialen Belastungen postuliert worden. Dem Beschwerdeführer könne aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer ganztägigen beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung für berufliche Tätigkeiten, die den körperlichen Einschränkungen angepasst seien (IV-act. 143-19 ff.).



3.4.4 Die orthopädische Untersuchung durch Dr. K.\_\_\_\_ ergab folgende Diagnosen, welchen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wird: 1. ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.5), degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Osteochondrosen, beginnenden Spondylarthrosen und Diskusalterationen, klinisch und bildgebend ohne objektivierbare Kompression neuraler Strukturen (M47.85/M51.2), anamnestisch Angabe von nicht dermatomal zuzuordnenden Ausstrahlungen in die Beine, links grösser als rechts; 2. anamnestisch bilaterale, linksbetonte Hüftschmerzen vor allem gluteal und trochanter (ICD-10: M79.65), intraossäres Ganglion am Femurkopf links (ICD-10: M67.45), aktuell kein erkennbares Defizit. Als Diagnose, die ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei, wurde genannt ein anamnestisch intermittierendes multilokuläres Schmerzsyndrom, aktuell weitgehend ohne objektivierbares Korrelat (ICD-10: R52.1). Gemäss dem Gutachter seien bereits in der Untersuchung im Jahr 2009 degenerative Veränderungen fast der ganzen Wirbelsäule festgestellt worden. Basierend auf den erhobenen Befunden ging der Gutachter aus orthopädischer Sicht für körperlich leichte Tätigkeiten in Wechselposition, wobei eine Hebe- und Traglimite von 10 kg nur ausnahmsweise und von 15 kg nicht überschritten wird und keine länger dauernden Zwangshaltungen des Rumpfes oder der unteren Extremitäten vorkommen, von einer vollzeitlichen Arbeitsfähigkeit mit einer um 20% reduzierten Arbeitsleistung aus. Diese Einschätzung entspreche der bereits im Gutachten des Jahres 2009 attestierten Arbeitsfähigkeit. Bereits damals hätten sich deutliche Diskrepanzen bei vergleichbaren klinischen Befunden, die auf eine Selbstlimitierung des Beschwerdeführers hinwiesen, gezeigt. In Bezug auf die weiteren Arztberichte und insbesondere diejenigen von Dr. F.\_\_\_\_ wird im Gutachten festgestellt, dass sich keine sehr gute Korrelation zwischen den Beschwerdeangaben und den bildgebenden Befunden finden lasse. Es sei eine klare Selbstlimitation erkennbar, denn bei geduldiger Untersuchung habe der Beschwerdeführer deutlich bessere Ressourcen mobilisieren können. Im Weiteren weist der Gutachter darauf hin, dass es nicht statthaft sei, undifferenziert eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten rein aufgrund von bildgebend sichtbaren degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule zu attestieren. Korrekterweise hätten nur für belastende Tätigkeiten wesentliche Einschränkungen attestiert werden dürfen (IV-act. 143 25 ff.).



3.4.5 In der dermatologischen Untersuchung durch Dr. L.\_\_\_\_ zeigte sich ein anuläres elastolytisches Riesenzellgranulom (ICD-10: K10.1) bei Status nach Analfissur (ICD-10: K60.2). Es bestehe aus dermatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Freien. Zudem müsse der Kontakt zu Chemikalien gemieden werden. Für angepasste Tätigkeiten in geschlossenen Räumlichkeiten bestehe dagegen keine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 143-29 f.).

3.4.6 In der Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, dass sich die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden mit den objektivierbaren Befunden nicht vollständig erklären liessen. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeit ohne Arbeiten im Freien bestehe eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (ganztägig verwertbar, erhöhter Pausenbedarf). Insgesamt habe sich die Arbeitsfähigkeit seit der letzten Untersuchung im Jahr 2009 nicht verändert. Es könne dem Beschwerdeführer zugemutet werden, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer angepassten Tätigkeit nachzugehen (IV-act. 143-31 ff.).

3.4.7 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers vermag mit Blick auf das zuvor Gesagte das ABI-Gutachten vom 30. Juni 2014 zu überzeugen. Es beantwortet die gestellten Fragen umfassend, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beeinträchtigungen, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten erstellt und ist in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso wurden die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Das Gutachten wird damit den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. Erwägung 2.8) gerecht. Ihm ist daher volle Beweiskraft zuzuerkennen.

3.5 Der Beschwerdeführer reichte verschiedene Arztberichte von behandelnden Ärzten zum Nachweis einer höheren Arbeitsunfähigkeit ein. Nachfolgend sind insbesondere die nach der ABI-Begutachtung erstellten fachärztlichen Berichte zu würdigen.

3.5.1 In Bezug auf die Arztberichte des Facharztes für orthopädische Chirurgie Dr. F.\_\_\_\_ ist festzustellen, dass die gestellten orthopädischen Befunde und Diagnosen weitestgehend mit denjenigen des orthopädischen ABI-Gutachters übereinstimmen.



Die Berichte enthalten jedoch nur wenig differenzierte und nachvollziehbare Aussagen zur Arbeitsfähigkeit. Im Arzzeugnis vom 31. Oktober 2014 (IV-act. 163-3) wird zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit auf gescheiterte Arbeitsversuche nach dem 21. Juni 2011 verwiesen. Dazu ist festzustellen, dass die letzten aktenkundigen Arbeitsversuche im Jahr 2008 bei der früheren Arbeitgeberin stattfanden. Bereits damals scheiterten die Arbeitsversuche insbesondere an der Selbstlimitierung des Beschwerdeführers (vgl. Sachverhalt A.d). Im Arztbericht vom 12. März 2015 (IV-act. 163) erklärte Dr. F.\_\_\_\_, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädischen Gründen eine tägliche Arbeitszeit in einer körperlich leichten Tätigkeit (Gewichtsbelastung bis 5 kg) von zwei bis drei Stunden zumutbar sei, wobei die Anwesenheitsdauer erhöht werden könne, um vermehrte Pausen zu ermöglichen. Aus dieser Umschreibung der Arbeitsfähigkeit kann nicht unbesehen gefolgert werden, dass dem Beschwerdeführer eine besonders leichte Tätigkeit (bspw. eine Kontrolltätigkeit) nicht ganztägig mit einem Leistungsgrad von 80% gemäss der gutachterlichen Einschätzung zumutbar wäre. Die Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ vermögen daher die gutachterliche Einschätzung betreffend einer zumutbaren leidensangepassten Tätigkeit bei einem Leistungsgrad von 80% nicht zu widerlegen.

3.5.2 Im Schreiben des Psychiatrie-Zentrums B.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2015 zu Händen des Sozialamtes (IV-act. 164) wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert, wobei der Einfluss der psychiatrischen Symptomatik auf die Arbeitsunfähigkeit wechselt und nicht isoliert von den körperlichen Beschwerden betrachtet werden könne. Dieser Bericht bringt keine neuen Erkenntnisse, welche die Einschätzung der ABI-Gutachter und des RAD widerlegen würde, denn es fehlen insbesondere differenzierte Aussagen zu den Auswirkungen der psychischen Leiden auf die Arbeitsfähigkeit und speziell hinsichtlich des vom ABI definierten Anforderungsprofils für eine leidensangepasste Tätigkeit. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass selbst für eine leidensangepasste Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegen soll.

3.5.3 Im Austrittsbericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 21. April 2015 (act. G 1.4-3) wird die theoretische Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (sitzende und wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Lasten) unter Berücksichtigung der emotionalen Situation mit zwei bis drei Stunden pro Tag angegeben. Die Aussagekraft der Arbeitsfähigkeitseinschätzung muss jedoch relativiert werden, denn gemäss dem



Klinikbericht bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen der vom Beschwerdeführer beschriebenen Leistungsfähigkeit im Alltag und derjenigen in den durchgeführten Tests, welche deutlich geringer gewesen sei (act. G 1.4-3).

3.5.4 Zum Austrittsbericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2016 (act. G 17.1) ist festzustellen, dass sich dieser auf den Klinikaufenthalt vom 22. März bis 12. April 2016 bezieht und damit auf einen Zeitraum nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. April 2015. Zum vorliegend relevanten Zeitraum vor Verfügungserlass (vgl. dazu BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N 99 zu Art. 61) können aus dem Bericht keine gesicherten Erkenntnisse zur Arbeitsfähigkeit bis zum Verfügungserlass gewonnen werden, zumal der Beschwerdeführer gegenüber den Klinikärzten kundtat, dass er seit Dezember 2015 - und damit nach Verfügungserlass - nun unter weiter zunehmenden Problemen mit Schmerzen und depressiven Symptomen leide.

3.6 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Arztberichte der behandelnden Fachärzte die im ABI-Gutachten ausgewiesene Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% hinsichtlich einer zumutbaren leidensangepassten Tätigkeit nicht derart zu erschüttern bzw. gar zu widerlegen vermögen, dass weitere Abklärungen geboten wären bzw. nicht mehr auf das ABI-Gutachten vom 30. Juni 2014 (und die RAD-Stellungnahmen) abgestellt werden könnte. An dieser Einschätzung vermag die Diskushernienoperation im Juli 2014 nichts zu ändern, wurde doch die Rückenproblematik insgesamt vom ABI-Gutachter erkannt, gewürdigt und im Anforderungsprofil für eine zumutbare leidensangepasste Tätigkeit berücksichtigt. Vom RAD wurde gestützt auf den eingeholten Bericht der Neurochirurgischen Klinik des KSSG vom 31. Oktober 2014 (IV-act. 158) nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass die nach dem ABI-Gutachten erstellten Arztberichte an der Arbeits- und Leistungsfähigkeitseinschätzung der ABI-Gutachter bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit nichts zu ändern vermöchten. So habe sich die therapierefraktäre Schmerzsymptomatik im Dermatome L4 links, die von einer extraforaminalen lumbalen Diskushernie L4/5 links hergerührt habe, nach einer mikrochirurgischen Herniensanierung komplett zurückgebildet. Damit sei der Beschwerdeführer wieder auf die im ABI-Gutachten beschriebene Funktions- und Beurteilungsebene zurückgekehrt, so dass auf das ABI-Gutachten und die bisherigen



RAD-Einschätzungen weiterhin abgestellt werden könne (IV-act. 155, 159). Es ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Selbstlimitierung die leidensangepassten Tätigkeiten gemäss ABI-Gutachten ausführen kann (z.B. eine Kontrolltätigkeit in einem Produktionsbetrieb). Folglich ist auf die vom ABI festgelegte Arbeits-/Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 80% abzustellen.

4.

Im Weiteren ist der Grad der Invalidität zu bestimmen. Dafür wird gemäss Art. 16 ATSG 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (vgl. auch Erwägung 2.5).

4.1 Da vorliegend mangels gegenteiliger Hinweise davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer als Gesunder im gleichen Umfang in seiner bisherigen Tätigkeit weitergearbeitet hätte, bildet das zuletzt vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Einkommen einen wichtigen Anhaltspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens. Den Akten kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer beim Auftreten der gesundheitlichen Beschwerden als Produktionsmitarbeiter im Schichtbetrieb bei der M.\_\_\_\_ AG angestellt war (IV-act. 51). Gemäss den Angaben der damaligen Arbeitgeberin vom 4. März 2009 verdiente er in seinem 100%-Pensum zuletzt Fr. 61'973.- pro Jahr (IV-act. 51). Die Beschwerdegegnerin ging folglich korrekt im Erstanmeldungsverfahren von einem Valideneinkommen von Fr. 61'973.- (IV-act. 68, 75) und im Wiederanmeldungsverfahren unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von einem solchen von Fr. 65'872.- (IV-act. 145, 169) aus.

4.2 Beim Invalidenlohn stellte die Beschwerdeführerin auf die Tabellenwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (Privater Sektor, Niveau 4) ab. Ausgehend vom Tabellenlohn im Erstanmeldungsverfahren von Fr. 61'466.- (vgl. IV-act. 68) und im Wiederanmeldungsverfahren von Fr. 61'776.- (vgl. IV-act. 145) sowie einer Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 80% ermittelte sie einen erzielbaren Invalidenlohn von Fr. 49'174.- bzw. Fr. 49'421.-. Da diese Art der



Bestimmung des Invalidenlohns der langjährigen Rechtsprechung entspricht und keine (Ermittlungs-) Fehler ersichtlich sind, ist auf den von der Beschwerdegegnerin im Wiederanmeldungsverfahren ermittelten Invalidenlohn von Fr. 49'421.- abzustellen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; 129 V 475 E. 4.2.1).

4.3 Ein Valideneinkommen von Fr. 65'872.- und ein Invalideneinkommen von Fr. 49'421.- ergeben einen Invaliditätsgrad von 25%.

4.4 Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne angemessen gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen können (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg zu verwerten in der Lage sind (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Dabei hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen – insbesondere auch von invaliditätsfremden Faktoren – des konkreten Einzelfalles ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Tabellenlohnabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 75 E. 5b; 129 V 472 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte bei der Ermittlung des Invaliditätsgrads keinen Leidensabzug (vgl. IV-act. 145). Diesbezüglich ist festzustellen, dass im zuvor ermittelten Invalidenlohn die 20%ige Leistungsreduktion bereits berücksichtigt ist, weshalb nur noch die qualitativen Einschränkungen, welche zu einer unterdurchschnittlichen Bezahlung im Vergleich zum Durchschnittslohn führen, zu berücksichtigen sind. Ein 15% übersteigender Abzug erscheint vorliegend jedenfalls nicht gerechtfertigt, zumal der Beschwerdeführer über langjährige Erfahrung in einem Produktionsbetrieb sowie über recht gute Deutschkenntnisse verfügt, welche wirtschaftlich verwertbar sind (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2017, 9C\_200/2017, E. 4). Da auch der hier höchstmöglich in Frage kommende Abzug von 15% keinen Rentenanspruch zu bewirken vermag (resultierender Invaliditätsgrad von 36%; vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG), kann eine exakte Bestimmung des Abzugs vorliegend unterbleiben.



4.5 Liegt wie vorliegend der Invaliditätsgrad unter 40%, besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente der Invalidenversicherung (vgl. Erwägung 2.2).

5.

5.1 Nach dem Gesagten 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 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 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 von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.- befreit.