



Fall-Nr.: IV 2008/481
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 14.07.2020
Entscheiddatum: 22.06.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 22.06.2010

**Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juni
2010, IV 2008/481).**

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und
Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 22. Juni 2010

in Sachen

T.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Arthur Andermatt, Teufener Strasse 8, Postfach,
9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:



A.

T.____ (Jg. 1960) meldete sich am 14. Dezember 2006 zum Bezug von IV-Leistungen an. Im Gesuchsformular gab er u.a. an, er habe in seinem Herkunftsland acht Jahre die Grundschule besucht; er habe keinen Beruf erlernt. Dr. med. A.____ berichtete der IV-Stelle am 16. Januar 2007, der Versicherte leide an einer koronaren Herzkrankheit bei St. n. Myokardinfarkt 10/06 (Bypassoperation bei schwerer RIVA-Stenose), an einem PAVK bds. Stadium IIa (St. n. PTA der A. femoralis 2002), an intermittierender symptomatischer fokaler Epilepsie (epileptischer Anfall im September 2006 und 2004) sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – an einer unklaren pulmonalen Raumforderung im Unterlappensegment rechts, an Hyperalbuminämie unklarer Aetiologie, an Nierenarterienstenose links 90% und an Hyperlipidämie. Dr. med. A.____ ging von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten als Bauarbeiter seit dem 17. September 2006 aus. Nach der Bypassoperation habe der Versicherte eine Rehabilitation in Gais absolviert, die gut verlaufen sei. Der Versicherte fühle sich körperlich wieder fit. Wegen der intermittierend auftretenden Epilepsie sei der Versicherte "auf dem Bau" nur noch beschränkt arbeitsfähig. Er sei schon zweimal am Arbeitsplatz zusammengebrochen. Es bestehe nur eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit für Arbeiten, bei denen ein epileptischer Anfall weder eigen- noch fremdgefährdend wirken könne. An einem diesbezüglich geeigneten Arbeitsplatz seien dem Versicherten auch mittelschwere belastende Arbeiten ganztags zumutbar. Die B.____ teilte der IV-Stelle am 31. Januar 2007 mit, der Versicherte sei bis 30. Juni 2005 fest zu 100% angestellt gewesen. Ab 1. Juli 2005 habe nur noch ein befristeter Arbeitsvertrag bestanden. Dieser sei Mitte Dezember 2005 ausgelaufen. Im Jahr 2005 habe der Versicherte einen Jahreslohn von Fr. 56'554.- erzielt. Das Kantonsspital St. Gallen berichtete der IV-Stelle am 21. Februar 2007, der Versicherte leide an einer koronaren Herzkrankheit (Vorderwandinfarkt 09/06, zweifache aorto-koronare Bypass-Operation 30.10.2006, vormals schwere, aktuell leichte linksventrikuläre Funktionseinschränkung), an einer peripher-arteriellen Verschlusskrankheit (Claudicatio vom Unterschenkeltyp IIb), an einer Epilepsie mit Grand-mal-Anfällen (anfallfrei unter Tegretol-Medikation) und – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – an Stenosen der Ae. carotides bds. und an Nierenarterienstenose. Die Ärztinnen des Kantonsspitals führten weiter aus, als Strassenbauarbeiter sei der Versicherte seit dem 17. September 2006 zu 100% arbeitsunfähig. Kardialerseite bestünden ein stabiler Verlauf und eine günstige



St.Galler Gerichte

Prognose, sofern die sekundärprophylaktischen und Lifestyle-Massnahmen beibehalten werden könnten. Gegenüber dem postoperativen Befund habe sich die linksventrikuläre Funktion verbessert. Sie sei noch leicht eingeschränkt. Kardialerseits sei dem Versicherten eine leichte bis mässig strenge ganztägliche Arbeit zumutbar. Limitierend seien die peripher-arterielle Verschlusskrankheit und die Fremd- und Selbstgefährdung im Rahmen der Epilepsie. Die Verschlusskrankheit sollte angiologisch abgeklärt werden. Am 7. Mai 2007 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Wartezeit erst am 17. September 2007 ablaufen werde. Dann werde sie die Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente prüfen.

B.

Dr. med. A.____ berichtete der IV-Stelle am 8. September 2007, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verschlechtert. Die Leistungsfähigkeit sei eingeschränkt durch eine intermittierend auftretende Angina pectoris, die durch eine medikamentöse Intensivierung angegangen worden sei, und durch die periphere arterielle Verschlusskrankheit mit Abnahme der Gehstrecke und zunehmenden symptomatischen Wadenkrämpfen. Im Bereich der Beinarterien seien bereits mehrere Dilatationen durchgeführt worden. Aktuell bestehe die Therapie in medikamentösen Massnahmen. Trotz der Intensivierung der medizinischen und der medikamentösen Massnahmen habe insgesamt nur ein Teil der Verschlechterung aufgefangen werden können. Zumutbar seien nur noch körperlich leichte Arbeiten. Die Arbeitsfähigkeit sei massiv eingeschränkt (15-20% in Etappen). Das Kantonsspital St. Gallen gab am 5. November 2007 an, kardialerseits bestehe ein stabiler Verlauf mit einer günstigen Prognose bei entsprechenden sekundärprophylaktischen Massnahmen. Gemäss dem Untersuch vom 31. Januar 2007 sei der Versicherte hinsichtlich der linksventrikulären Funktion noch leicht eingeschränkt. Gemäss einer angiologischen Untersuchung vom 8. Oktober 2007 bestehe unverändert eine stabile Wadenclaudicatio rechtsbetont bei peripher-arterieller Verschlusskrankheit, die bei einer körperlichen Tätigkeit stark einschränkend wirke. Die Angiologie des Kantonsspitals St. Gallen berichtete der IV-Stelle am 21. November 2007, am 8. Oktober 2007 sei eine Duplexkontrolle ein Jahr nach der Dilatation einer Nierenarterienstenose erfolgt. Festgestellt worden seien ein Rezidiv und eine Stenose rechts. Der Versicherte habe keine Beschwerden angegeben.

C.



Die IV-Stelle beauftragte den Internisten Dr. med. C.____ am 12. Dezember 2007 mit einer Begutachtung. Dr. med. C.____ berichtete in seinem Gutachten vom 18. Februar 2008, die Deutschkenntnisse des Versicherten seien rudimentär. Obwohl die Fragen sehr einfach formuliert worden seien, habe der Versicherte etliche von ihnen nicht verstanden. Der Versicherte habe angegeben, beim Gehen habe er schon nach etwa 300m rechtsbetonte Wadenschmerzen. Deshalb gehe er nicht mehr schwimmen und Velo fahren könne er auch nicht mehr. Die einzige Aktivität seien kurze Spaziergänge von höchstens einer Stunde Dauer, wobei er vier- bis fünfmal anhalten müsse. Dr. med. C.____ führte weiter aus, es bestehe eine schwerwiegende Kombination von soziokulturellen Anpassungsproblemen und sozioökonomischen Schwierigkeiten bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz mit zunehmendem Schwund von Zukunftsvisionen und Abhängigkeit von sozialen Institutionen. Dr. med. C.____ stellte folgende Diagnosen: PAVK Stadium IIa rechts und mutmasslich IIb links, erstmaliges Auftreten 2004, St. n. PTA der Arteria femoralis superficialis bds. 2002, fokale Epilepsie mit St. n. vermutlich drei epileptischen Anfällen 12/04, 12/05 und atypisch 12/06, seither unter Tegretol anfallfrei sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – allgemeine atheromatöse Makroangiopathie mit koronarer und hypertensiver Herzkrankheit, St. n. anteroseptalem Myokardinfarkt am 17. September 2006, zweifache AC-Bypassoperation bei Eingefässerkrankung des RIVA am 30. Oktober 2006 mit seither normaler EF von 50%, fehlenden Zeichen von Angina pectoris und kardialen Insuffizienzsymptomen, Arteriosklerose der extrakraniellen Kopfgefässe, St. n. PTA und Stenteinlage der Arteria renalis links am 3. Dezember 2006 mit aktuell normaler renaler Funktion und soziokulturelle Problematik bei Maladaptation, fehlender Sprachkenntnis, mangelnder Ausbildung und einfachem Psychostatus. In seiner Beurteilung führte Dr. med. C.____ aus, der Versicherte leide an einer schweren, generalisierten makroangiopathischen Atheromatose, wobei insbesondere die PAVK IIa rechts und die PAVK IIb links bezüglich Lebensqualität das grösste Defizit darstellten. Von kardialer Seite bestehe keine Einschränkung. Man finde keine kardialen Insuffizienzzeichen bei guter EF, keine Rhythmusstörungen und keine pektanginösen Beschwerden. Auch die pulmonale Situation sei im Normbereich. Von Seiten der Nierenarterienstenose bestehe klinisch keine Relevanz. Dasselbe gelte für die Atheromatose im Bereich der Hirnarterien. Die Situation der unteren Extremitäten sei noch nie quantitativ exploriert worden. Dies wäre in bezug auf therapeutische



interventionelle oder operative Massnahmen wichtig, um die einzige klinisch relevante Beeinträchtigung beheben oder zumindest verbessern zu können, nämlich die Beweglichkeitseinschränkung durch die Claudicatio rechtsbetont. Diese Einschränkung verhindere nämlich auch die Durchführung herzkreislaufaufbauender Fitnessmassnahmen. Gegenwärtig sei die körperliche Betätigung auf kleine Spaziergänge reduziert. An eine Rehabilitation könne erst gedacht werden, wenn die arterielle Zirkulation der unteren Extremitäten optimiert sei (mittels PTA oder Bypassoperation). Als Bauarbeiter könne der Versicherte einerseits wegen seiner Körpereinsatzlimitierung als Folge der peripheren Verschlusskrankheit und andererseits wegen der Epilepsie nicht mehr arbeiten. In sitzender Position und beim unbelasteten Gehen über eine Strecke von maximal 300m könne der Versicherte ohne weiteres eingesetzt werden. Ein reduzierter Arbeitseinsatz bestehe seit dem Myokardinfarkt am 17. September 2006. Eine leichte Tätigkeit in vorwiegend sitzender Position mit der Möglichkeit, die Position zu ändern (aufstehen, umhergehen) sei an sechs Stunden täglich (zweimal drei Stunden) möglich. Das entspreche einem Einsatz von ca. 40%. Diese Situation könnte durch die angegebenen beiden medizinischen Massnahmen verbessert werden.

D.

Dr. med. C.____ teilte am 26. März 2008 ergänzend mit, dass er eine lange Anamneseerhebung "mit Händen und Füssen" habe machen müssen. Die Angabe einer Einsatzfähigkeit von 40% sei klar ein "Verschreiber" gewesen. Wenn der Versicherte während sechs Stunden einer adaptierten Tätigkeit nachgehe, entspreche das einer Arbeitsfähigkeit von 75%. Die IV-Stelle ordnete eine Ergänzung der Begutachtung durch eine Befragung des Versicherten unter Beizug eines Dolmetschers an. Dr. med. C.____ teilte anschliessend mit, die Angaben des Versicherten seien dank der Übersetzung präziser, nachvollziehbarer und kohärenter erfassbar gewesen. Die Anamnese, die Schilderung des Beschwerdebildes und der aktuellen subjektiven Schwierigkeiten sowie der Status hätten sich dadurch aber nicht geändert, so dass der Bericht vom 18. Februar 2008 schlüssig bleibe. Es müsse unbedingt eine angiologische Abklärung der Beinarterie durchgeführt werden. Aufgrund des sozialen Rückzugs und der Unfähigkeit, mit jemandem über die sozioökonomischen und ökosozialen Probleme



sprechen zu können, sei ein psychiatrisch psychotherapeutischer Support sinnvoll. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung bleibe gültig.

E.

Die IV-Stelle hielt in einer internen Notiz vom 31. Juli 2008 u.a. fest, es sei von einer 70-75%igen adaptierten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Aufgrund der leichten Tätigkeit sei ein Leidensabzug von 10% zu prüfen. Bei einer Umsetzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit von zweimal drei Stunden täglich bestehe kein Anspruch auf einen Teilzeitabzug. Die IV-Stelle verglich ein Valideneinkommen 2008 als Bauarbeiter von Fr. 58'499.- mit einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 36'854.- und ermittelte so einen Invaliditätsgrad von 37%. Mit einem Vorbescheid vom 5. August 2008 teilte sie dem Versicherten mit, dass sie beabsichtige, sein Leistungsbegehren abzuweisen. Der Versicherte liess am 25. September 2008 einwenden, die vom Gutachter empfohlenen Abklärungen seien durchgeführt worden. Man habe von einer Operation abgesehen. Das zumutbare Invalideneinkommen hätte gekürzt werden müssen, da der Lohn gemäss der LSE höher sei als das Valideneinkommen. Die Zumutbarkeitsschätzung des "IV-Arzt" müsse erneut überprüft werden. Ein Abzug von lediglich 10% sei ungenügend. Dr. med. D.____ vom RAD hielt am 15. Oktober 2008 fest, die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachters sei klar: 70-75% (z.B. zweimal drei Stunden pro Tag). Der Gutachter habe die eingeschränkte Gehfähigkeit gewürdigt. Keiner der involvierten Fachärzte habe die Schätzung des Hausarztes gestützt. Mit einer Verfügung vom 15. Oktober 2008 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab.

F.

Der Versicherte liess am 19. November 2008 Beschwerde erheben und die Rückweisung an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung beantragen. Allenfalls sollte ab September 2007 eine ganze Rente zugesprochen werden. Zur Begründung wurde ausgeführt, das Gutachten von Dr. med. C.____ entspreche nicht den gängigen Kriterien. Zudem habe es angeblich im entscheidenden Punkt, der Arbeitsfähigkeitsschätzung, einen Schreibfehler aufgewiesen. Schliesslich sei es nicht von einem medizinischen Endzustand ausgegangen, denn es seien zwei medizinische



Massnahmen empfohlen worden. Der Gutachter sei davon ausgegangen, dass diese Massnahmen durchgeführt werden müssten, damit eine Beschäftigung in einer adaptierten Tätigkeit möglich sei. Die Vorhersage des Gutachters, dass der Gesundheitszustand sich mit der Operation bessern werde, sei nicht eingetroffen, weil die Angiologie des Kantonsspitals St. Gallen von einer Operation abgeraten habe. Es müsse deshalb ein neues Gutachten erstellt werden. Damit könnte auch der Fehler korrigiert werden, dass keine multidisziplinäre Begutachtung vorgenommen worden sei, obwohl multiple Diagnosen gestellt worden seien. Die Invaliditätsbemessung erscheine in mehrfacher Hinsicht als nicht adaptiert. Aufgrund der Einschränkung könne nicht vom Valideneinkommen als der Grundlage des Invalideneinkommens ausgegangen werden. Auf dem Bau müssten die Lohnerhöhungen gemäss dem Landesmantelvertrag berücksichtigt werden. Gemäss den Angaben des Arbeitgebers habe sich der Lohn 2005 für 11,5 Monate auf Fr. 56'574.-, umgerechnet auf 12 Monate auf Fr. 59'012.- belaufen. Die Entlohnung sei unterdurchschnittlich gewesen. Dies müsse entweder beim Validen- oder beim Invalideneinkommen berücksichtigt werden. Der zusätzliche Abzug betrage 25% (einfaches Gemüt, mangelnde Sprachkenntnisse, Teilzeitarbeit, lange Betriebszugehörigkeit).

G.

Die IV-Stelle beantragte am 8. Januar 2009 die Abweisung der Beschwerde. Sie führte zur Begründung aus, der Internist Dr. med. C.____ habe keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen in seinem Fachgebiet festgestellt. Deshalb sei die Arbeitsfähigkeitsschätzung (70-75%) überzeugend. Da es alle Voraussetzungen erfülle, sei dem Gutachten die volle Beweiskraft beizumessen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Hausarztes sei nicht nachvollziehbar. Auszugehen sei von einer Arbeitsfähigkeit von 72,5%. Massgebend seien die Einkommenszahlen des Jahres 2007. Der Versicherte habe 2004 Fr. 54'223.- verdient. Die Anpassung an die Nominallohnentwicklung bis 2007 ergebe ein Valideneinkommen von Fr. 56'294.-. Der durchschnittliche Bruttojahreslohn für Hilfsarbeiter habe 2007 Fr. 60'165.- betragen. Das Valideneinkommen liege mit 6,4% nicht deutlich unter dem Tabellenlohn, weshalb eine sogenannte Parallelisierung unterbleiben müsse. Ein Teilzeitabzug von 10% sei gerechtfertigt. Weitere Gründe für einen Abzug fehlten. Damit belaufe sich das Invalideneinkommen auf Fr. 39'258.-. Der Invaliditätsgrad betrage somit rund 30%.



H.

Der Versicherte liess am 27. Februar 2009 einwenden, es sei ein "Behindertenabzug" von 25% vorzunehmen. Gemäss dem Landesmantelvertrag für das Baugewerbe hätte das Einkommen 2008 Fr. 61'992.- betragen. Bei dem zumutbaren Invalideneinkommen gemäss der Verfügung von Fr. 36'854.- resultiere ein Invaliditätsgrad von 40,6%. Da keine Operation erfolgt sei, habe sich die gutachterliche Annahme, die Situation könne medizinisch verbessert werden, nicht realisiert. Damit habe sich das Gutachten als unzutreffend erwiesen.

I.

Die IV-Stelle verzichtete am 12. März 2009 auf eine Stellungnahme zur Replik.

Erwägungen:

1.

Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der 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 die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Die Ermittlung des Validen- und des zumutbaren Invalideneinkommens setzt die vorgängige Definition der Validen- und der Invalidenkarriere voraus. Gemäss den Angaben der B.____ war der letzte Arbeitstag des Beschwerdeführers der 15. Dezember 2005. An diesem Tag lief der befristete Arbeitsvertrag aus. Der Grund für den Wechsel von einer regulären, unbefristeten Anstellung zu einer befristeten Beschäftigung war gemäss den Angaben der B.____ deren wirtschaftliche Schwierigkeiten gewesen. Es ist nicht bekannt, ob der Beschwerdeführer im Jahr 2006 wieder für die B.____ hätte arbeiten können, wenn er gesund geblieben wäre. Wahrscheinlicher ist, dass er arbeitslos geworden wäre. Unter diesen Umständen kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer im fiktiven "Gesundheitsfall" weiterhin zu demselben Lohn wie bis Ende 2005 (oder gar wie bis Ende Juni 2005) hätte arbeiten können. Aufgrund der



langjährigen Beschäftigung in einem Bauunternehmen hätte der Beschwerdeführer eine neue Stelle im Bereich des Baugewerbes gesucht und gefunden. Die Validenkarriere ist deshalb diejenige eines Bauhilfsarbeiters. Allerdings kann das Valideneinkommen im vorliegenden Fall ausnahmsweise nicht anhand des zuletzt erzielten Lohns ermittelt werden. Im massgebenden Zeitpunkt hätte nämlich kein Arbeitsverhältnis mit der B.____ mehr bestanden, auch wenn der Beschwerdeführer gesund geblieben wäre. Das Valideneinkommen des Beschwerdeführers bemisst sich deshalb nach dem statistisch ermittelten Durchschnittslohn eines Hilfsarbeiters in der Baubranche. Der Beschwerdeführer geht seit dem 15. Dezember 2005 keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Die zumutbare Invalidenkarriere muss deshalb auf andere Weise bestimmt werden. Dabei ist von der ärztlichen Umschreibung der noch zumutbaren Art von Hilfsarbeiten auszugehen. Dr. med. C.____ hat im Gutachten vom 18. Februar 2008 angegeben, es müsse sich um eine körperlich leichte Tätigkeit in vorwiegend sitzender Position handeln, bei welcher der Beschwerdeführer auch aufstehen und umhergehen könne. Der Beschwerdeführer hat gegen das Gutachten von Dr. med. C.____ sinngemäss eingewendet, es beruhe auf der Fiktion, dass die vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen erfolgreich durchgeführt worden seien. Diese Auffassung des Beschwerdeführers trifft nicht zu, denn Dr. med. C.____ hat seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung den bei der Untersuchung angetroffenen Gesundheitszustand zugrunde gelegt. Da die vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen, würden sie erfolgreich durchgeführt, nichts an der Beschränkung auf körperlich leichte Arbeiten ändern würden und da es keinen statistisch ausgewiesenen Lohnnachteil bei körperlich leichten im Vergleich zu körperlich beanspruchenden Hilfsarbeiten gibt, ist die Umschreibung einer behinderungsadaptierten Erwerbstätigkeit durch Dr. med. C.____ als überwiegend wahrscheinlich richtig zu qualifizieren. Der ausgeglichene Markt für Hilfsarbeiten weist erfahrungsgemäss in praktisch allen Branchen Stellen auf, an denen der Beschwerdeführer seine verbliebene Arbeitsfähigkeit unter Einhaltung der qualitativen Vorgaben (körperlich leicht, Möglichkeit des freien Positionswechsels) verwerten könnte. Die zumutbare Invalidenkarriere ist deshalb eine entsprechende Hilfsarbeit ohne Beschränkung auf eine bestimmte Branche.

2.



2.1 Laut der praxismässig anwendbaren Tabelle TA1 im Anhang zu der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE, hier für das Jahr 2006) belief sich der Durchschnittslohn (Zentralwert) der Hilfsarbeiter im Baugewerbe bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Std. auf Fr. 5007.-. Die durchschnittliche betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Baugewerbe betrug aber 2006 und 2007 nicht 40, sondern 41,7 Std. Das entspricht einem Durchschnittslohn von Fr. 5219.80 bzw. Fr. 62'638.-. Gemäss der ebenfalls vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnentwicklung 2007, Tabelle T1.05, waren die Löhne im Baugewerbe im Jahr 2007 um 1,7% höher als im Jahr 2006. Der massgebende Durchschnittslohn für 2007 beläuft sich somit auf Fr. 63'703.-. Dieser Betrag gibt als Valideneinkommen die – hypothetische – erwerbliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bei voller Gesundheit wieder. Auch zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens des Beschwerdeführers ist auf die Tabelle TA1 im Anhang zur LSE 2006 abzustellen. Massgebend ist hier aber nicht der Durchschnittslohn in der Branche "Baugewerbe", sondern der Durchschnittslohn aller Branchen, da für körperlich leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit, bei der Arbeit nach Bedarf aufstehen und umhergehen zu können, in den meisten Branchen Arbeitsstellen vorhanden sind. Der Durchschnittslohn (Zentralwert) belief sich im Jahr 2006 auf Fr. 4732.-, umgerechnet auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit aller Branchen von ebenfalls 41,7 Std. auf Fr. 4933.10 bzw. Fr. 59'197.-, der (allgemeinen) Nominallohnentwicklung (1,6%) angepasst auf Fr. 60'144.-. Dieser Betrag gibt aber noch nicht die erwerbliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung der Gesundheitsbeeinträchtigung wieder, denn dazu muss noch eine Reduktion um die Arbeitsunfähigkeit und allenfalls um den (in der Verwaltungspraxis missverständlich so bezeichneten) "Leidensabzug" vorgenommen werden. Die Beschwerdegegnerin grundsätzlich hat auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. C.____ abgestellt, indem sie von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% (untere Grenze der ursprünglich angegebenen 70-75%) ausgegangen ist. Allerdings hat sie übersehen, dass Dr. med. C.____ bezogen auf einen Arbeitstag von acht Stunden am 26. März 2008 eine präzise Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben hat, nämlich 75%. Darauf ist bei der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens abzustellen.

2.2 Der Beschwerdeführer hat eine Reihe von Argumenten vorgebracht, die seiner Auffassung nach die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med.



C.____ erschüttern. Er hat zunächst auf die zweifache Nachbesserung des Gutachtens, einmal wegen der Höhe der angegebenen Arbeitsfähigkeit, das andere Mal wegen der Notwendigkeit des Beizuges eines Dolmetschers, hingewiesen und daraus auf die mangelnde Qualität der Begutachtung geschlossen. Das ursprüngliche Gutachten vom 18. Februar 2008 hat zwar an einer Stelle einen Arbeitsfähigkeitsgrad von 40% angegeben. Aber auf der gleichen Seite hat Dr. med. C.____ auch von einer Arbeitsfähigkeit von 70-75% gesprochen. Das ursprüngliche Gutachten ist also nur widersprüchlich gewesen. Dr. med. C.____ hat diesen Widerspruch am 26. März 2008 überzeugend ausgeräumt. Auch der fehlende Beizug eines Dolmetschers und die damit verbundene Gefahr, die Arbeitsfähigkeitsschätzung auf falsche oder falsch verstandene Angaben des Beschwerdeführers abzustützen, ist mit dem Nachholen des entsprechenden Teils der Abklärung unter Mitarbeit eines Dolmetschers beseitigt worden, wie der Bericht vom 4. Juni 2008 zeigt. In diesen beiden behobenen Mängeln der ursprünglichen Begutachtung kann deshalb kein Grund erblickt werden, an der Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. C.____ zu zweifeln. Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, er hätte multidisziplinär begutachtet werden müssen. Dr. med. D.____ vom RAD hat eine Begutachtung durch einen Internisten vorgeschlagen. Er hat also keinen Bedarf nach einer multidisziplinären Begutachtung gesehen. Auch Dr. med. C.____ hat keinen Beizug eines Facharztes eines anderen Gebietes vorgeschlagen. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass Dr. med. C.____ als Spezialarzt FMH für Innere Medizin in der Lage gewesen ist, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit der notwendigen Fachkompetenz umfassend zu beurteilen. Das gilt auch für den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, denn wenn Dr. med. C.____ Indizien für eine krankheitswertige und gegebenenfalls die Arbeitsfähigkeit tangierende Beeinträchtigung der Psyche festgestellt hätte, so hätte er den Beizug eines psychiatrischen Sachverständigen vorgeschlagen. Der Beschwerdeführer hat diese Einschätzung durch Dr. med. C.____ indirekt dadurch bestätigt, dass er selbst keine psychische Erkrankung und deshalb auch keine psychiatrisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht hat. Schliesslich hat Dr. med. C.____ seine Arbeitsfähigkeitsschätzung entgegen der entsprechenden Behauptung des Beschwerdeführers nicht auf den hypothetischen Gesundheitszustand nach einer erfolgreichen Behandlung der peripheren Verschlusskrankheit und nach einer anschliessenden erfolgreichen



kardiozirkulatorischen und myoskelettalen Rehabilitation abgestützt. Er hat lediglich entsprechende medizinische Massnahmen empfohlen, zumal diese auch geeignet seien, die Arbeitsfähigkeit (von 70-75%) zu verbessern. Da das (ergänzte) Gutachten alle Anforderungen an eine Abklärung durch einen unabhängigen medizinischen Sachverständigen erfüllt und da es keine abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung gibt, die so überzeugend wäre, dass sie ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. C.____ wecken würde, ist von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 75% auszugehen. Ausgehend von einem Betrag von Fr. 60'144.- resultiert ein Einkommen von Fr. 45'108.-.

2.3 Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort einen zusätzlichen Abzug von 10% vorgeschlagen. Sie hat diesen Abzug als "Teilzeitabzug" bezeichnet. Tatsächlich weist die Lohnstrukturerhebung 2006 einen statistisch ermittelten überproportionalen Lohnnachteil männlicher Hilfsarbeiter bei Teilzeitbeschäftigung aus (vgl. die Tabelle T2*). Da der Beschwerdeführer tatsächlich nur mit einer reduzierten Tagesarbeitszeit erwerbstätig sein kann, erweist sich ein "Teilzeitabzug" auch nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung als zulässig. Allerdings beträgt dieser Nachteil bei einem Beschäftigungsgrad von 75% nicht 10%, sondern nur etwas mehr als 5%. Der Beschwerdeführer hat nicht nur diesen Lohnnachteil in Kauf zu nehmen. Er weist nämlich gegenüber gesunden Hilfsarbeitern, die mit einem Beschäftigungsgrad von 75% tätig sind, verschiedene Konkurrenz Nachteile auf. Diese Nachteile sind zwar statistisch nicht erfasst, aber ihre Existenz folgt aus der Tatsache, dass die Löhne gesunder Arbeitnehmer die Grundlage der statistischen Erfassung bilden. Diese Nachteile können nur mittels einer groben Schätzung bemessen werden. Sie treten zum "Teilzeitabzug" hinzu. Die Ursache solcher Nachteile besteht nur indirekt in der Gesundheitsbeeinträchtigung, weshalb die in der Verwaltungspraxis verwendete Bezeichnung "Leidensabzug" irreführend ist. Es handelt sich um Nachteile, die aus der Sicht eines ökonomisch denkenden Arbeitgebers durch einen Minderlohn zu kompensieren wären. Dazu gehören etwa die Unfähigkeit des Beschwerdeführers, bei Bedarf Überstunden zu machen, d.h. mit einem Beschäftigungsgrad von mehr als 75% tätig zu sein, die Unfähigkeit, bei Bedarf vorübergehend an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz tätig zu sein, die Gefahr überdurchschnittlich hoher Krankheitsabsenzen usw. All diese Nachteile finden in einem rein ökonomisch handelnden Umfeld ihre Umsetzung in einem unterdurchschnittlichen Lohn, selbst wenn sie sich nie



verwirklichen würden. Mangelnde Deutschkenntnisse, ein "einfaches Gemüt" u.ä. sind keine relevanten zusätzlichen ökonomischen Nachteile, da es sich um hilfsarbeitertypische Umstände handelt, die bereits in die statistische Ermittlung des durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohns eingeflossen sind. Insgesamt rechtfertigen die (bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 75% eher geringen) Konkurrenz Nachteile des Beschwerdeführers zusammen mit dem "Teilzeitabzug" einen zusätzlichen Abzug von 10%. Damit resultiert ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 40'597.-. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 63'703.- beläuft sich die behinderungsbedingte Erwerbseinbusse auf Fr. 23'106.-. Das entspricht einem Invaliditätsgrad von 36%. Es besteht also kein Anspruch auf eine Invalidenrente, da die Untergrenze von 40% (Art. 28 Abs. 2 IVG) nicht erreicht ist.

3.

Selbst wenn dieser Einkommensvergleich eine Erwerbseinbusse von 40% oder mehr ergeben hätte, könnte dem Beschwerdeführer keine Rente zugesprochen werden. Die Ausrichtung einer Rente setzt nämlich nach dem Grundsatz der Eingliederung vor Rente (vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2.A., Vorbemerkungen N. 47) voraus, dass die versicherte Person zuvor alles Zumutbare unternommen hat, um den Invaliditätsgrad möglichst tief, wenn möglich unter 40% zu halten. Dazu gehören nicht nur berufliche, sondern auch medizinische Eingliederungsmassnahmen und zwar unabhängig davon, ob sie durch die Invalidenversicherung, durch einen anderen Sozialversicherungsträger oder ausnahmsweise sogar durch die versicherte Person selbst zu finanzieren sind. Bedingung ist nur, dass es sich um erfolgversprechende und um zumutbare medizinische Massnahmen handelt. Dr. med. C.____ hat eine interventionelle oder operative Behandlung der peripheren Verschlusskrankheit und eine anschliessende kardiozirkulatorische und myoskelettale Rehabilitation empfohlen. Er hat in seinem Gutachten vom 18. Februar 2008 angegeben, dass die Situation des noch relativ jungen Beschwerdeführers durch diese zwei medizinischen Massnahmen deutlich verbessert werden könnte. Gemeint hat er damit nicht nur die gesundheitliche Situation, sondern auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Aufgrund dieser Angaben von Dr. med. C.____ muss davon ausgegangen werden, dass eine reelle Chance besteht, die Arbeitsfähigkeit durch die vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen zu verbessern. Zumindest müsste geklärt werden, warum die Angiologie



des Kantonsspitals St. Gallen - angeblich - von der Durchführung einer interventionellen oder einer operativen Therapie abgeraten hat. Beliefe sich die Erwerbseinbusse auf 40% oder mehr, müsste die Sache also zur weiteren Abklärung einer allfälligen medizinischen Eingliederungspflicht und gegebenenfalls zur Abmahnung dieser Eingliederungspflicht an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden.

4.

Da der Invaliditätsgrad weniger als 40% beträgt, erweist sich die angefochtene Verfügung als korrekt, so dass die Beschwerde abzuweisen ist. Der vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung; das entsprechende Begehren ist abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtsgebühr bemisst sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Der konkrete Verfahrensaufwand erweist sich als durchschnittlich, so dass die Gerichtsgebühr praxisgemäss auf Fr. 600.- festzusetzen ist. Diese Gebühr ist durch den vom Beschwerdeführer in der gleichen Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.