



Fall-Nr.: IV 2009/27
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 10.01.2020
Entscheiddatum: 02.12.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 02.12.2010

Art. 28 Abs. 2 IVG: Invalidenrente. Die gegen das Gutachten vorgebrachten Einwände vermögen dieses nicht zu erschüttern, weshalb darauf abzustellen ist. Im Weiteren lässt sich auch aus der Anwendung der (korrekten, Niveau 3) Tabellenlöhne beim Invalideneinkommen kein höherer Invaliditätsgrad errechnen. Es bleibt deshalb bei der von der IV-Stelle verfügten halben Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Dezember 2010, IV 2009/27).

Abteilungspräsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Marie Löhner; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach

Entscheid vom 2. Dezember 2010

in Sachen

W.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Karin Bürki Sonderegger, Auerstrasse 2,
Postfach 91, 9435 Heerbrugg,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.aW.___ meldete sich am 13. Juni 2006 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Dabei beantragte er eine Rente (act. G 9.1/1). Seine letzte Arbeitsstelle bei der M. ___ verlor er per 31. August 2006, wobei er seit Oktober 2005 nicht mehr arbeitete (act. G 9.1/7). Sein damaliger Hausarzt, Dr. med. B. ___, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 1. September 2006 eine seit 2005 bestehende leichte bis höchstens mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.01/32.11), somatoforme Symptome aus psychischen Gründen (F68.0) sowie eine schwer beurteilbare abnormale Persönlichkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beständen sodann seit Februar 2003 ein Status nach akutem Leriche-Syndrom, ein Status nach motorischem Querschnittsyndrom, ein Status nach Splenektomie wegen postoperativem Milzinfarkt sowie eine Refluxösophagitis. Der Versicherte sei vom 4. Oktober 2005 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (act. G 9.1/15.3). Mit einem weiteren Arztbericht vom 20. November 2006 diagnostizierte das Psychiatrische Zentrum Rorschach eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) nach akutem Leriche-Syndrom bei multiplen Organinfarkten mit motorischem Querschnitt-Syndrom der unteren Extremitäten, Milzruptur und Anorgasmie sowie ein chronisches Schmerzsyndrom beider Beine (F45.4), bestehend seit Februar 2003. Seit April 2003 beständen sodann rezidivierende depressive Episoden (F33.1) sowie eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8). Die bisherige Tätigkeit sei eher nicht mehr zumutbar, da der Versicherte aus psychiatrischer Sicht vermutlich überfordert sei. Eine leichtere, wechselnd stehende und sitzende Tätigkeit sei ihm aber anfänglich zu vier Stunden täglich zumutbar. Eine leitende Funktion sei nicht empfehlenswert (act. G 9.1/19).

Im Weiteren lag der IV-Stelle des Kantons St. Gallen ein Bericht des Palliativzentrums des Kantonsspitals St. Gallen vom 7. August 2007 vor. Dieses diagnostizierte eine chronische Schmerzkrankheit der Beine bei einem Status nach Leriche-Syndrom 2/03, einem vorwiegend neuropathischen Schmerzcharakter, psychosozialer



St.Galler Gerichte

Belastungssituation, depressiver Entwicklung mit Panikattacken und Katastrophieren, sowie Sakralblock 03/07 ohne Wirkung. Zudem diagnostizierte das Palliativzentrum eine heparininduzierte Thrombozytopenie Typ II (act. G 9.1/40).

A.b Zur weiteren Erhärtung des medizinischen Sachverhalts ordnete die IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 21. Mai 2007 eine Begutachtung durch die Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH, Basel, (ABI) an (act. G 9.1/33). Diese erstattete am 23. Oktober 2007 ihr internistisch-psychiatrisch-neurologisches Gutachten. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte die ABI eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) sowie eine Somatisierungsstörung (F45.0). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte sie unter anderem einen Status nach Leriche-Syndrom mit multiplen Organinfarkten, ein Arteria spinalis anterior-Syndrom sowie ischämische Plexusschädigungen beidseits (I74.0) an. Die Arbeitsfähigkeit beurteilte die ABI aus somatisch-internistischer Sicht als nicht beeinträchtigt. Indessen sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht um 50 % vermindert. Der Versicherte sei damit sowohl in der angestammten als auch in einer anderen leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Die teilweise Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Oktober 2005 (act. G 9.1/16 f.).

In einem weiteren Schreiben vom 6. November 2007 nahm die ABI zu einem Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Oktober 2007 Stellung. Dieser ging - wie das Psychiatrische Zentrum Rorschach - von einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1), einem chronischen Schmerzsyndrom beider Beine (F45.4) und einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (F60.8) aus. Zudem diagnostizierte Dr. C.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit somatischem Syndrom (F33.3). Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage ab 7. Juni 2007 100 %. Möglich wären allenfalls noch kognitiv wenig anspruchsvolle, körperlich leichte Arbeiten in wechselnder körperlicher Position mit einem Teilzeitpensum (act. G 9.1/45). Dazu führte die ABI aus, dass der Versicherte durch den Arterienverschluss zwar traumatisiert gewesen sei. Er habe sich aber gut davon erholt und sei in der Lage gewesen, zu 100 % zu arbeiten. Zum jetzigen Zeitpunkt seien keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung vorhanden. Der Versicherte sei auch nicht schwer depressiv, fehle dazu doch die stark ausgeprägte Suizidalität, was auch von Dr.



C.____ so gesehen werde. Die ABI halte an ihrer Schlussfolgerung im Gutachten fest (act. G 9.1/49).

A.c Da der Versicherte im November 2007 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend machte, wurden noch Verlaufsberichte beim Hausarzt und beim Schmerzarzt (Dr. med. A.____, Oberarzt Palliativzentrum des Kantonsspitals St. Gallen; Spital Flawil, Abteilung für chronische Schmerzen) einverlangt. Letzterer meldete mit Bericht vom 11. Dezember 2007 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bei unveränderter Diagnose. Es seien erneut Phlebitiden an beiden Oberschenkeln aufgetreten, was erneut zu einer Verstärkung der Schmerzen geführt habe. Die Therapie habe jedoch frühzeitig abgebrochen werden müssen und habe nur eine kurzzeitige Verbesserung der Beschwerden gebracht. Durch die Schmerzen in den Beinen sei der Versicherte in seinen Alltagsaktivitäten stark eingeschränkt und schnell müde. Er könne noch knapp den häuslichen Aktivitäten gerecht werden. Deshalb sei sowohl die bisherige, aber auch eine andere Tätigkeit aktuell nicht mehr zumutbar. Bei einer Stabilisierung des Zustandes wäre eventuell eine körperlich leichte Tätigkeit zumutbar. Jedoch würde auch hier wegen der raschen Ermüdbarkeit sowie der depressiven Entwicklung eine Leistungseinschränkung bestehen (act. G 9.1/60). Der neue Hausarzt des Versicherten, Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, führte in seinem Bericht vom 11. Dezember 2007 aus, auf Grund der rezidivierenden Phlebitiden und Thrombosen müsse in erster Linie von einer Gerinnungsstörung ausgegangen werden, welche die Symptomatik des Leriche-Syndroms und die Thrombosen des venösen Schenkels erkläre. In diesem Zusammenhang könnten die wiederholten Beinbeschwerden des Versicherten durchaus verstanden werden. Es sei damit von einem chronischen somatischen Leiden auszugehen. Nicht nur die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen sondern auch die entsprechenden Beschwerden unterhielten die Arbeitsunfähigkeit in einem wesentlichen Mass (act. G 9.1/61.2).

A.d In der Folge ordnete der RAD Ostschweiz auf Grund der zahlreichen, zwischenzeitlich stattgefundenen Hospitalisationen eine Nachbegutachtung durch die ABI an (act. G 9.1/62). Im entsprechenden Gutachten der ABI vom 25. August 2008 diagnostizierten die Untersucher (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) sowie eine Somatisierungsstörung (F45.0). Als



Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde nebst den bereits bekannten auch eine Schlafstörung (F51.0) festgehalten. Die Gutachter attestierten dem Versicherten weiterhin eine 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche leichten bis mittelschweren Tätigkeiten, wie auch der angestammten Tätigkeit. Auf Grund des objektivierbaren Befundes könne keine Verschlechterung des Gesundheitszustands festgestellt werden (act. G 9.1/62.16).

A.e Nachdem ein Invaliditätsgrad von 50 % unbestritten war, stellte die IV-Stelle dem Versicherten den Erlass einer "Teilverfügung" in Aussicht, da er unbestrittenermassen Anspruch auf eine halbe Rente habe (act. G 9.1/69). Das Datum für die Rentenrevision werde erst mit dem Erlass der definitiven Verfügung bekannt gegeben (act. G 9.1/72.1). Mit "Teilverfügungen" vom 7. März 2008 und 2. April 2008 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine halbe Rente, beginnend am 1. Oktober 2006 zu (act. G 9.1/77 und 79).

Mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2008 stellte die Sozialversicherungsanstalt in Aussicht, das "Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente" werde abgewiesen, da der Invaliditätsgrad nach wie vor 50 % betrage (act. G 9.1/98). Mit Einwand vom 13. November 2008 machte der Ansprecher geltend, es sei ihm nicht mehr möglich, ein Einkommen von Fr. 38'932.-- zu erzielen. Seine Beinbeschwerden seien nicht genügend ernst genommen worden (act. G 9.1/101). Mit Verfügung vom 7. Dezember 2008 wurde "das Erhöhungsgesuch" abgewiesen. Es seien bereits zwei polydisziplinäre Gutachten eingeholt worden. Die Verlaufsbeurteilung stelle nachvollziehbar dar, dass sich der Gesundheitszustand seit der ersten Beurteilung nicht objektivierbar verändert habe (act. G 9.1/102).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 22. Januar 2009 mit dem Antrag auf Aufhebung der Verfügung vom 7. Dezember 2008. Dem Beschwerdeführer sei sodann eine ganze Rente und für das Verfahren vor Versicherungsgericht die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. Formell sei davon auszugehen, dass die Sozialversicherungsanstalt den Sachverhalt mit der Verfügung vom 7. Dezember 2008 zum ersten Mal abschliessend beurteilt habe. Entgegen der Ansicht der Vorinstanz



St.Galler Gerichte

handle es sich demnach nicht um einen Revisionsentscheid, der den Voraussetzungen von Art. 88a IVV unterliege. Deshalb seien als Beschwerdegründe nicht nur Veränderungen seit der Teilverfügung vom Februar 2008 zu berücksichtigen, sondern es müssten sämtliche Beschwerdegründe seit dem Antrag auf eine IV-Rente vom 13. Juni 2006 beachtet werden.

Sowohl das Gutachten vom 23. Oktober 2007 als auch jenes vom 25. August 2008, auf die die Beschwerdegegnerin abgestellt habe, seien unvollständig. Es seien evidente Symptome nicht abgeklärt und Berichte von Haus- und Fachärzten nicht berücksichtigt bzw. die Diskrepanz zu den anderen Berichten nicht medizinisch begründet worden. So gehe das Gutachten vom 23. Oktober 2007 nicht auf die angegebenen Beinbeschwerden und Schlafstörungen ein. Es halte lediglich fest, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen Einschränkungen aus neurologischer Sicht nicht genügend erklärt werden könnten und auf die Arbeitsfähigkeit keinen Einfluss hätten. Im Weiteren äussere es sich auch nicht zur abweichenden Beurteilung der im Rahmen eines Arbeitsversuchs (Verzahnungsprogramm) ermittelten Arbeitsfähigkeit von 30 %, obwohl der entsprechende Bericht die Arbeitsfähigkeit nicht nur auf psychische Leiden, sondern auch auf physische Defizite zurückführe. Auch Dr. D.____ gehe in seinem nach dem ersten Gutachten eingeholten Arztbericht vom 11. Dezember 2007 davon aus, dass die Schmerzen in den Beinen auf die rezidivierenden Phlebitiden und Thrombosen zurückzuführen seien. Auch Dr. E.____ vom Palliativzentrum des Kantonsspitals St. Gallen gehe in seinem Bericht vom 8. Mai 2008 davon aus, dass die neuropathischen Schmerzen nachvollzogen werden könnten, während das ABI-Gutachten vom 25. August 2008 sogar das Restless-Legs-Syndrom verneine, das von allen anderen Ärzten vorbehaltlos anerkannt worden sei. Trotz der neuen Befunde, dass die Schmerzen auf die Thrombosen zurückzuführen seien, verneine das ABI-Gutachten das Vorliegen von nachvollziehbaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht. Die vom Beschwerdeführer geklagten Schlafstörungen seien sodann auch im Schlaflabor bestätigt worden. Da sich Dr. F.____, Leitender Arzt der Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen (Bericht vom 23. April 2008), nicht zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geäussert habe, habe die ABI diese auch nicht berücksichtigt. Dies sei nachzuholen. Obwohl Dr. G.____, Leitender Arzt am Interdisziplinären Zentrum für Schlafmedizin und der Psychosomatik am Kantonsspital St. Gallen, in seinem Bericht vom 3. März 2008 von einer mittelschweren bis schweren depressiven



St.Galler Gerichte

Anpassungsstörung ausgehe, gehe das Gutachten vom 25. August 2008 weiterhin lediglich von einer mittelschweren Depression aus.

Aus diesen Gründen sei nicht allein auf die ABI-Gutachten abzustellen. Vielmehr seien auch der Arbeitsversuch sowie die Berichte der Dres. D.____, G.____, A.____ und E.____ zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einzubeziehen. Somit resultiere eine Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 100 %.

Beim Invalideneinkommen sei sodann nicht auf die angestammte Tätigkeit abzustellen, könne der Beschwerdeführer doch - wenn überhaupt - maximal noch eine kognitiv wenig anspruchsvolle, körperlich leichte Tätigkeit ausüben. Es sei damit vom Tabellenlohn und einem 10 %igen Leidensabzug auszugehen. Gestützt auf LSE 2006, Niveau 4, Ostschweiz, resultiere damit ein Invalideneinkommen von monatlich Fr. 1'949.40. Selbst unter der Annahme einer lediglich 50 %igen Arbeitsunfähigkeit ergebe sich daraus - verglichen mit einem Valideneinkommen von monatlich Fr. 6'488.75 - ein Invaliditätsgrad von 70 % und damit ein Anspruch auf eine ganze Rente (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2009 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Die Begutachtung durch die ABI beruhe auf umfassender Kenntnis des Sachverhalts. Die Anamnese sowie die Befunde seien erhoben worden. Die Begutachtung beinhalte weiter ein internistisches, rheumatologisches sowie psychiatrisches Teilgutachten. Auch die Beschwerdebeschreibung des Beschwerdeführers sowie sämtliche IV-Akten hätten in das Gutachten Eingang gefunden. Die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsleistung sei schliesslich nach Kenntnisnahme der Vorakten sowie als polydisziplinäre medizinische Einschätzung abgegeben worden. Das Gutachten entspreche damit den Anforderungen der Rechtsprechung. Zu den Beanstandungen des Beschwerdeführers und den Berichten der Dres. D.____ und G.____ hätten die Gutachter Stellung genommen, während die Berichte der Dres. Weder und E.____ bereits bei der Erstellung des Gutachtens bekannt gewesen seien. Die Einwände seien damit unhaltbar und vermöchten keine Zweifel an der Richtigkeit der Angaben im Gutachten zu wecken oder diese gar zu widerlegen. Eine Abklärung mittels EFL-Test, wie vom Beschwerdeführer angeregt, sei nicht angezeigt, halte sich der Beschwerdeführer doch selber für nicht mehr arbeitsfähig. Da die Gutachter auch die angestammte Tätigkeit für zumutbar hielten, habe die



Beschwerdegegnerin sodann für die Bemessung des Invalideneinkommens zu Recht auf den Lohn bei der A.____ abgestellt (act. G 9).

B.c Mit Präsidialverfügung vom 6. August 2009 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltliche Rechtsverbeiständung) bewilligt (act. G 15).

Erwägungen:

1.

Zunächst ist mit dem Beschwerdeführer festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt erstmals mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. Dezember 2008 abschliessend beurteilt hat (act. G 9.1/102). Die beiden "Teilverfügungen" vom 7. März 2008 und vom 2. April 2008 sollten lediglich einstweilen den unumstrittenen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente festhalten, da jener durch die lange Abklärungszeit in finanzielle Bedrängnis geraten war (act. G 9.1/69, 71, 77 und 78). Ob ein höherer Anspruch bestand bzw. besteht, sollte in weiteren Abklärungen ermittelt werden. Auch in der Mitteilung des Beschlusses an die Ausgleichskasse vom 15. Februar 2008 wurde darauf hingewiesen, dass eine Rentenrevision erst mit dem Erlass der definitiven Verfügung bekannt gegeben werde, was ebenfalls auf den provisorischen Charakter der beiden "Teilverfügungen" hinweist. Mithin handelt es sich bei der angefochtenen Verfügung vom 7. Dezember 2008 nicht um einen Revisionsentscheid, der den Anforderungen von Art. 88a IVV unterliegt. Mit der Rechtsvertreterin ist somit festzustellen, dass sämtliche Beschwerdegründe seit dem Antrag vom 13. Juni 2006 zu beachten sind.

2.

2.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des



angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 7. Dezember 2008 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der sogar vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 4. IV-Revision im Februar 2003 begonnen hat, wobei die psychische Verschlechterung des Gesundheitszustands im Jahr 2005 begonnen hat und die IV-Anmeldung im Juni 2006 erfolgt war. Demnach ist vorliegend auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum 31. Dezember 2007 entwickelt hat, auf die bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen abzustellen. Auf die Sachverhaltsentwicklung danach bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. Dezember 2008 sind die per 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Rechtsänderungen anwendbar.

2.2 Nach aArt. 28 Abs. 1 IVG (heute: Art. 28 Abs. 2 IVG) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Nach aArt. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (lit. b). Die Höhe der zu gewährenden Rente (ganze, Dreiviertels-, halbe oder Viertelsrente) wird nach dem Ausmass der während der Wartezeit bestehenden Arbeitsunfähigkeit und nach Massgabe der nach zurückgelegter Wartezeit verbleibenden Erwerbsunfähigkeit bestimmt. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung muss zusätzlich zum für die jeweilige Rentenstufe erforderlichen Invaliditätsgrad während des Wartejahrs eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit in gleicher Höhe bestehen (AHI-Praxis 1996, S. 177, E. 6.b.cc; ZAK 1980, S. 282 ff.; Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], 1. Januar 2008, Rz 4001 f.).

2.3 Um die Invalidität 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 (BGE 125 V 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 125 V 351 E. 3a, [BGE 122 V 160 neues Fenster](#) f. E. 1c mit Hinweisen).

2.4 Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Diese allgemeine Methode des Einkommensvergleichs ist für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten anwendbar (aArt. 28 Abs. 2 IVG).

3.

3.1 Vorliegend macht der Beschwerdeführer geltend, die beiden ABI-Gutachten vom 23. Oktober 2007 und vom 25. August 2008 seien unvollständig. Es seien evidente Symptome nicht abgeklärt und Berichte von Haus- und von Fachärzten nicht berücksichtigt bzw. die Diskrepanz zu den anderen Berichten nicht medizinisch begründet worden.

3.2 Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt die ABI sowohl in ihrem ersten Gutachten vom 23. Oktober 2007 als auch im Gutachten vom 25. August 2008 eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) sowie eine Somatisierungsstörung (F45.0) fest. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie jeweils einen



Status nach Leriche-Syndrom mit multiplen Organinfarkten, Arteria spinalis anterior-Syndrom sowie ischämischen Plexusschädigungen beidseits (I174), eine grenzwertige Adipositas, rezidivierende gastritische Beschwerden (K29.7) sowie einen fortgesetzten Nikotinkonsum (ca. 35 Pack Years; F17.1) fest. Im zweiten Gutachten nannte sie zudem noch Schlafstörungen (F51.0). Zu den angegebenen Schmerzen und Gefühlsstörungen in den Beinen führte sie aus, dass die angegebenen hochgradigen Einschränkungen mit der Belastungsintoleranz und die subjektiv erlebten Schmerzen aus neurologischer Sicht nicht genügend erklärt werden könnten. Eine rein theoretisch denkbare Restsymptomatik auf Grund des Ereignisses vom Februar 2003 könne keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit begründen. Für diese Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer aus somatisch-neurologischer Sicht voll arbeitsfähig. Aus internistischer Sicht sei der normale Pulsstatus festzustellen, was auch der gefässchirurgischen Sprechstundenevaluation vom März 2007 mit damaliger Duplexsonographie entspreche, indem bis in die Peripherie hinein kein vaskuläres Substrat für die geklagten Beschwerden vorliege. Dementsprechend bestehe auch aus somatisch-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei jedoch aus psychischen Gründen reduziert. Es bestehe eine mittelgradige depressive Episode und eine Somatisierungsstörung, woraus eine deutlich verminderte Belastbarkeit resultiere. Der Beschwerdeführer leide unter Antriebsstörungen, sei vermehrt müde und leide unter einer depressiven Verstimmung. Die Arbeitsfähigkeit sei deshalb in jeder leichten bis mittelschweren Tätigkeit, auch in der angestammten, um 50 % vermindert (act. G 9.1/47.17).

In der erneuten Begutachtung vom 25. August 2008, die erforderlich geworden war, weil nach der ersten Untersuchung diverse weitere Behandlungen stattgefunden haben (Schmerzbehandlung im Palliativzentrum des Kantonsspitals St. Gallen bzw. in der Palliative Care im Spital Flawil; [Notfall-]Konsultationen im Spital Rorschach wegen Beinbeschwerden; neurologische und schlafmedizinische Untersuchungen an der Klinik für Neurologie sowie am Interdisziplinären Zentrum für Schlafmedizin des Kantonsspitals St. Gallen) beurteilte die ABI die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wiederum gleich, indem sie eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verneinte und feststellte, dass die Evaluation aus psychiatrischer Sicht nach wie vor im Vordergrund stünde (act. G 9.1/92.16).



3.3 Demgegenüber wirft der Beschwerdeführer der ABI-Begutachtung insbesondere vor, sie habe seine körperlichen Schmerzen in den Beinen zu wenig berücksichtigt. Um diese Schmerzen einzuordnen, seien nach dem ersten Gutachten weitere Arztberichte eingeholt worden. So halte Dr. A.____, Spital Flawil, in seinem Bericht vom 11. Dezember 2007 fest, dass an den Oberschenkeln eine Verstärkung der Schmerzen eingetreten sei. Dr. D.____, Hausarzt, stelle in seinem Bericht vom 11. Dezember 2007 wegen der enormen Schmerzen in den Beinen die Diagnose einer Thrombophlebitis der Vena saphena magna und parva links bei Hyperfibrinogenämie. Diese Gerinnungsstörung könne durchaus eine Auswirkung auf die chronisch somatischen Leiden haben. Dr. D.____ gehe auch zu Recht davon aus, dass sich das Gutachten vom 23. Oktober 2007 nicht zu den Schmerzen äussere, die auf die Thrombosen zurückzuführen seien. Auch aus dem Bericht von Dr. E.____ vom 8. Mai 2008 gehe eindeutig hervor, dass die neuropathischen Schmerzen nachvollzogen werden könnten, dass es aber Geduld brauche, die geeigneten Medikamente zu finden. Das ABI-Gutachten vom 25. August 2008 verneine sogar das Restless-Legs-Syndrom, das von allen anderen Ärzten anerkannt worden sei. Trotz der neuen Befunde, dass die Schmerzen auf die Thrombosen zurückzuführen seien, verneine das ABI-Gutachten das Vorliegen von nachvollziehbaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht.

3.4 Dem ist jedoch zunächst entgegen zu halten, dass dem ABI anlässlich der zweiten Begutachtung vom August 2008 diese sämtlichen genannten Arztberichte vorgelegen haben. Indessen ist zu beachten, dass Dr. A.____ und Dr. med. H.____, Leitender Arzt am Palliativzentrum des Kantonsspitals St. Gallen, die chronische Schmerzkrankheit der Beine in ihren Berichten vom 10. Oktober 2007 und vom 15. November 2007 als vorwiegend neuropathisch bezeichneten (act. G 9.1/61.3 und 61.5). Ausser einer schrittweisen Erhöhung des Methadons konnten sie dem Beschwerdeführer keine Behandlung vorschlagen (act. G 9.1/61.6). Zudem wurde eine Gerinnungsabklärung ins Auge gefasst (act. G 9.1/61.4). Ebenso ging später Dr. E.____, Palliativzentrum, von einem vorwiegend neuropathischen Schmerzcharakter aus. Auch er konnte schliesslich dem Beschwerdeführer keine Therapie anbieten (act. G 9.1/83.1). Mithin führten die behandelnden Schmerzmediziner die Schmerzen des Beschwerdeführers nicht ohne Weiteres auf die oberflächliche Phlebitis zurück.



Die Thrombophilieabklärung vom 30. April 2008 ergab aktuell keine nachweisbaren PF4-Antikörper. Jedoch sei zusätzlich eine Resistenz gegen aktiviertes Protein C bei heterozygoter Faktor V Leiden-Mutation (erblich bedingte Thromboseneigung) nachgewiesen worden. Bei dem Risikoprofil des Beschwerdeführers für Rezidive für thromboembolische Erkrankungen sei es deshalb ratsam, die orale Antikoagulation mittels Marcoumar wieder durchzuführen. Mithin konnte die Hämatologie zwar eine genetisch bedingte, verstärkte Thromboseneigung feststellen, hielt sie jedoch für medikamentös behandelbar (Antikoagulation). Weitere Massnahmen wurden von Dr. med. I.____, Leitender Arzt Hämatologie des Kantonsspitals St. Gallen, nicht vorgeschlagen (act. G 9.1/83.5).

Zwar wurde anlässlich der ABI-Begutachtung kein angiologisches Teilgutachten (Gefässgutachten) erstellt. Indessen gingen offenbar auch die behandelnden Palliativmediziner und Hämatologen davon aus, dass die Schmerzen neuropathischer Natur waren (also nicht gefässbedingt sind) bzw. dass die vermehrte Thromboseneigung medikamentös kontrolliert werden könne. Insofern kann die von Dr. D.____ in seinem Bericht vom 11. Dezember 2007 geäusserte Vermutung, wonach die Schmerzen auf die rezidivierenden Phlebitiden und Thrombosen zurück zu führen seien (vgl. act. G 9.1/61.1 f.), nicht erhärtet werden. Erst recht kann daraus keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden, nachdem das Leriche-Syndrom vollständig remittiert ist, wie auch der Hausarzt festgestellt hat (act. G 9.1/61.1, vgl. auch Bericht Dres. H.____ und A.____ vom 7. August 2007 [act. G 9.1/47.21 f.]).

3.5 Im Weiteren wird geltend gemacht, das Gutachten berücksichtige die Problematik des Restless-Legs-Syndroms und die Schlafstörungen nicht. Zudem müsse bei Dr. A.____ nachgefragt werden, welche Auswirkungen die Insomnie auf die Arbeitsfähigkeit habe, da er sich dazu nicht geäussert habe.

Der Beschwerdeführer wurde am 2. April 2008 polysomnographisch abgeklärt. Die entsprechende Beurteilung durch Dr. F.____ vom 16. April 2008 ergab eine sehr ausgeprägte Insomnie, wobei der Beschwerdeführer teilweise im Bett lese. Erst gegen Morgen würden normale Schlafzyklen aufgezeichnet. Im Leichtschlaf wie auch im Wachzustand zeigten sich vermehrt periodische Beinbewegungen, so dass wohl von einem Periodic-Leg-Movement-In-Sleep als auch von einem Restless-Legs-Syndrom



auszugehen sei. Inwiefern sich die Insomnie auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, wurde von Dr. A.____ nicht ausgeführt (act. G 9.1/93.21). Demgegenüber gelangt der Gutachter, Dr. J.____, zum Schluss, dass auf Grund des polysomnographisch festgestellten PLM-Indexes (periodische Beinbewegungen im Schlaf) von 15,6/h und anderer Diagnosekriterien kein Restless-Legs-Syndrom vorliege. Im Weiteren geht auch der Gutachter davon aus, dass der Beschwerdeführer an Schlafstörungen leidet. So reihte er die entsprechende Diagnose - wie der behandelnde Neurologe - unter die Kategorie F51.0 ein. Der Gutachter geht sodann davon aus, dass die Schlafstörungen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Zwar bleibt das Gutachten in der Begründung, wonach die schlafmedizinischen Untersuchungen die geltend gemachte hochgradige Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit nicht zu erklären vermögen, relativ kurz. Nachdem jedoch auch der behandelnde Neurologe nicht von relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit berichtet, erscheint eine weitere diesbezügliche Abklärung nicht angezeigt. Zudem geht auch Dr. G.____ von einem Zusammenhang der Insomnie mit dem von ihm angenommenen Restless-Legs-Syndrom aus (act. G 9.1/93.21). Nachdem das Gutachten ein Restless-Legs-Syndrom überzeugend verneint, erscheint folgerichtig, dass die Schlafstörungen keinen - zumindest nicht über das ohnehin aus psychischen Gründen anerkannte Mass hinaus - relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Schliesslich diagnostizierte Dr. G.____ vom Schlafzentrum keine Schlafstörung, sondern sah die depressive Symptomatik im Vordergrund (vgl. act. G 9.1/86.1 und 93.22). In seinem nachträglichen Schreiben vom 19. Januar 2009 erachtete er die Schlafstörungen als Ausdruck der depressiven Symptomatik (act. G 1.2, S. 2). Auf weitere Abklärungen der Arbeitsfähigkeit bei Dr. A.____ ist demnach zu verzichten.

3.6 Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, dass er nicht bloss an einer mittelgradigen depressiven Episode leide. Vielmehr liege gemäss den Angaben Dr. G.____s vom 3. März 2008 (Datum wohl nicht angepasst; betreffend Untersuchung vom 20. Mai 2008) eine mittelschwere bis schwere depressive Anpassungsstörung bei chronischer Schmerzkrankheit vor. Im genannten Schreiben an den Hausarzt begründet Dr. G.____ seine Diagnose jedoch nicht näher (act. G 9.1/86). In einem früheren Schreiben Dr. G.____s an den Hausarzt, effektiv vom 3. März 2008, stellte er fest, der Beschwerdeführer sei hochgradig eingeengt auf seine derzeitige Lebenssituation, affektiv deutlich und anhaltend bedrückt. Er leide an Angstgefühlen, verminderter



Belastbarkeit, vermindertem Antrieb und Freudlosigkeit. Im Weiteren habe der Beschwerdeführer vage Suizidgedanken geäußert. Intellektuell beständen deutliche Hinweise für Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. In seiner damaligen Beurteilung ging Dr. G.____ von einer erheblichen Depression aus, die an sich das Ausmass einer notwendigen psychiatrischen Hospitalisation annehme (act. G 9.1/93.22 f.). Demgegenüber führt der psychiatrische Gutachter, Dr. U. K.____, aus, weshalb seiner Ansicht nach keine schwere depressive Störung vorliege. So habe der Beschwerdeführer nach wie vor eine gute Beziehung zu seiner Freundin und zu seinem Sohn. Im Haushalt arbeite er relativ viel mit, wobei er vermehrt Pausen einlegen müsse. Er sei auch in der Lage, kleinere Gartenarbeiten auszuführen. Der Beschwerdeführer habe allerdings die Hoffnung aufgegeben, dass sich sein Gesundheitszustand je wieder bessern werde und sei diesbezüglich resigniert. Mithin vermögen die Ausführungen Dr. G.____s das psychiatrische Gutachten nicht zu erschüttern, zumal der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr in psychiatrischer Behandlung war (vgl. act. G 9.1/92.10). Dass Dr. G.____ die Symptomatik des Beschwerdeführers, der am 15. Dezember 2008 wieder in dessen Behandlung war, in seinem nachträglichen Schreiben vom 19. Januar 2009 wiederum als mittelschwere bis schwere depressive Anpassungsstörung bezeichnet (act. G 1.2), vermag daran nichts zu ändern, zumal sich Dr. G.____ ebenfalls nicht auf eine schwere depressive Störung festlegen mag, sondern seine Diagnose zum mittelschweren Bereich hin abschwächt. Es liegt somit lediglich eine andere Qualifikation des gleichen Zustandes vor, beschreibt doch Dr. G.____ im Wesentlichen die gleichen Befunde wie Dr. K.____, nämlich einen verlangsamten Gedankengang, Antriebsstörungen, Morgentief, anhaltende bedrückte Stimmung, Suizidgedanken, Einengung des Denkens sowie Klagen über Gedächtnisstörungen (act. G 1.2, S. 2; act. G 9.1/92.10 f.).

3.7 In Bezug auf die Schlussfolgerung moniert der Beschwerdeführer, wenn schon eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % vorhanden sei, so doch nicht in seiner angestammten Tätigkeit. Diese habe häufiges Stehen und eine anhaltend hohe Konzentrationsfähigkeit beinhaltet (vgl. act. G 9.1/21.1). Sämtliche Arztberichte, sowohl aus physischer wie aus psychischer Sicht, würden jedoch eine enorme Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit bestätigen. Dr. L.____ vom Psychiatrischen Zentrum Rorschach halte in seinem Bericht vom 20. November 2006 fest, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in seinem früheren Arbeitsbereich vermutlich überfordert sei, da



seine Belastungsfähigkeit eingeschränkt sei (vgl. act. G 9.1/19.5). Auch Dr. C.____ äussere sich im Bericht vom 8. Oktober 2007 zur angestammten Tätigkeit. Er erachte maximal nur eine kognitiv wenig anspruchsvolle, körperlich leichte Arbeit, in wechselnder körperlicher Position, mit einem Teilzeitpensum als realistisch (vgl. act. G 9.1/45.5). Auch für Dr. A.____ sei die bisherige Tätigkeit mit vielen Positionswechseln für den Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (Bericht vom 11. Dezember 2007, vgl. act. G 9.1/60.3). Es könne nicht nachvollzogen werden, weshalb die Gutachter von einer möglichen Arbeit in der angestammten Tätigkeit ausgingen.

Die geltend gemachten weiteren Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit (Thrombosen als körperliche Ursache der Beinschmerzen, Schlaflosigkeit auf Grund des Restless-Legs-Syndroms, schwere depressive Episode) haben nicht objektiviert werden können (vgl. vorstehende Erwägungen 3.4 bis 3.6). Damit bleiben nur noch die vom ABI diagnostizierten mittelschwere depressive Episode sowie die Somatisierungsstörung für die Bemessung der Arbeitsfähigkeit relevant. Das psychiatrische Gutachten hat plausibel ausgeführt, dass der Beschwerdeführer vermindert belastbar ist und unter Antriebsstörungen leidet. Es besteht eine, im Verlaufsgutachten als geringgradig beschriebene, Suizidalität. Der psychiatrische Gutachter erachtet es für möglich und zumutbar, dass der Beschwerdeführer die geklagten Beschwerden teilweise überwindet und zu 50 % erwerbstätig ist. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von 50 % in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit, zur der auch die innegehabte Tätigkeit als Qualitätsprüfer, zuletzt ohne Kaderfunktion (vgl. act. G 9.1/7.1 und G 9.1/21.1), gehört, leuchtet damit grundsätzlich ein. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ging Dr. L.____ in seinem Bericht vom 20. November 2006 nicht zwingend von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus. Vielmehr äusserte er nur eine dahingehende Vermutung. Gleichzeitig hielt er aber auch fest, dass die Arbeitsfähigkeit auf Grund der Widerstände des Beschwerdeführers gegenüber therapeutischen Interventionen und verminderter Einsicht nicht objektiv bzw. ausreichend beurteilt werden könne (act. G 9.1/19.3 und 19.5). Dr. C.____ äusserte sich etwas unklar. Zwar gab er an, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, gleichzeitig aber auch, es bestehe ein möglicher Zeitrahmen von vier Stunden pro Tag bei reduzierter Leistung (in der angestammten Tätigkeit; act. G 9.1/45.4).



3.8 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Gutachten vom 23. Oktober 2007 und vom 25. August 2008 für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen und in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden sind. Sie leuchten sodann in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der Schlussfolgerungen ein. Mithin ist darauf abzustellen.

4.

4.1 Zur Bemessung des Invalideneinkommens wird schliesslich vorgebracht, es sei entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht auf den Lohn bei der innegehabten Stelle bei der A.____ abzustellen. Der Beschwerdeführer sei Ressortleiter der Qualitätskontrolle gewesen. Er sei anfänglich verantwortlich gewesen für zehn, nach dem Personalabbau noch für vier Mitarbeiter. Da der Beschwerdeführer nicht mehr gearbeitet habe, sei zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf lohnstatistische Angaben abzustellen. Gemäss LSE 2006 betrage der monatliche Bruttolohn (inkl. 13. Monatslohn) auf dem Niveau 4 für einfache und repetitive Tätigkeiten in der Ostschweiz Fr. 4'332.--. Bei einem Leidensabzug vom 10 % ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 70 %, was dem Versicherten einen Anspruch auf eine ganze Rente verleihe ($100 \% - [\text{Fr.}1'949.40 : 6'488.75 \times 100] = 70 \%$).

Dazu ist zunächst festzustellen, dass sich - ausser aus den Ausführungen Dr. L.____s vom Psychiatrischen Zentrum Rorschach - aus den Akten keine Hinweise auf eine Kaderstellung des Beschwerdeführers in der A.____ ergeben. Während Dr. L.____ ausführte, der Beschwerdeführer habe teilweise in leitender Stellung gearbeitet, was nun wegen der eingeschränkten Kontaktfähigkeit und der leichten Kränkbarkeit nicht mehr empfehlenswert sei (act. G 9.1/19.2 und 19.6), geht eine solche Beschreibung aus den übrigen Akten nicht hervor. Insbesondere beschreibt auch die Arbeitgeberin den Beschwerdeführer als "Mitarbeiter Gewebekontrolle" (act. G 9.1/7.1). In ihrer Arbeitsplatz- und Tätigkeitsbeschreibung kreuzte die Arbeitgeberin sodann die Rubrik an, der Beschwerdeführer habe 0 - 9 % (also nie oder selten) Kaderverantwortung getragen. Auch lohnässig wirkte sich ein Wegfall einer allfälligen (beschränkten) Kaderfunktion jedenfalls nicht nachteilig aus, stieg doch das jährliche Einkommen gemäss IK-Auszug von rund Fr. 66'000.-- im Jahr 1996 (hochgerechnet ab März)



St.Galler Gerichte

kontinuierlich bis rund Fr. 76'000.-- im Jahr 2005 (Ausnahme 2003: knapp Fr. 58'000.--; act. G 9.1/8.1 f.). Letzteres stimmt auch ziemlich genau mit den Angaben der Arbeitgeberin im Fragebogen überein (act. G 9.1/7.2). Das Valideneinkommen ist daher auf **Fr. 76'180.--** zu veranschlagen (13 x Fr. 5'860.--). Nachdem die Arbeitgeberin angibt, der Beschwerdeführer würde im Jahr 2006 nur noch Fr. 5'760.-- pro Monat verdienen (= Fr. 74'888.-- Jahreslohn) rechtfertigt es sich nicht, die Teuerung für das Jahr 2006 aufzurechnen.

Beim Invalideneinkommen ist mit dem Beschwerdeführer festzustellen, dass ihm die Stelle bei der A.____ per 31. August 2006 gekündigt wurde (act. G 9.1/7.4). Das Invalideneinkommen ist demnach auf Grund des Tabellenwertes zu schätzen (vgl. Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Aufl., Art. 28a, S. 312). Nachdem der Beschwerdeführer auch die angestammte Tätigkeit noch (zu 50 %) ausüben könnte (vgl. vorstehende Erwägung 3.7) ist jedoch nicht auf das Niveau 4 abzustellen. Vielmehr ist das gleiche Niveau zu wählen wie die angestammte Tätigkeit (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2008 [9C 541/2008] E. 5.2). Die Tätigkeit als Qualitätsprüfer setzt bis zu einem gewissen Umfang eine selbstständige Entscheidkompetenz voraus. Ausserdem sind Fachkenntnisse über die zu untersuchenden technischen Gewebe notwendig. Weiter spricht auch der Validenlohn eher für eine Tätigkeit im Bereich des Niveaus 3. Im Übrigen verfügt der Beschwerdeführer über eine Ausbildung zum Maler und über eine Umschulung zum Technischen Kaufmann (act. G 9.1/7.1). Mithin ist es dem Beschwerdeführer möglich, einen Lohn zu erzielen, der dem Niveau 3 entspricht.

Der LSE-Tabellenwert T1 für 2006, Männer, Niveau 3, Total, beträgt Fr. 5'608.-- pro Monat oder Fr. 67'296.-- pro Jahr (bei 40-Stunden Woche). Aufgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Wochenstunden (vgl. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV) ergibt dies einen massgebenden Wert von Fr. 70'156.-- (Fr. 67'296.-- : 40 x 41,7). Unter Berücksichtigung der 50 %-igen Arbeitsfähigkeit ergibt sich ein Betrag von **Fr. 35'078.--**.

4.2 Im Weiteren verlangt der Beschwerdeführer die Berücksichtigung eines Leidensabzugs. Ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls



(leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 neues Fenster E. 4.3.2. S. 481, 126 V 75).

Vorliegend nahm die Beschwerdegegnerin in ihrem Einkommensvergleich vom 24. Januar 2008 keinen Leidensabzug vor (act. G 9.1/67). Aus dem Gutachten geht nicht deutlich hervor, ob die Restarbeitsfähigkeit von 50 % ganztags bei reduzierter Leistung zu erbringen ist, oder aber in einem Teilzeitpensum. Auch wenn man von Teilzeitarbeit ausgeht und diesen Umstand mit einem Abzug von 10 % bewertet, ergibt sich kein genügender Invaliditätsgrad für eine Dreiviertelsrente ($100\% - \{[\text{Fr. } 35'078.-- \times 0,9] : \text{Fr. } 76'180.-- \times 100\} = 58,6\%$). Weitere Gründe für einen Leidensabzug sind nicht ersichtlich. So kann der Beschwerdeführer noch mittelschwere Tätigkeiten ausüben und war zum Zeitpunkt der Verfügung 50 Jahre alt.

4.3 Zusammenfassend ergibt auch die Anwendung der Tabellenlöhne keinen wesentlich höheren Invaliditätsgrad als der von der Beschwerdegegnerin verwendete Lohn an der ehemaligen Arbeitsstelle. Der Beschwerdeführer hat damit ab 1. Oktober 2006 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin erweist sich damit im Ergebnis - auch wenn es sich nicht um einen Revisionsentscheid handelt (vgl. E. 1) - als korrekt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

5.

5.1 Dem Beschwerdeführer wurde am 6. August 2009 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt. Gleichzeitig wurde die Rechtsvertreterin darauf hingewiesen, dass der bereits geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- an das Honorar der unentgeltlichen Vertretung angerechnet werde (act. G 15). Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es gestatten, kann der Beschwerdeführer sodann zur Nachzahlung der Gerichtskosten, der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 1 ZPO/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).



5.2 Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

5.3 Der Staat ist zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. Die Entschädigung ist auf Fr. 3'500.-- festzulegen und um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Ausserdem ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- abzuziehen (vgl. act. G 4.1). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).