



Fall-Nr.: IV 2010/438
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.05.2020
Entscheiddatum: 22.02.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 22.02.2012

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Gutachten als beweiskräftig gewürdigt. Vorliegend ist ein Leidensabzug von 20% auf Grund der Gesamtsituation, gestützt auf die körperlichen und psychischen Leiden und Einschränkungen gerechtfertigt. Damit resultiert ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 22. Februar 2012, IV 2010/438). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_271/2012.

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Marie Löhner und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 22. Februar 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach, 8887 Mels,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A. ___ meldete sich am 12. Januar 2001 zum Bezug von IV-Leistungen (Umschulung auf eine neue Tätigkeit) wegen seit mehreren Jahren bestehenden Schmerzen in Gelenken, Muskeln und der Herzgegend, die sich im letzten Jahr verstärkt hätten, an. Zudem sei der Druck eines selbständigen Geschäfts für ihn psychisch nicht mehr tragbar (act. G 5.1/1-7). Im Arztbericht vom 5. April 2001 diagnostizierte sein Hausarzt, Dr. med. B. ___, ein rheumatisches Beschwerdebild mit Fibromyalgie, Epikondylopathie radialis, chronisch lumbovertebralem Schmerzsyndrom, Arthritis urica rechter Fuss und Tietze-Syndrom sowie eine larvierte Depression und Chronic-Fatigue-Syndrom. In der Tätigkeit als Boden- und Plattenleger bestehe eine bleibende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20%, aktuell seien nur Teileinsätze möglich. Der zumutbare zeitliche Umfang der Arbeiten betrage maximal 50% (act. G 5.1/7).

A.b Die mit Verfügung vom 11. Oktober 2001 von der IV-Stelle zugesprochene Umschulung zum Homöopathen (act. G 5.1/17) musste der Versicherte gemäss ärztlichem Zeugnis von Dr. B. ___ vom 27. Januar 2003 aus gesundheitlichen Gründen abbrechen (act. G 5.1/24).

A.c Eine mit Verfügung vom 14. August 2003 erteilte Kostengutsprache für eine Umschulung zum Feng-Shui-Berater (act. G 5.1/43) wurde mit Verfügung vom 28. November 2003 per 14. November 2003 beendet. Zudem waren auf Grund des bisherigen Verlaufs weitere berufliche Massnahmen nicht angezeigt. Der Versicherte solle sich jedoch melden, sofern er bei der Suche nach einer behinderungsgerechten Stelle Hilfe benötige (act. G 5.1/58).

A.d Am 25. Mai 2004 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen (Rente) an (act. G 5.1/63). Dr. B. ___ stellte im Arztbericht vom 9. September 2004 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ein chronisches cervicobrachiales Schmerzsyndrom links bei Status nach Diskushernie C6/7 und



St.Galler Gerichte

Status nach Diskektomie vom 12. Februar 2002, ein rheumatisches Beschwerdebild mit chronischem lumbovertebralem Schmerzsyndrom, rezidivierender Arthritis urica rechter Fuss, Tieze-Syndrom links, anterior kneepain beidseits bei Status nach partieller medialer Meniskushinterhornresektion rechtes Knie sowie eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung und ein zunehmendes Abhängigkeitssyndrom. Die bisherige Tätigkeit als Bodenleger sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien ihm Tätigkeiten, die körperlich adaptiert in wechselnder Stellung auszuführen seien (act. G 5.1/83). Im Bericht des Kantonsspitals Grabs, Klinik für Chirurgie und Orthopädie, vom 28. September 2004 diagnostizierte Dr. C. ___ eine chronische Cervicocephalgie nach HWS-Operation im Januar (richtig wohl: Februar) 2002, eine depressive Entwicklung sowie Knieschmerzen beidseits. Die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten noch zu mindestens 50% zumutbar (act. G 5.1/84). Im Arztbericht St. Pirminsberg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung (nachfolgend: Klinik St. Pirminsberg) vom 8. Dezember 2004 hielt Dr. med. D. ___ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.25), auffällige Persönlichkeitszüge mit zwanghaften und impulsiv aggressiven Anteilen (DD: Persönlichkeitsstörung vom gemischten Typ; ICD-10 F60.8), ein chronisches Schmerzsyndrom des Rückens sowie eine Gonarthrose beidseits fest. Dem Versicherten sei eine leichte körperliche Arbeit mit häufigen Positionswechseln und ohne zeitlichen oder sozialen Druck im Rahmen von drei bis maximal vier Stunden pro Tag zumutbar (act. G 5.1/90).

A.e Am 21. Dezember 2005 wurde der Versicherte durch das ABI (Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH, Basel) internistisch, psychiatrisch und rheumatologisch begutachtet. Im Gutachten vom 20. Januar 2006 wurden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt: kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und abhängigen sowie emotional instabilen Zügen (ICD-10 F61.02); anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4); chronisches cervical und lumbal betontes Panvertebralsyndrom (ICD-10 M53.8) bei St. n. Diskushernienoperation bei grosser medio-lateraler Diskushernie C6/C7 links 2/2002, Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, ausgeprägtem myofaszialem Schmerzsyndrom Nacken-/Schultergürtel linksbetont; chronische Knieschmerzen bds. (ICD-10 M17.0) bei St. n. arthroskopischer



Teilmeniskektomie medial rechts 2003 und medial links 4/2005. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein metabolisches Syndrom (BMI 30.5 kg/m²; ICD-10 E66.0), Dyslipidämie, bisher unbehandelt (ICD-10 E78.2), ein Verdacht auf beginnenden Diabetes mellitus (ICD-10 E11.9), aktuell HbA1c-Wert von 7.1% (Norm < 6.3), Hyperurikämie, asymptomatisch (ICD-10 E79.0), fortgesetzter Nikotinkonsum (ca. 25 py; ICD-10 F17.1) und episodischer schädlicher Gebrauch von Alkohol, zur Zeit abstinent (ICD-10 F10.10), aufgeführt. Der Versicherte sei in seiner angestammten Tätigkeit seit dem 2. Februar 2002 voll arbeitsunfähig. Körperlich überwiegend leichte bis selten mittelschwere adaptierte Tätigkeiten im Umfang von sechs bis acht Stunden täglich seien ihm mit einer Leistungseinbusse zumutbar, so dass insgesamt eine zu 50% eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe (act. G 5.1/102). Mit Stellungnahme vom 31. Januar 2006 befand der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) das ABI-Gutachten als nachvollziehbar (act. G 5.1/103).

A.f Im Bericht vom 27. Februar 2006 führte der Berufsberater aus, der Versicherte sehe sich nicht in der Lage, eine Umschulung in Angriff zu nehmen. Dies werde nach diversen Versuchen auch bestätigt. Zudem fühle er sich nicht fähig, irgendeine Arbeit regelmässig auszuführen. Es seien keine sinnvollen beruflichen Massnahmen möglich, die seine Situation verbessern könnten. Damit verbleibe eine 50%ige medizinische Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten bei einer Arbeitszeit von sechs bis acht Stunden täglich. Aus berufsberaterischer Sicht seien die zusätzlichen Einschränkungen (fehlende Impulskontrolle, fehlende Frustrationstoleranz, deutliche Störung im Sozialverhalten) jedoch stark einschränkend für die Realisierung der Restarbeitsfähigkeit, weshalb eine weitere Reduzierung des Invalideneinkommens von 25% vorgeschlagen werde (act. G 5.1/106). Am 14. März 2006 verfügte die IV-Stelle, dem Versicherten keine Kostengutsprache für berufliche Massnahmen zu erteilen. Betreffend die Rente erhalte er eine separate Verfügung (act. G 5.1/110).

A.g Mit Verfügungen vom 5. April 2006 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab 1. April 2006 eine Viertelsrente sowie eine entsprechende Kinderrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40% zu. Für die Zeit vom 1. Februar 2003 bis 31. März 2006 werde er eine separate Verfügung erhalten (act. G 5.1/116 und 5.1/117).



St.Galler Gerichte

A.h Gegen die Verfügungen vom 5. April 2006 erhob Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Mels, als Vertreter des Versicherten am 9. Mai 2006 Einsprache mit dem Antrag auf eine ganze Invalidenrente. Zur Begründung verwies er auf verschiedene Berichte der Klinik St. Pirminsberg sowie von Dr. B.____ (act. G 5.1/118). Gemäss Kurzaustrittsbericht der Klinik St. Pirminsberg vom 11. Februar 2006 wurde der Einsprecher dort vom 3. Februar 2006 bis zum 11. Februar 2006 stationär behandelt. Als vorläufige Diagnose wurde eine depressive Episode angegeben. Der Einsprecher werde ambulant weiterbehandelt (act. G 5.1/121). Im Bericht über die stationäre Behandlung stellte die Klinik St. Pirminsberg am 28. Februar 2006 die Hauptdiagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2); als Nebendiagnose wurde eine Alkoholintoxikation (ICD-10 F10.0) angegeben. Die Arbeitsfähigkeit betrage 0% bis zur nächsten Konsultation (act. G 5.1/122). Im ärztlichen Zeugnis vom 19. April 2006 diagnostizierte die Klinik St. Pirminsberg eine rezidivierende depressive Störung, lang dauernde mittelgradige Episode mit residualer Symptomatik (ICD-10 F32.10) sowie eine Störung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, seit Monaten abstinent (ICD-10 F10.1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% (act. G 5.1/123). Mit Schreiben vom 26. April 2006 nahm Dr. B.____ zum ABI-Gutachten dahingehend Stellung, als die darin festgehaltenen körperlichen und psychischen Probleme und Beschwerden des Einsprechers korrekt aufgelistet seien. Leider würden die Fakten betreffend die Arbeitsunfähigkeit in der Gesamtbeurteilung ungenügend miteinbezogen. Auf Grund der psychiatrischen und der körperlichen Beurteilung müsste dem Einsprecher medizinisch-theoretisch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft attestiert werden (act. G 5.1/124).

A.i In seiner Stellungnahme vom 16. Juni 2006 führte der RAD aus, die neu geltend gemachten Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit vermöchten die von der ABI abgegebenen Einschätzungen nicht zu entkräften. Aus versicherungsmedizinischer Sicht werde daher vorgeschlagen, an der bisherigen Einschätzung festzuhalten (act. G 5.1/126).

A.j Mit Verfügungen vom 11. Januar 2007 sprach die IV-Stelle dem Versicherten für die Zeit vom 1. Juni 2003 bis 31. März 2006 eine Viertelsrente nebst Kinderrente zu (act. G 3.129). Die IV-Stelle wies die gegen die Verfügungen vom 5. April 2006 gerichtete Einsprache mit Entscheid vom 2. März 2007 ab (act. G 5.1/130).



A.k Am 17. April 2007 erhob der Rechtsvertreter des Versicherten Beschwerde gegen den Einspracheentscheid mit dem Antrag, es sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2006 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei ihm mit Wirkung ab 1. April 2006 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch das ABI werde den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht. In diesem Zusammenhang verwies der Rechtsvertreter auf den Bericht der Klinik St. Pirminsberg vom 28. März 2007, der zum Einspracheentscheid Stellung nahm. Demnach sei aus ärztlicher Sicht nicht schlüssig dargelegt, dass die Gesamtarbeitsunfähigkeit psychiatrisch und somatisch bei 50% liegen solle (act. G 5.1/132). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 25. April 2007 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5.1/136).

A.l Im Urteil vom 18. September 2008 (IV-act. 2007/156) ging das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen davon aus, dass das Beschwerdeverfahren gegen die Verfügung vom 5. April 2006 betreffend den Rentenanspruch ab 1. April 2006 die Rentenverfügung insgesamt und damit auch die in der Verfügung vom 11. Januar 2007 erfolgte rückwirkende Zusprache einer Viertelsrente für die Zeit von Juni 2003 bis März 2006 betreffe. Es hiess die Beschwerde dahingehend teilweise gut, als es den Einspracheentscheid vom 2. März 2007 aufhob und die Sache zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückwies (act. G 5.1/138).

A.mAm 13. November 2008 wurde der Versicherte auf Grund eines massiven selbst- und fremdgefährlichen Verhaltens bei Alkoholkonsum per fürsorglichem Freiheitsentzug (FFE) in die Klinik St. Pirminsberg eingewiesen, wo er bis zum 9. Januar 2009 hospitalisiert blieb. In einem undatierten Bericht an den Hausarzt (Fax-Datum 13. August 2009) hielten die behandelnden Ärzte fest, dass es unter medikamentöser Einstellung auf Antidepressiva und Neuroleptika zur ausreichenden Remission der depressiven Symptomatik gekommen sei. Der Versicherte habe im Entlassungszeitpunkt jedoch weiterhin Zeichen einer ausgeprägten Persönlichkeitsstörung gezeigt (act. G 5.1/147-27f.). Am 25. Juni 2009 wurde er ein weiteres Mal in der Klinik St. Pirminsberg hospitalisiert (act. G 5.1/147-37ff., 5.1/160-1ff.).



A.n Am 12. August 2009 wurde der Versicherte erneut durch das ABI Basel begutachtet. Die Gutachter Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie & Psychotherapie, und Dr. med. G.____, FMH Rheumatologie, hielten im Verlaufsgutachten vom 27. August 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Zügen (ICD-10 F61.0); anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F 33.4); chronisches cervicales sowie cervicocephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0/M53.1). Sie kamen zum Schluss, dass dem Versicherten körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten mit einer Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von unverändert 50% zumutbar seien. Die verminderte Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit resultiere aus den psychiatrischen Einschränkungen (act. G 5.1/147-22ff.).

A.o Mit Stellungnahme vom 23. Oktober 2009 hielt der RAD-Arzt Dr. med. H.____ das ABI-Verlaufsgutachten für umfassend und widerspruchlos, weshalb auf die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 50% in adaptierter Tätigkeit abzustellen sei (act. G 5.1/150).

A.p Mit Vorbescheid vom 18. November 2009 stellte die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. Juni 2003 eine Viertelsrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40% in Aussicht (act. G 5.1/154).

A.q Dagegen liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter am 23. Dezember 2009 Einwand erheben. Der Rechtsvertreter brachte vor, im Verlaufsgutachten sei nicht darauf eingegangen worden, dass der Versicherte im Zeitpunkt der Begutachtung in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen war. Die stationäre Behandlung habe vom 25. Juni bis 8. September 2009 gedauert. Vom 31. Oktober bis 1. November 2009 sei der Versicherte interkurrent im Spital Grabs wegen akuter Alkoholintoxikation und kombinierter Persönlichkeitsstörung hospitalisiert gewesen. Derzeit befinde er sich in der Tagesklinik des Psychiatriezentrums I.____. Im Übrigen sei selbst unter Beachtung der gutachterlichen Einschätzung ein Invaliditätsgrad von 40% nicht ausgewiesen, da einerseits das angenommene Valideneinkommen zu tief angesetzt sei und andererseits auf Grund des Schlussberichts des Berufsberaters beim Invalideneinkommen eine Reduktion von 25% vorzunehmen sei (act. G 5.1/159). Mit dem Einwand reichte er



St.Galler Gerichte

medizinische Berichte der ihn nach der Begutachtung behandelnden Stellen ein (Bericht der Klinik St. Pirminsberg vom 29. September 2009, act. G 5.1/160-1ff.; Bericht des Spitals Grabs vom 1. November 2009, act. G 5.1/161; Bericht des Psychiatrie-Zentrums J.____, vom 22. Dezember 2009, act. G 5.1/160-4f.). Zu diesen nahm RAD-Arzt Dr. H.____ am 8. Januar 2010 dahingehend Stellung, als sie keine richtungsweisende Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem ABI-Gutachten nachweisen würden (act. G 5.1/162).

A.r Mit vier Verfügungen vom 7. Oktober 2010 sprach die IV-Stelle dem Versicherten im Sinn des Vorbescheids und gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40% ab 1. Juni 2003 eine Viertelsrente zu (act. G 5.1/164).

B.

B.a Gegen diese Verfügungen richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 5. November 2010 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügungen sowie Zusprache einer mindestens halben Rente ab 1. Juni 2003, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung brachte der Rechtsvertreter vor, dass die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Begutachtung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verändert habe, nicht ausdrücklich beantwortet worden sei. Die Gutachter hätten sich zudem mit dem aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht auseinandergesetzt. Zudem würde selbst bei zu Grunde Legung des ABI-Gutachtens ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% oder sogar über 60% resultieren, wenn korrekterweise ein Valideneinkommen gemäss den Durchschnittslöhnen von mindestens Fr. 60'000.-- und ein Leidensabzug von 25%, wie es der Einspracheentscheid vom 2. März 2007 vorgesehen hatte, berücksichtigt würden (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 20. Dezember 2010 die Beschwerdeabweisung. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass sich das ABI-Gutachten mit den nachfolgenden Behandlungsberichten durchaus in Einklang bringen lasse, da auch die späteren Berichte keinerlei Hinweis für eine eigenständige depressive Erkrankung liefern würden. Auch habe das ABI-Gutachten plausibel dargelegt, dass dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zugemutet



St.Galler Gerichte

werden könne, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um halbtags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Gehe man sodann vom Durchschnitt der im individuellen Konto (IK) verbuchten Einkommen der Jahre 1996 bis 2000 aus und rechne diesen gemäss der Nominallohnentwicklung bis 2003 (Jahr des Rentenbeginns) hoch, erhalte man ein Valideneinkommen von Fr. 39'197.--. Stelle man dieses dem Invalideneinkommen von Fr. 23'097.--, worin ein Leidensabzug von 10% bereits berücksichtigt sei, gegenüber, resultiere ein Invaliditätsgrad von 41%. Damit sei die ab Juni 2003 zugesprochene Viertelsrente nicht zu beanstanden (act. G 5).

B.c In der Replik vom 28. Januar 2011 bestritt der Rechtsvertreter, dass auf die Ausführungen des Beschwerdeführers gegenüber den Gutachtern bezüglich seines Tagesablaufs abgestellt werden könne. Als Beleg reichte er zwei Schreiben der Exfrau des Beschwerdeführers vom 22. März 2007 und 24. Januar 2011 ein, worin diese festhielt, ihr Exmann würde unter narzisstischen Problemen leiden und daher Geschichten erzählen, welche nicht der Realität entsprächen, lediglich um sich in ein besseres Licht zu rücken (act. G 7, 7.1 und 7.2).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 10).

B.e Am 14. März 2011 informierte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers das Gericht darüber, dass der Beschwerdeführer vom 27. Januar bis 1. März 2011 wiederum in der Klinik St. Pirminsberg hospitalisiert worden sei. Als Beilage reichte er den Austrittsbericht vom 1. März 2011 sowie die Verordnung für ambulante Ergotherapie vom 4. März 2011 ein (act. G 11, G 11.1 und G 11.2).

Erwägungen:

1.

Zwischen den Parteien ist die Höhe des Rentenanspruchs streitig.

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) und 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 beziehungsweise 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 angefochtenen Verfügungen datieren vom 7. Oktober 2010, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und auf Grund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiell-rechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben.

2.2 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine 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).

2.3 Nach 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

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 (BGE 125 V 261 E. 4). 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 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss kommt einem Gutachten oder anderen medizinischen Beurteilungen schon dann kein voller Beweiswert zu, wenn Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen; es muss nicht feststehen, dass die medizinischen Beurteilungen effektiv nicht den Tatsachen entsprechen, was nicht mit medizinischen Fachpersonen besetzte Behörden in der Regel nicht beurteilen können (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 16. Oktober 2002, I 779/01, E. 4.2).

3.

3.1 Vorab ist zu klären, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. Die



Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf die beiden ABI-Gutachten vom 21. Januar 2006 und vom 27. August 2009 und ging davon aus, dass der Beschwerdeführer unverändert bzw. durchgehend zu 50% arbeitsunfähig sei.

3.2 Die ABI-Gutachter kamen im Verlaufsgutachten zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer unverändert von einer Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit von 50% für körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten unter Vermeidung von stereotypen Rotationsbewegungen der HWS sowie von Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneigeposition auszugehen sei. Die verminderte Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit resultiere aus den psychiatrischen Einschränkungen. Dies gestützt auf die Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Zügen (ICD-10 F61.0), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F 33.4), und eines chronischen cervicalen und cervicocephalen Schmerzsyndroms (ICD-10 M53.0/M53.1) bei St. n. ventraler Diskektomie, Sequesterotomie und Sulfix-Einlage C6/7 bei cervikaler Diskushernie C6/7 links 02/2002, mit radiomorphologisch postoperativer deutlich degenerativer Discopathie C6/7, C5/6, klinisch ohne eindeutige sensible oder motorische cervikoradikuläre Ausfälle, mit deutlicher Wirbelsäulenfehlhaltung mit betonter cervikaler Hyperlordose, deutlicher Schulter- und HWS-Protraktionsfehlstellung, mit ausgeprägter reaktiver Myogelose der gesamten Subokzipital-, Trapezius- und interskapulären Muskelgruppen, mit DD (differentialdiagnostisch) intermittierender Migräne, Spannungskopfschmerzen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), chronische Kniegelenkbeschwerden anterolateral beidseits (ICD-10 M17.0), ein inkomplettes metabolisches Syndrom sowie eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2) und fortgesetzter Nikotinkonsum (ca. 25 - 30 py; ICD-10 F17.1; act. G 5.1/147-22ff.). Anlässlich der Begutachtung gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. F.____ an, alleine in einer Vierzimmerwohnung zu leben, welche er mehr oder weniger selber in der Scheune des Bauernhauses, das seiner Ehefrau gehöre, eingerichtet habe. Den Haushalt führe er selbständig. Er kümmere sich um den Unterhalt des Bauernhauses, in dem er und seine Ehefrau lebten und um den Unterhalt eines in der Nähe gelegenen Bauernhauses, welches ebenfalls seiner Ehefrau gehöre. Er wisse sich immer zu beschäftigen, es sei ihm nie langweilig. Längeres Sitzen löse bei ihm allerdings



Schmerzen aus. Seit 2006 sei er mit seiner jetzigen Freundin zusammen. Diese trinke im Übermass Alkohol, was ihn belaste. Abends sei er meistens mit der Freundin zusammen. Meistens trinke man zusammen Alkohol. Zwei- bis dreimal pro Woche suche er ein Restaurant auf, wo er meistens Wein trinke. Er habe einen guten Kontakt mit den Kollegen. An den Wochenenden gehe er manchmal an den See, zeichne oder male. Abends sehe er auch gerne fern, treffe sich gelegentlich mit dem Sohn. Mit seiner Ex-Frau habe er eine geschwisterliche Beziehung. Auf Grund seiner körperlichen Beschwerden könne er sich nur noch eine eingeschränkte Tätigkeit vorstellen. Seit er in der Klinik sei, konsumiere er keinen Alkohol mehr. Er versuche dort auch zu lernen, sich besser gegenüber den Mitmenschen abzugrenzen, was ihm manchmal schwer falle. Er habe die Tendenz, den Mitmenschen zu helfen und überfordere sich dabei. Der Psychiater Dr. F.____ befand, dass das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht vollständig objektiviert werden könnten, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Der Explorand sei belastet gewesen durch die Aufgabe seiner angestammten Tätigkeit, die gescheiterten Umschulungsmassnahmen und die wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Auf dem Hintergrund dieser Belastungssituationen könne die psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden gesehen werden. Der Explorand betreibe auch seit Jahren einen hohen Alkoholkonsum, weshalb ein erheblicher Verdacht auf Alkoholabhängigkeit bestehe. Auch den aktuellen Suizidversuch, wobei er sich einen Plastiksack über den Kopf gezogen habe, habe er in alkoholisiertem Zustand begangen. Es fänden sich allerdings keine Hinweise auf irreversible kognitive und psychische Einschränkungen nach langjähriger Alkoholabhängigkeit. In der Psychiatrischen Klinik sei auch eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden. Die depressive Störung sei remittiert. Es bestünden keine Hinweise darauf, dass der Explorand je an einer schweren depressiven Störung gelitten hätte. Auch bestehe keine chronische Suizidalität. Die appellativ anmutenden Suizidversuche habe er jedes Mal unter dem Einfluss hoher Dosen von Alkohol und unter akuten Belastungssituationen begangen. Auf Grund seiner Schilderungen sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Alltag durch psychopathologische Symptome nicht eingeschränkt sei. Allerdings gerate er immer wieder in eine Helferrolle und überschätze sich. Früher sei es unter Alkoholkonsum immer wieder zu aggressiven Durchbrüchen gekommen, in letzter Zeit



gemäss seinen Angaben jedoch nie mehr. Neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, der rezidivierenden depressiven Störung, die remittiert sei und der Alkoholabhängigkeit könne also auch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen diagnostiziert werden. Aus psychiatrischer Sicht schränke die Alkoholabhängigkeit - Abstinenz vorausgesetzt - die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Ein sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen und es fänden sich auch keine schweren, lebensgeschichtlichen Belastungen. Dem Beschwerdeführer könne es zugemutet werden, trotz der Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um halbtags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Bezugnehmend auf andere frühere ärztliche Einschätzungen hielt Dr. F. ___ fest, dass die behandelnde Klinik St. Pirminsberg in der Zwischenzeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit geltend mache. Wie er jedoch dargelegt habe, lägen keine Hinweise auf eine schwere depressive Störung vor. Der Explorand sei immer in der Lage gewesen, den Haushalt selbstständig zu führen, sich um den Unterhalt zweier Häuser und sechs Pferde zu kümmern. Bezüglich der Diagnose einer schweren depressiven Episode anlässlich der Hospitalisation vom 3. bis 11. Februar 2006 bleibe anzumerken, dass es sich nicht um eine besonders schwere depressive Episode habe handeln können, wenn der Beschwerdeführer nach acht Tagen bereits wieder habe entlassen werden können. Anlässlich der Hospitalisation vom 13. November 2008 bis 9. Januar 2009 sei die Diagnose einer depressiven Störung nicht mehr erwähnt worden. Zudem seien die Hospitalisationen jedes Mal in alkoholisiertem Zustand erfolgt. Es bestünden daher keine Hinweise, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand seit der letzten psychiatrischen ABI-Begutachtung verschlechtert hätte (act. G 5.1/147-13ff.). Mit Stellungnahme vom 23. Oktober 2009 schloss sich auch der RAD-Arzt Dr. H. ___ dieser Einschätzung an. Er befand das polydisziplinäre Verlaufsgutachten als umfassend und widerspruchsfrei (act. G 5.1/150).

3.3 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bemängelt, dass die aktuelle und weitere medizinische Situation durch das Verlaufsgutachten nicht berücksichtigt worden sei. Der Beschwerdeführer befand sich bereits während der Begutachtung vom 12. August 2009 in stationärer Behandlung in der Klinik St. Pirminsberg, wo er auf Grund eines Suizidversuchs am 25. Juni 2009 in alkoholisiertem Zustand per FFE eingetreten war (act. G 5.1/160-1, 5.1/178-4). Nach Austritt vom 8. September 2009



wurde er zur teilstationären psychiatrischen Nachbehandlung ins Psychiatrie-Zentrum J.____ überwiesen (act. G 5.1/160-4). Auf Grund erneuter akuter Alkoholintoxikation wurde er am 31. Oktober 2009 mit der Rettung ins Spital Grabs eingewiesen, wo er am 1. November 2009 wieder entlassen wurde (act. G 5.1/161). Die Ärzte der Klinik St. Pirminsberg hielten aber auch in den diesbezüglichen Behandlungsberichten vom 29. September und 22. Dezember 2009 an den Diagnosen von kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F 61) sowie psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol: akute Intoxikation und schädlicher Gebrauch (ICD-10: F 10.0 und 10.1) fest (act. G 5.1/160-1 bis 4). Somit kann im Vergleich zu den im ABI-Gutachten festgehaltenen grundsätzlich nicht von abweichenden ärztlichen Diagnosen ausgegangen werden, dies mit der Ausnahme, dass die behandelnden Ärzte den Beschwerdeführer jedes Mal auf Grund eines akuten Alkoholmissbrauchs behandeln mussten. Folglich kann auch den Ausführungen des RAD-Arzt Dr. H.____ vom 8. Januar 2010 gefolgt werden. Dieser wies einerseits darauf hin, dass Dr. F.____ die Hospitalisation ab 25. Juni 2009 erwähnt und bei seinen Erhebungen berücksichtigt habe und es sich andererseits bei der Kurzhospitalisation vom 31. Oktober bis 1. November 2009 im Spital Grabs um eine Hospitalisation wegen akutem Alkoholrausch gehandelt habe. Solche hätten bereits wiederholt stattgefunden und seien in ihrer dauerhaften Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit klassifiziert. Laut dem Gutachter bestünden keine Hinweise auf irreversible Schäden nach langjähriger Alkoholabhängigkeit. Somit liege keine anhaltende Verschlechterung seit der Verlaufsbeurteilung vor (act. G 5.1/162).

3.4 Gegen die psychiatrische Beurteilung im ersten ABI-Gutachten hielt die Exfrau des Beschwerdeführers bereits im Brief vom 22. März 2007 fest, dass seine psychische Verfassung instabil sei und er wegen Kleinigkeiten in grossen emotionalen Stress gerate. Auch stimme nicht, dass er mit dem niedrigen Einkommen zufrieden gewesen sei. Er habe sich mehrmals um eine Anstellung bemüht, was jedoch auf Grund seiner Krankheit nicht zustande gekommen sei (act. G 5.1/134-1). Mit Schreiben vom 24. Januar 2011 führte sie aus, ihr Exmann würde unter narzisstischen Problemen leiden und daher Geschichten erzählen, welche nicht der Realität entsprächen, um Anerkennung zu erhalten. So habe er weder zwei Bauernhöfe versorgt noch ihre sechs Pferde betreut, sondern diesen lediglich mal das Heu gebracht. Im Übrigen sei sein Haushalt ziemlich unordentlich und in sozialer Hinsicht lebe er sehr zurückgezogen



(act. G 7.2). Dr. F.____, der die Schilderungen des Beschwerdeführers zwar unkommentiert in seinem Gutachten aufführte, hat ihnen dennoch wenig Bedeutung beigemessen. Wäre er tatsächlich von der "heilen Alltagswelt" des Beschwerdeführers ausgegangen, wäre die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% nämlich kaum nachvollziehbar. Es erscheint zwar schon fragwürdig, dass Dr. F.____ die Angaben des Beschwerdeführers zu dessen Alltag nicht weiter hinterfragte, zumal bereits aus den früheren Akten hervorgeht, dass der Beschwerdeführer zur Schönfärberei neigt (vgl. act. G 5.1/52 bezüglich Abbruch der Feng Shui-Ausbildung). Gesamthaft betrachtet darf jedoch der Beurteilung durch Dr. F.____ gefolgt werden, stehen doch die häufigen Hospitalisationen immer im Zusammenhang mit Alkoholkonsum, ohne dass eine Alkoholkrankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden wäre. So verneinte Dr. F.____ irreversible Schäden nach langjähriger Alkoholabhängigkeit.

3.5 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass keine erheblichen Zweifel an der Beweiskraft des Verlaufsgutachtens des ABI vom 27. August 2009 gegeben sind, weshalb darauf abgestellt werden kann. Somit ist beim Beschwerdeführer von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen.

3.6 Im Übrigen beschlagen der vom Beschwerdeführer eingereichte Arztbericht der Klinik St. Pirminsberg vom 1. März 2011 (act. G 11.1) sowie die Verordnung für ambulante Ergotherapie vom 4. März 2011 (act. G 11.2) nicht den bis zum Verfügungserlass vom 7. Oktober 2010 eingetretenen Sachverhalt, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen.

4.

4.1 Damit bleiben gestützt auf die Restarbeitsfähigkeit von 50% die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen.

4.2 Der Beschwerdeführer ist gelernter Möbelschreiner (act. G 5.1/65-7). Im Anschluss an die Lehre führte er jedoch Tätigkeiten als Zimmermann, Schreiner und Bodenleger aus, wobei er nie länger als ein bis drei Jahre beim selben Arbeitgeber angestellt blieb. Im Jahr 1988 machte er sich selbständig und 1996 gründete er die K.____ GmbH, für welche er als Geschäftsführer tätig war (act. G 5.1/1-4). Wie dem



Auszug aus dem individuellen Konto zu entnehmen ist, erzielte er das höchste Einkommen in den Jahren 1985 und 1986 als Angestellter der L. ___ mit Fr. 36'430.-- und Fr. 36'926.-- bzw. im Jahr 1999 mit Fr. 36'000.-- als Geschäftsführer der eigenen GbmH (act. G 5.1/86-3). Demgegenüber hätte er als angestellter Möbelschreiner gemäss LSE 2002 TA1 ein Jahreseinkommen im Jahr 2002 von Fr. 60'828.-- (Fr. 5'069 x 12; Be- und Verarbeitung von Holz, Anforderungsniveau 3, Männer) bzw. angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.9 Stunden und aufgerechnet auf das Jahr des Rentenbeginns (2003) mit einer Nominallohnentwicklung von 0.7% ein solches von Fr. 64'163.-- erzielt. Wie aus den Akten hervorgeht war der Beschwerdeführer bereits Ende der 70er Jahre fünfmal kurzfristig wegen aggressiven Auseinandersetzungen mit übermässigem Alkoholkonsum hospitalisiert (vgl. act. G 5.1/147-15). Gemäss den Aussagen seiner Exfrau hat er sich zwar vermehrt um eine Anstellung bemüht, auf Grund seiner Krankheit und der psychischen Störungen war es aber nie soweit gekommen. Die Personalchefs hätten alle gemerkt, dass er sehr krank sei (act. G 5.1/134-1). Die dauernden Stellenwechsel, die Höhe der erzielten Jahreseinkommen sowie das psychische Gesamtbild deuten einheitlich darauf hin, dass der Beschwerdeführer in der freien Wirtschaft keine längerfristige Anstellung hätte halten können, weshalb sich für ihn der Schritt in die Selbständigkeit geradezu aufdrängte. Nur so konnte er sich ein Einkommen sichern, das jedoch die Einkommenshöhe seines erlernten Berufs bei Weitem nicht erreichte. Anhaltspunkte für einen freiwilligen Einkommensverzicht liegen keine vor. Somit kann vorliegend für die Bestimmung des Valideneinkommens von keinen repräsentativen Grundlagen ausgegangen werden, weshalb grundsätzlich auf Tabellenlöhne abzustellen ist.

4.3 Nachdem der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist für die Ermittlung des hypothetischen Einkommens ebenfalls auf die LSE-Tabellenlöhne abzustellen. Da somit zur Bestimmung des Validen- und Invalideneinkommens dieselbe Vergleichsgrösse herangezogen wird, kann gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4 mit Hinweis). Zu klären ist damit noch die Frage der Höhe des Tabellenabzugs bei der Bestimmung des Invalideneinkommens.



4.4 Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25% gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 126 V 78 E. 5a/bb). Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalls ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Eine schematische Vornahme des Leidensabzugs ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

4.5 In der angefochtenen Verfügung wurde ein Leidensabzug von 10% vorgenommen. Dies hält einer Ermessensprüfung nicht stand. Vorliegend gilt es zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer im Verfügungszeitpunkt bereits 58 Jahre alt war. Ausserdem kann er nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben (vgl. E 3.2), wobei weiter zu beachten ist, dass er bei der Arbeit die Möglichkeit haben sollte, seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln zu können. Zusätzlich zu den somatischen Einschränkungen sind auch die psychischen zu berücksichtigen, welche vorliegend schwer ins Gewicht fallen. So hielt der Berufsberater im Schlussbericht vom 27. Februar 2006 fest, dass sich aus seiner Sicht zur Arbeitsunfähigkeit von 50% die fehlende Impulskontrolle, fehlende Frustrationstoleranz sowie eine deutliche Störung im Sozialverhalten zusätzlich stark einschränkend auf die Realisierung der Restarbeitsfähigkeit auswirken würden. Der Berufsberater schlug aus diesem Grund eine weitere Reduzierung des Invalideneinkommens um 25% vor (act. G 5.1/106). Schliesslich wirkt sich auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer nur noch einer Teilzeittätigkeit nachgehen kann, lohnmindernd aus. Unter all diesen Umständen muss davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer ein erheblich tieferes Einkommen erzielen würde als eine gesunde Person im Rahmen einer Hilfstätigkeit. In Würdigung der gesamten Umstände erscheint daher ein Leidensabzug von 20% als angemessen.



4.6 Ausgehend von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit und einem Leidensabzug von 20% resultiert damit unter Anwendung eines Prozentvergleichs ab 1. Juni 2003 ein Invaliditätsgrad von 60% ($100\% - [50\% \times 0.80]$). Folglich hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen vom 7. Oktober 2010 gutzuheissen und dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2003 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen.

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. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die gesamte Gerichtsgebühr zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat auf die Einreichung einer Honorarnote verzichtet. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der Verfügungen vom 7. Oktober 2010 gutgeheissen und dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2003 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zugesprochen.



2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.