



Fall-Nr.: IV 2012/165
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 03.06.2020
Entscheiddatum: 06.02.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 06.02.2014

Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG. ABI-Gutachten zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit beweistauglich. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich. Leidensabzug 10% (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 06. Februar 2014, IV 2012/165).

Entscheid Versicherungsgericht, 06.02.2014

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 6. Februar 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, c/o Procap Schweiz,
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 22. Juni 2010 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Integration, Rente) an. Der Versicherte gab an, seit 2004 bei der B.____ AG (ehemals: C.____ AG), als Schichtarbeiter tätig gewesen zu sein, am 29. April 2010 einen Hirnstamminfarkt erlitten zu haben und seither zu 100% arbeitsunfähig zu sein (IV-act. 1, 4). Die Klinik Valens, wo sich der Versicherte vom 10. Mai bis 22. Juni 2010 stationär aufgehalten hatte, stellte im Austrittsbericht vom 7. Juli 2010 die Hauptdiagnose eines Hirnstamminfarkts vom 29. April 2010. Als Nebendiagnose wurde insbesondere eine chronisch rezidivierende Myalgie vor allem im Schultergürtel mit morgendlicher Steifigkeit und anamnestisch rezidivierender Schwellung von Handgelenken und Fingern mit/bei möglicher Polymyalgia rheumatica und zusätzlichem Verdacht auf eine somatoforme Störung vermerkt. Die Klinikärzte attestierten dem Versicherten vom 29. April bis 14. Juli 2010 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Ab 15. Juli 2010 sei ein therapeutischer Arbeitsversuch mit 50% Anwesenheit pro Tag mit reduziertem Pensum von 50% bei reduzierter kognitiver und körperlicher Belastung an einem Schon-Arbeitsplatz (wechselbelastend, leicht bis mittelschwer) zu starten (IV-act. 25). Der therapeutische Arbeitsversuch im Pensum von 25% in einer adaptierten Tätigkeit erfolgte schliesslich ab 26. Juli 2010 bei der angestammten Arbeitgeberin (IV-act. 16, 21, 26). Laut Regionalem Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung war drei Monate nach dem Schlaganfall noch mit einer deutlichen Besserung im weiteren Verlauf zu rechnen (IV-act. 21). Am 1./9. Dezember 2010 unterzeichnete der Versicherte einen von der zuständigen Eingliederungsberaterin der IV-Stelle vorbereiteten Eingliederungsplan mit der Zielvereinbarung eines Arbeitsversuchs in der angestammten Tätigkeit mit Aufsicht im Rahmen von 50% und Steigerung der Arbeitszeit je nach Verlauf, wobei der Versicherte erklärte, er sehe sich mit einem Pensum von 50% an der obersten Leistungsgrenze (IV-act. 37, vgl. auch IV-act. 38). Am 9. Dezember 2010 reichte der behandelnde Arzt des Versicherten, Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin, der IV-Stelle einen Arztbericht unter Angabe folgender Diagnosen mit Auswirkung auf die



Arbeitsfähigkeit ein: Hirnstamminfarkt am 29. April 2010 mit/bei initial Dysarthrie, Skew-Deviation rechts über links, ocular Tilt-Reaktion, Nystagmus, Gangunsicherheit; chronisch rezidivierende Myalgie vor allem im Schultergürtel mit morgendlicher Steifigkeit mit rezidivierender Schwellung von Handgelenken, Ellbogen und Fingern beidseits mit/bei Verdacht auf Polymyalgia rheumatica, negativen CCP-Antikörpern und ANA; Anpassungsstörung; mittelschwere depressive Episoden ohne psychotische Symptome (F32.2). Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D. ___ fest, dass dem Versicherten langsame Tätigkeiten ohne Verantwortung, ohne grosse Geschicklichkeits-, Kraft- und Gleichgewichtsanforderung aus somatischer Sicht vollständig zumutbar sein sollten. Wegen intermittierend auftretender schmerzhafter Gelenksschwellungen müssten jedoch unter der jetzigen Therapie mehrmals monatlich, mehrtägige Krankheitsausfälle erwartet werden, ausser die rheumatologische Behandlung könne einen anhaltenden Effekt erzielen. Die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit aus psychosomatischer Sicht könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht konklusiv beurteilt werden. Aktuell sei diese in der freien Wirtschaft wegen dem vermeidenden ängstlichen Verhalten des Versicherten nicht gegeben. Aus rein somatischer Sicht sei seitens des Hirnstamminfarkts von einer guten Prognose auszugehen, wobei anhaltende Restbeschwerden wie Gleichgewichtsstörungen bei einem Hirnstamminfarkt möglich seien. Schliesslich hielt Dr. D. ___ eine ergänzende medizinische Abklärung, insbesondere eine psychiatrische Exploration durch die Klinik E. ___, für angezeigt (IV-act. 39). Am 18. Januar 2011 erhielt die IV-Stelle die Mitteilung, dass sich der Versicherte seit 3. Januar 2011 in der Klinik E. ___ zur Rehabilitation befinde und ihm von der B. ___ AG per 30. April 2011 gekündigt worden sei (IV-act. 43). Am 21. Januar 2011 erfolgte ein Arztbericht durch Dr. med. M. D. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit den Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom, einer psychogenen Überlagerung der mutmasslich somatischen Beschwerden sowie eines maladaptiven Überzeugungs- und Bewältigungsmusters im Zusammenhang mit der körperlichen Krankheit. Die Frage der Zumutbarkeit einer anderen Tätigkeit könne noch nicht beantwortet werden. Es sei der Ausgang der Behandlung in der Klinik E. ___ abzuwarten (IV-act. 44). Am 28. Januar 2011 teilte die IV-Stelle dem Versicherten den Abschluss der "Leistung zum Arbeitsplatzzerhalt" mit. Der Versicherte befinde sich aktuell in einer Rehabilitationsmassnahme, weshalb berufliche Eingliederungsmassnahmen im jetzigen Zeitpunkt nicht angezeigt seien (IV-act. 48). Am 20. Mai 2011 nahm die Klinik E. ___ zur



Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit des Versicherten Stellung, erstattete einen Verlaufsbericht und reichte einen Bericht vom 7. Februar 2011 zu Händen Dr. D.____ über die ambulante Rehabilitationsbehandlung des Versicherten in ihrer Klinik ein. Darin wurden als psychiatrische Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1) mit somatischem Syndrom und als somatische Diagnosen ein Status nach Hirnstamminfarkt mit neurologischen Defiziten und Parästhesien sowie Rücken- und Nackenschmerzen gestellt. Die Klinik E.____ attestierte dem Versicherten eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und ging in geschütztem Rahmen bei leichter handwerklicher Arbeit, ohne Schicht, Akkord, Fließband, Maschinenarbeit, Arbeit mit scharfen Werkzeugen und Gegenständen sowie ohne schweres Heben über Lendenhöhe, von einer 20%-igen Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 54-6/7, 58-32/53). Zusammen mit dem Verlaufsbericht vom 20. Mai 2011 reichte die Klinik E.____ der IV-Stelle ausserdem Untersuchungsberichte der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) wie auch des Departements Innere Medizin, Rheumatologie/ Rehabilitation des KSSG vom 15. und 23. Dezember 2010 sowie vom 4. Januar und 15. Februar 2011 zu Händen Dr. D.____ ein (IV-act. 58-35/53 ff.). Inzwischen hatte die IV-Stelle am 13. April 2011 eine polydisziplinäre Abklärung des Versicherten durch die Aertzliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI), F.____, veranlasst (IV-act. 52). Die Untersuchungen im ABI - psychiatrisch durch Dr. med. G.____, rheumatologisch durch Dr. med. H.____, neurologisch durch Dr. med. I.____ - mit Erarbeitung einer Konklusion durch einen interdisziplinären Konsensus mit den verschiedenen Teilgutachtern fanden am 20. und 21. September 2011 statt. Das ABI hielt zusammenfassend fest, dass der Versicherte für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 80% arbeits- und leistungsfähig sei, in einem ganztägigen Pensum verwertbar. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten im Schichtbetrieb und solche mit erhöhten Anforderungen ans Gleichgewichtssystem. Körperlich schwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr und körperlich mittelschwere Tätigkeiten nur noch mit grosser Einschränkung zumutbar (IV-act. 58-1/53).

A.b Nach Bestätigung des RAD, dass auf das ABI-Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 59), stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 10. Februar 2012 bei einem IV-Grad von 37% die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht (IV-act. 62).



St.Galler Gerichte

A.c Dagegen erhob der Versicherte am 17. Februar 2012 Einwand. Er brachte vor, von seinem Hausarzt für eine rheumatologische Untersuchung Dr. med. J.____ zugewiesen worden zu sein, deren Ergebnis abzuwarten sei (IV-act. 63).

A.d Nach Eingang des Untersuchungsberichts von Dr. J.____ vom 8. März 2012 und der Stellungnahme des RAD, dass mit dem aktuellen Bericht keine neuen medizinischen Tatsachen bekannt würden (IV-act. 66 f.), verfügte die IV-Stelle am 23. März 2012 im Sinne des Vorbescheides (IV-act. 68).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die von Advokat lic. iur. M. Boltshauser, Procap, Schweizerischer Invaliden-Verband, Olten, im Namen des Versicherten eingereichte Beschwerde vom 8. Mai 2012 mit dem Antrag, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. März 2012 sei aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2011 eine Invalidenrente zuzusprechen. Dem Beschwerdeführer sei ausserdem die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und er sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch den Unterzeichnenden zu gewähren; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1).

B.b In der Beschwerdeergänzung vom 17. September 2012 beantragte der Rechtsvertreter, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. März 2012 sei aufzuheben und es seien zusätzliche medizinische Abklärungen vorzunehmen. Am Antrag betreffend unentgeltliche Prozessführung, Befreiung von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen, unentgeltliche Rechtsverteidigung sowie Kosten- und Entschädigungsfolge wurde festgehalten (act. G 7). Zusammen mit der Beschwerdeergänzung reichte der Rechtsvertreter einen weiteren Arztbericht von Dr. J.____ vom 29. März 2012 (act. G 7.1) sowie zusätzliche Untersuchungsberichte des Departements Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation, und der Klinik für Neurologie des KSSG vom 1. und 25. Juni 2012 (act. G 7.2) ein.

B.c In der Beschwerdeantwort vom 2. November 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 11).



St.Galler Gerichte

B.d Mit Schreiben vom 6. November 2012 bewilligte die Präsidentin des Versicherungsgerichts das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch Advokat Boltshauser) für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 12).

B.e Mit Schreiben vom 14. Januar 2013 verzichtete der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf die Einreichung einer Replik (act. G 16).

B.f Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften und die Ausführungen in den übrigen, insbesondere medizinischen Akten, wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Streitig und im vorliegenden Verfahren zu überprüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat.

2.

Am 1. Januar 2012 ist der erste Teil der 6. Revision der Invalidenversicherung in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 130 V 445, 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 23. März 2012 und somit nach Inkrafttreten der IV-Revision 6a erlassen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor deren Inkrafttreten, jedoch nach dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Nachfolgend wären daher für den bis 31. Dezember 2011 verwirklichten Sachverhalt die altrechtlichen, danach die ab 1. Januar 2012 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden. Nachdem sich jedoch in Bezug auf den in (a)Art. 28 IVG geregelten Grundsatz des Rentenanspruchs keine Änderung ergeben hat, erübrigt sich eine Differenzierung.



3.

3.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

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).

3.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Art. 28 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und die nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG), denn ein Rentenanspruch besteht erst ab diesem Invaliditätsgrad (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.3 Die Rente wird nach dem Grad der Invalidität abgestuft. 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.

4.

4.1 Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers rügt zunächst, der Beschwerdeführer sei in beruflicher Hinsicht nicht für allfällige berufliche Massnahmen, resp. für eine Arbeitsvermittlung, überprüft worden, weshalb der Grundsatz "Eingliederung vor Rente" verletzt scheine. Der Beschwerdeführer hat zwar in seinem Herkunftsland eine zweijährige Lehre als Schreiner - ohne Nachweis eines Abschlusses - absolviert. Diesen Beruf hat er jedoch seit über zehn Jahren nicht mehr ausgeübt, sondern war



stattdessen als ungelernter Fabrikarbeiter - zuletzt ab 1. September 2004 mehrere Jahre bei der B.____ AG als Schichtarbeiter in der Maschinenbedienung und als Staplerfahrer - tätig (vgl. IV-act. 4, 38, 46, 58). Es bestehen keinerlei Hinweise anzunehmen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall bis zur Pensionierung nicht mehr als Hilfsarbeiter tätig gewesen wäre. Er ist mithin als solcher zu qualifizieren. Hilfsarbeiter sind definitionsgemäss in der Lage, den Arbeitsplatz zu wechseln, ohne dazu eine Umschulung (Art. 17 Abs. 1 IVG) zu benötigen, da keine qualifizierten Berufskennntnisse erforderlich sind. Dennoch kann ein Umschulungsanspruch auch bei einem Hilfsarbeiter nicht gänzlich verneint werden (vgl. U. Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2010, S. 191). Aufgrund des Alters des Beschwerdeführers wäre jedoch eine Umschulung unverhältnismässig, so dass offen bleiben kann, ob er überhaupt fähig wäre, sich erfolgreich in eine qualifizierte Berufstätigkeit umschulen zu lassen. Im Regelfall kommt bei Hilfsarbeitern als einzige berufliche Eingliederungsmassnahme eine Arbeitsvermittlung (Art. 18 Abs. 1 IVG) nebst dazugehörigen Massnahmen (Art. 18a bis Art. 18c IVG) in Frage. Die Arbeitsvermittlung untersteht aber nicht dem in Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG geregelten Grundsatz "Eingliederung vor Rente" (vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2009, Vorbemerkungen N. 47), da sie nur dazu dienen kann, eine Arbeitslosigkeit (und nicht eine relevante Invalidität) zu überwinden. Nach seinem Hirnstamminfarkt am 29. April 2010 arbeitete der Beschwerdeführer ab 26. Juli 2010 wieder versuchsweise zu 25% an einem Schonarbeitsplatz bei der B.____ AG. Die Beschwerdegegnerin vereinbarte bzw. plante im Rahmen der Frühintervention den Erhalt des bestehenden Arbeitsplatzes bzw. die dortige Steigerung der Arbeitsleistung (vgl. IV-act. 31, 37, 46). Der Arbeitsversuch des Beschwerdeführers wurde jedoch aufgrund seiner gesundheitlichen Situation per Januar 2011 abgebrochen. Er erhielt per 30. April 2011 die Kündigung seiner Arbeitsstelle, sodann war der Eintritt in eine mehrwöchige Rehabilitation geplant. In der Folge teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 28. Januar 2011 den Abschluss der Leistung zum Arbeitsplatzertalt mit (IV-act. 48). Gegen diese Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin ist aufgrund des Gesagten nichts einzuwenden. Hinzu kommt, dass die ABI-Gutachter in ihrem Gutachten vom 24. November 2011 von einer Empfehlung beruflicher Massnahmen absahen. Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers wie auch die psychosoziale Situation



und das Alter würden praktisch einen Wiedereinstieg ins Erwerbsleben verunmöglichen (IV-act. 58-25/53). Zusammenfassend steht damit fest, dass der Beschwerdeführer die in Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG geregelte Anspruchsvoraussetzung (vgl. Erwägung 3.2) erfüllt.

4.2 Als unbestritten hat nach Lage der vorliegenden Akten zutreffenderweise zu gelten, dass beim Beschwerdeführer seit seinem Hirnstamminfarkt vom 29. April 2010 eine ununterbrochene 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinenbediener/Staplerfahrer/Schichtarbeiter ausgewiesen ist (vgl. dazu IV-act. 25, 39, 44, 48). Der Beschwerdeführer erfüllt also auch die in Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG geregelte Anspruchsvoraussetzung (vgl. Erwägung 3.2).

5.

5.1 Zu prüfen bleibt mithin die Anspruchsvoraussetzung gemäss Art. 28 lit. c IVG (vgl. Erwägung 3.2). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das der Beschwerdeführer nach Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihm zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen 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 Beweiswerts eines Arztberichts ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der



Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen).

5.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 104 V 209 E. c; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 E. 5a mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb und cc). Dies gilt auch für Stellungnahmen behandelnder Spezialärzte (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 6. April 2006, I 803/05, E. 5.5). Widersprechen Berichte behandelnder Ärzte dem von der Verwaltung bei externen Spezialärzten eingeholten Gutachten, ist die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits zu beachten (BGE 124 I 170 E. 4; Urteile des EVG vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2, und 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b). Es ist deshalb nicht zulässig, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben aber Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts bzw. EVG vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2; 27. November 2006, I 663/05, E. 2.2.2 mit Hinweisen).



5.3 Der Beschwerdeführer fühlt seit dem Winter 2009 rheumaähnliche Muskel- und Gelenkschmerzen am ganzen Körper, insbesondere im Schultergürtel, in den Händen und Knien. Intermittierend komme es zusätzlich immer wieder zu Schwellungen der Hände und Beine und er habe auch Nervenprobleme in den Handgelenken. Seit dem Hirnstamminfarkt vom 29. April 2010 klagt der Beschwerdeführer ausserdem über Kopfschmerzen, Doppelbilder, Schwindel und Gangunsicherheit. Von den Kniegelenken abwärts habe er sodann ebenfalls Nervenprobleme und müsse z.B. vor allem nachts im Bett die Beine bewegen (vgl. IV-act. 39, 54, 58, 66). Die Beschwerdegegnerin verneint das Vorliegen invalidisierender Gesundheitsschäden. Sie stützt ihre Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abschliessend insbesondere auf das ABI-Gutachten vom 24. November 2011 (IV-act. 58-1/53) sowie die Ergebnisse der nachfolgend durchgeführten rheumatologischen sowie neuroophthalmologischen Untersuchungen durch Dr. J.____ bzw. der Augenklinik des KSSG vom 8. März und 10. September 2012 (IV-act. 66, 80). Demgegenüber stellt sich der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Verweis auf die mit der Beschwerdeergänzung vom 17. September 2012 (act. G 7) eingereichten Berichte von Dr. J.____ vom 29. März 2012 (act. G 7.1), dem Departement Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG vom 1. Juni 2012 und der Klinik für Neurologie des KSSG vom 25. Juni 2012 (act. G 7.2) auf den Standpunkt, dass bezüglich der glaubhaft gemachten Beschwerden des Beschwerdeführers noch nicht von einer abschliessend geklärten medizinischen Situation ausgegangen werden könne. Um die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers korrekt zu eruieren, sei - wie vom KSSG gefordert - eine zusätzliche medizinische Abklärung notwendig.

5.4 Das ABI hat im erwähnten Gutachten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Polymyalgieformes Schmerzsyndrom unklarer Ätiologie (ICD-10 M35.3) mit/bei DD: atypischer Polymyalgia rheumatica, zusätzlich möglicher somatoformer Komponente und aktuell: intensiver subjektiver Beschwerdesymptomatik trotz fehlender humoraler Entzündungsaktivität; 2. Zustand nach Hirnstammischämie 4/2010 (ICD-10 163.9). Unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde aufgeführt: 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), 2. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), 3. Verdacht auf Spannungskopfschmerz (ICD-10 G44.2), 4. Verdacht auf Restless-legs-Syndrom



(ICD-10 G25.8). Der Beschwerdeführer sei für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 80% arbeits- und leistungsfähig, in einem ganztägigen Pensum verwertbar. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten im Schichtbetrieb und solche mit erhöhten Anforderungen ans Gleichgewichtssystem. Körperlich schwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr und körperlich mittelschwere Tätigkeiten nur noch mit grosser Einschränkung (70%) zumutbar. Zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit wurden medizinische Massnahmen vorgeschlagen. Aus rheumatologischer Sicht sei eine Objektivierung der vom Beschwerdeführer angegebenen Schwellungen der Hände angezeigt mit nachfolgender Abklärung, z.B. durch Skelettszintigraphie oder PET-CT. Bei objektiven Befunden könnte dann die Therapie angepasst werden. Im anderen Fall wäre eine Reduktion der Steroidbehandlung angezeigt. Eine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit sei allerdings durch diese Massnahmen nicht zu erwarten. Aus neurologischer und internistischer Sicht könnten keine weiteren spezifischen medizinischen Behandlungen vorgeschlagen werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu empfehlen. Ideal wäre die medikamentöse Therapie mit einem schmerzmodulierenden Antidepressivum (IV-act. 58-1/53 ff.).

5.5 Die Untersuchung der vom Beschwerdeführer seit 2009 geklagten Muskel- und Gelenkschmerzen fällt unbestrittenermassen in das rheumatologische Fachgebiet. Neben der rheumatologischen ABI-Begutachtung durch Dr. H.____ wurden beim Beschwerdeführer von rheumatologischer Seite verschiedene weitere Abklärungen - von der Klinik Valens, dem Muskelzentrum und dem Departement Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG, und von Dr. med. K.____, Rheumatologie FMH, - durchgeführt und die Symptomatik aufgrund der anfänglichen Beschwerdeschilderung einhellig und in Übereinstimmung mit dem ABI-Gutachten als "Polymyalgia rheumatica" eingeordnet (IV-act. 25, 39, 58-49/53, act. 58-1/53 S. 12 f.). Dies obwohl ebenfalls übereinstimmend kein fassbares organisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer geschilderten muskuloskelettalen Beschwerden gefunden werden konnte - insbesondere keine entzündlichen Gelenksveränderungen, keine positiven Autoantikörper bzw. Rheumafaktoren und radiologisch an den Händen und Füssen keine entzündlichen ossären Veränderungen - und von einer Polymyalgia rheumatica einzig im Rahmen einer Verdachts- oder höchstens einer Differentialdiagnose ausgegangen wurde. Infolge der im ABI-Gutachten als angezeigt



erklärten Abklärung zur Objektivierung der geklagten Schwellungen der Hände (vgl. Erwägung 5.4), fanden Untersuchungen durch den Rheumatologen Dr. J.____ sowie das Departement Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG statt, welche keine neuen medizinischen Erkenntnisse hervorbrachten. Auch Dr. J.____ ging jedoch letztlich in seinem Bericht vom 29. März 2012 von einer anamnestisch vorliegenden entzündlich-rheumatischen Erkrankung aus und das Departement Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG bestätigte in seinem Bericht vom 1. Juni 2012 die Diagnose einer Polymyalgia rheumatica (act. G 7.1). Wie der RAD in seiner Beurteilung vom 16. Oktober 2012 (IV-act. 81) überzeugend festhält, besteht mit Blick auf die zahlreich durchgeführten, übereinstimmenden rheumatologischen Untersuchungen kein Anlass für ergänzende medizinische Abklärungen.

5.6

5.6.1 Der Beschwerdeführer wurde sodann wiederholt hinsichtlich der seit dem Hirnstamminfarkt vom 29. April 2010 bestehenden Symptomatik untersucht. Laut Austrittsbericht der Klinik Valens vom 7. Juli 2010 konnte im Rahmen mehrfacher orthoptistischer Untersuchungen bezüglich der Doppelbilder kein morphologisches Korrelat gefunden werden. Die bei Austritt noch bestehenden Doppelbilder könnten somatisch nicht begründet werden. Die Symptomatik sei höchstwahrscheinlich in erster Linie im psychosozialen Kontext - subjektive Angst davor, nicht mehr voll gesund zu werden, nicht mehr in den Arbeitsalltag integriert zu werden oder auch in der Gesellschaft nicht mehr leistungsfähig und nützlich sein zu können - zu interpretieren (IV-act. 25-21/16). Am 13. Dezember 2010 erfolgte in der Klinik für Neurologie des KSSG eine psychologische Abklärung von psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen sowie spezifischen Hirnleistungsstörungen, die auf den Hirnstamminfarkt zurückgeführt werden könnten. Laut Untersuchungsbericht vom 15. Dezember 2010 bestanden beim Beschwerdeführer bei Status nach Hirnstamminfarkt am 29. April 2010 aus neuropsychologischer Sicht formal betrachtet mittelschwere kognitive Funktionsstörungen mit vordergründigen Beeinträchtigungen von Antrieb, Arbeitstempo und Aufmerksamkeit visueller Verarbeitung. Insgesamt stünden jedoch die reduzierte psychophysische Belastbarkeit mit deutlicher Kopfschmerzproblematik und ausgeprägter depressiver Symptomatik klar im Vordergrund (IV-act. 58-41/53). Anlässlich der klinisch-neurologischen Untersuchung der Klinik für Neurologie des



KSSG vom 21. Dezember 2010 fielen weiterhin die leichtgradigen Residuen mit Angabe schräg versetzter Doppelbilder beim Blick nach rechts und links, eine leicht sakkadierte Blickfolge, eine leichte Zungendeviation nach links sowie eine gewisse Gangunsicherheit und ungerichtete Fallneigung im Versuch nach Romberg auf. Hinsichtlich der beklagten durchgehenden dumpf-drückenden Kopfschmerzen sei am ehesten von einem chronischen Spannungskopfschmerz auszugehen (IV-act. 58-37/53). Die extrakranielle Ultraschalluntersuchung der hirnzuführenden Gefässe vom 15. Februar 2011 in der Klinik für Neurologie des KSSG ergab einen altersentsprechend unauffälligen Befund (IV-act. 58-43/53). Die Untersuchung in der dortigen neurovaskulären Sprechstunde vom gleichen Tag bestätigte die psychologische Beurteilung der klinischen Befunde. So wurde im ebenfalls gleichentags erstellten Bericht festgehalten, dass die vom Beschwerdeführer beschriebene diffuse Beschwerdesymptomatik möglicherweise auf eine beginnende somatoforme Störung hinweisen könnte. Zudem bestehe aktuell eine deutlich depressive Stimmungslage mit immer wieder auftretenden Angstattacken, aktuell wahrscheinlich verstärkt durch die psychosoziale Belastungssituation mit Kündigung durch den Arbeitgeber und damit verbundenen finanziellen Sorgen (IV-act. 58-48/53). Der neurologische ABI-Gutachter, Dr. I.____, setzte sich im ABI-Gutachten sodann eingehend mit den verschiedenen neurologischen Untersuchungsergebnissen auseinander und wies insbesondere auf Diskrepanzen im klinischen Befund hin, welche nicht mehr durch die initiale Ischämie erklärbar seien. So sei die weitere Angabe von Doppelbildern bei - wie von ihm erhoben - konjugiert stehenden Bulbi nicht schlüssig. Insgesamt seien überdies die Angaben von Doppelbildern widersprüchlich. Initial würden schräg nebeneinander stehende Doppelbilder genannt, im Bericht der neurologischen Klinik parallel nebeneinander stehende und bei der aktuellen Untersuchung nun vertikal übereinander stehende. Im Kontrast zu diesen Doppelbildern stehe auch die Angabe des Beschwerdeführers, er könne nur maximal 100 km Autofahren und müsse dann eine Pause machen. Beständen tatsächlich permanent Doppelbilder, wären Zweifel an der Fahrtüchtigkeit angebracht. Der Bericht der Neurologischen Klinik des KSSG vom 15. Februar 2011 führe bei den motorischen Prüfungen eine Reihe funktioneller Auffälligkeiten auf. Dies bestätige sich auch bei der aktuellen Untersuchung. Es ergebe sich, abgesehen von mässigen Verspannungen der Nackenmuskulatur, ein in objektiver Hinsicht völlig unauffälliger neurologischer Status. Auch Dr. I.____ interpretierte die



Kopfschmerzen bei den bestehenden Verspannungen als Spannungskopfschmerzen und ging von einer erheblichen Symptomausweitung aus (IV-act. 58-1/53 S. 20 f.). Insgesamt lagen demnach mit Blick auf die medizinische Aktenlage bis und mit ABI-Begutachtung ausschliesslich Untersuchungsergebnisse vor, aufgrund derer sich die nach dem Hirnstamminfarkt bestehende Beschwerdesymptomatik nicht somatisch begründen liess. Auch in Anbetracht des Ergebnisses der späteren Nachuntersuchung in der Klinik für Neurologie des KSSG vom 22. Juni 2012 kann keine andere Schlussfolgerung gezogen werden. Im diesbezüglichen Bericht vom 25. Juni 2012 wurde abermals daran festgehalten, dass sich die beschriebene, teils diffuse Beschwerdesymptomatik klinisch-neurologisch schwer objektivieren lasse und eine bestehende psychosomatische Komponente wahrscheinlich im Vordergrund stehe (act. G 7.2). Schliesslich wurde zwar anlässlich der erneuten Vorstellung in der Neuroophthamologie am 6. September 2012 festgehalten, dass der Beschwerdeführer ohne Prismenbrille weiterhin Doppelbilder wahrnehmen werde, die Situation allerdings mit der Brille optimal korrigiert sei und sich somit keine weiteren Konsequenzen ergeben würden. Die sonstigen Befunde wurden als unauffällig und die Fahrtauglichkeit als weiterhin gegeben bezeichnet (IV-act. 80).

5.6.2 Zusammenfassend ergibt sich also aufgrund der neurologischen Untersuchungen die Schlussfolgerung, dass sich aus neurologischer Sicht kein objektives Defizit feststellen lässt. Damit geht einher, dass auch der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers nichts Gegenteiliges substantiiert vorbringt. Angesichts der in Erwägung 5.6.1 dargelegten übereinstimmenden medizinischen Feststellungen sind keine zusätzlichen neurologischen Abklärungen betreffend der Symptomatik nach dem Hirnstamminfarkt angezeigt. Die von der Klinik für Neurologie des KSSG im Bericht vom 25. Juni 2012 erwähnte Vorstellung bei den Klinikkollegen der Neuroophthamologie hat, wie erwähnt, stattgefunden (act. G 7.2, IV-act. 80). Zum Vorschlag des Departements Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG im Bericht vom 1. Juni 2012, es sei eine Verlaufskontrolle durchzuführen, ist anzumerken, dass er weder die neurologische Problematik betrifft noch im Sinne einer weiteren notwendigen fachärztlichen Untersuchung verstanden werden kann.

5.7 Aus somatischer Sicht trägt die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI dem Umstand Rechnung, dass ihr Rheumatologe Dr. H.____ zumindest differentialdiagnostisch von



einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung ausgeht und dies in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung entsprechend würdigt bzw. für den Beschwerdeführer nur noch eine körperlich leichte Tätigkeit zu 80% als zumutbar erachtet. Neurologisch wird sodann festgehalten, dass - auch wenn sich kein objektives Defizit feststellen lasse - unter der Annahme einer kleinen abgelaufenen Hirnstammischämie mit entsprechendem Schwindel, eine Einschränkung für Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen gegeben sei. Auch Tätigkeiten im Dreischichtendienst sollten nicht mehr verrichtet werden. Körperlich leichte Tätigkeiten könnten indessen ganztags ausgeübt werden. Aus polydisziplinärer Sicht wurde der Beschwerdeführer damit für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig eingestuft (IV-act. 58-1/53 S. 24). Gesamthaft betrachtet, erscheint diese Einschätzung mit Blick auf die somatische Gesundheitssituation des Beschwerdeführers bzw. dessen Anamnese begründet und angemessen und wird insbesondere auch durch die vom Rechtsvertreter mit der Beschwerdeergänzung vom 17. September 2012 (act. G 7) eingereichten ärztlichen Berichte nicht Frage gestellt. Inwiefern hinsichtlich Arbeitsfähigkeit ergänzende Abklärungen erforderlich sein sollten, ist damit nicht ersichtlich. Den Aussagen von Dr. J. ___ in den Berichten vom 8. und 29. März 2012 - sicher sei die vom ABI festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 20% nur schon aufgrund der Doppelbilder und der Gangunsicherheit deutlich zu tief gegriffen, aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer sicher nicht mehr als 30-50% arbeitsfähig und die korrekte Arbeitsunfähigkeit müsste von den Neurologen und Ophthalmologen beurteilt werden (IV-act. 66, act. G 7.1) - ist mit dem RAD und der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass die fraglichen Gesundheitsstörungen nicht in das Fachgebiet von Dr. J. ___ fallen, was dieser offensichtlich selber einräumt. Gemäss Ausführungen in Erwägung 5.6.1 wurde der Beschwerdeführer hinsichtlich der von ihm geklagten Doppelbilder und der Gangunsicherheit umfassend neurologisch und neuroophthalmologisch abgeklärt. Dies mit dem Ergebnis, dass sich die fraglichen Beschwerden grundsätzlich nicht objektivieren liessen und von einer wahrscheinlich im Vordergrund stehenden psychosomatischen Komponente ausgegangen wurde. Zudem wurden die Doppelbilder mittels Prismenbrillenversorgung korrigiert. Auch die laut psychologischem Untersuchungsbericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 15. Dezember 2010 aus neuropsychologischer Sicht bestehende rein kognitive Arbeitsunfähigkeit von 50% ist in einer Überlagerung durch eine im Vordergrund



stehende, reduzierte psychophysische Belastbarkeit begründet (vgl. dazu IV-act. 58-41/53, act. G 7.2). Aus rheumatologischer Sicht decken sich sodann offensichtlich die Einschätzungen von Dr. J.____ und dem ABI.

5.8 Die psychische Komponente des Beschwerdeführers ist laut ABI-Gutachten vom 24. November 2011 ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen wurden eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) gestellt (IV-act. 58-1/53 S. 21), wohingegen die Klinik E.____ und Dr. D.____ eine mittelschwere depressive Episode diagnostizierten. In der angestammten Tätigkeit wurde sodann von der Klinik E.____ von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit und im geschützten Rahmen von einer 20%-igen Arbeitsfähigkeit mit einer 50%-igen Leistungseinschränkung ausgegangen (IV-act. 58-27/53, 58-31/53 f.). Der psychiatrische Gutachter des ABI, Dr. G.____, hat sich mit den Beurteilungen der Klinik E.____ und von Dr. D.____ ausführlich auseinandergesetzt. Wenn er die Vereinbarkeit einer mittelgradigen depressiven Episode mit den von der Klinik E.____ erhobenen Befunden verneint, so kann das in Anbetracht der nur in geringer Anzahl vorliegenden Symptome nachvollzogen werden. Im Übrigen geht aus dem Bericht der Klinik E.____ auch nicht hervor, dass der Beschwerdeführer - wie bei einer mittelgradigen depressiven Episode verlangt - meist grosse Schwierigkeiten hätte, seine alltäglichen Aktivitäten fortzusetzen (vgl. dazu H. Dilling/H.J. Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 5. Aufl. Bern 2010, S. 135 f.: F 32.0 und F 32.1, leichte bzw. mittelgradige depressive Episode). Vielmehr hält Dr. G.____ schlüssig fest, dass aufgrund der Aktivitäten, die dem Beschwerdeführer möglich seien, eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht begründet werden könne. Ebenso gefolgt werden kann seiner Feststellung, dass eine mittelgradige depressive Episode mit dem von der Klinik E.____ festgehaltenen positiven Behandlungsverlauf mit einer Stabilisierung der Stimmungslage und einem wieder gewonnenen Selbstvertrauen nicht übereinstimme und daraus nicht die festgehaltene Arbeitsunfähigkeit abzuleiten sei. Der von ihm erhobene Einwand der fehlenden Abgrenzung zu den somatischen Diagnosen und der subjektiven Beschwerdesymptomatik lässt schliesslich die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik E.____ insofern nicht als beweisend gelten, als ohne entsprechende Differenzierung nicht nachvollzogen werden kann, welcher Anteil an Arbeitsunfähigkeit rein psychisch bedingt ist. Auf die Schlussfolgerungen von Dr. G.____, der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik E.____ könne nicht gefolgt werden und



aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, kann damit abgestellt werden, zumal sie von Seiten des Beschwerdeführers auch in keiner Weise kommentiert wurde.

6.

6.1 Bei der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens des Beschwerdeführers ist somit der polydisziplinären Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI-Gutachtens zu folgen bzw. von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Ausgehend von einer solchen Restarbeitsfähigkeit bleiben noch die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen anhand des in der angestammten Tätigkeit als Maschinenbediener/Schichtarbeiter vom Beschwerdeführer gemäss seines individuellen Kontos im Jahr 2009 erzielten Jahreseinkommens von Fr. 76'564.- und das Invalideneinkommen gestützt auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE; IV-act. 15, 60). Ausgehend vom allgemeinen Durchschnittslohn aller Branchen gemäss LSE 2008 TA 1 Niveau 4 für Männer von Fr. 57'672.-- (12 x Fr. 4'806.--), unter Berücksichtigung einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden, ergibt sich der von der Beschwerdegegnerin als Basis für das Invalideneinkommen errechnete Betrag von Fr. 59'979.--. Im Jahr 2009 - wie beim Valideneinkommen ist von diesen Zahlen auszugehen - stiegen jedoch die Nominallöhne gegenüber dem Jahr 2008 um 2.1%, was von der Beschwerdegegnerin unberücksichtigt geblieben ist und woraus ein Betrag von Fr. 61'239.-- resultiert. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 48'991.--. Der Beschwerdeführer weist aus der Sicht eines ökonomisch denkenden potentiellen Arbeitgebers gegenüber einem gesunden zu 80% tätigen Hilfsarbeiter gewisse Nachteile auf (Gefahr überdurchschnittlicher Krankheitsabsenzen, auf einen bestimmten Arbeitsplatz beschränkte Einsatzfähigkeit, keine Überstunden, Bedarf nach besonderer Rücksichtnahme usw.), die betriebswirtschaftlich als zusätzliche Lohnkosten zu werten sind. Auch das Alter des Beschwerdeführers sowie der Umstand, dass ihm bloss noch leichte Tätigkeiten und kurze Schichtarbeit mehr zumutbar sind, stellen Konkurrenz Nachteile auf dem Arbeitsmarkt dar, die er durch Akzeptieren eines unterdurchschnittlichen Lohnes kompensieren müsste. Diesen Nachteilen ist mit einem zusätzlichen Abzug von 10%



vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (vgl. dazu etwa BGE 126 V 75). Das zumutbare Invalideneinkommen beläuft sich somit auf Fr. 44'092.--

(Fr. 48'991.-- : 0.9). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 76'564.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 44'092.-- beläuft sich der Invaliditätsgrad auf 42%. Der Beschwerdeführer hat somit Anspruch auf eine Viertelsrente.

6.2 Gemäss dem seit dem 1. Januar 2008 geltenden Wortlaut des Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und nicht, wie von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG bis 31. Dezember 2007 angeordnet, mit der Erfüllung des Wartejahres. Andererseits kann ein Rentenanspruch erst entstehen, wenn eine versicherte Person, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b). Der Beschwerdeführer hat sich am 22. Juni 2010 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet (IV-act. 4), das Wartejahr hat jedoch erst mit dem am 29. April 2010 erlittenen Hirninfarkt zu laufen begonnen. Demnach ist der Rentenbeginn, wie vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, auf den 1. April 2011 festzusetzen.

7.

7.1 Gemäss den obigen Erwägungen ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 23. März 2012 (IV-act. 68) aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung ab 1. April 2011 eine Viertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten 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 als angemessen. Die Beschwerdegegnerin unterliegt vollumfänglich, so dass ihr die ganze Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist.

7.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der



Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 23. März 2012 aufgehoben und dem Beschwerdeführer wird mit Wirkung ab 1. April 2011 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.