

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/68 vom 4. Februar 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-02-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2019\\_68](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_68)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/68 du 4 février 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/68 del 4 febbraio 2021

## Regeste

Art. 8 und 28 IVG. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Februar 2021, IV 2019/68).

## Volltext

Entscheid vom 4. Februar 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2019/68 Parteien A.\_\_\_\_ Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Regula Aeschlimann Wirz, arbeitundversicherung.ch, Bahnhofstrasse 10, Postfach 106, 8700 Küsnacht ZH, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 15./29. April 2015 (IV-act. 3) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er habe nach der Realschule keine Ausbildung abgeschlossen. Von \_\_\_\_ 2013 bis Februar 2015 sei er als Produktionsmitarbeiter vollzeitlich angestellt gewesen. Seit Oktober 2014 sei er arbeitsunfähig. Er leide an einem psychischen Leiden, somatischen Beschwerden wie Magenbeschwerden, chronischer Colitis, einer Skoliose, [...] -fingern, Gelenk- und Bauchschmerzen. - Die ehemalige Arbeitgeberin bestätigte am 5. Mai 2015 (IV-act. 8), der Versicherte sei als Mitarbeiter Stanzerei tätig gewesen. Nach der Erkrankung sei er nicht mehr in der Lage gewesen, im Schichtbetrieb zu arbeiten. Letzter effektiver Arbeitstag sei der \_\_ Oktober 2014 gewesen. Der Versicherte habe seit 1. Mai 2013 ein Jahreseinkommen von Fr. 55'380.-- erzielt (12x Fr. 4'290.-- zuzüglich Fr. 3'900.-- "13. Monatslohn"). Gemäss einem Bericht vom 3. Februar 2015 (Fremd-act. 1-5 f) hatte das Ambulatorium B.\_\_\_\_ der Psychiatrie-Dienste Süd, Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine mittelgradige depressive Episode bei schwieriger psychosozialer Problematik, Probleme bei der Lebensführung und anamnestisch Husten, Druckschmerzen in der Brust, Dyspnoe, verstärkte Symptome bei körperlicher Aktivität und deutlich sichtbare Auftreibung von Fingern und Sehngliedern ([...] -finger) erwähnt. Wegen der starken Erschöpfung, der Müdigkeit und der Schlafprobleme sei er in der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ angemeldet worden. Am 17. Dezember 2014 war ihm für die Zeit ab 16. Dezember 2014 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Fremd-act. 1-8). Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein- und Visceralchirurgie, gab in seinem IV-Arztbericht vom 17. Juni 2015 (IV-act. 12) an, beim Versicherten bestehe seit 2013 eine Rektumintussuszeption mit Beckenbodendescensus. Aus chirurgischer Sicht sei ihm die bisherige Tätigkeit zumutbar. Gemäss dem beigelegten Austrittsbericht der Chirurgischen Klinik am Spital Z.\_\_\_\_ (IV-act. 12-6 f.) war der Versicherte am 24. März 2014 von Dr. E.\_\_\_\_ operiert (laparoskopische Rektosigmoidresektion [52 cm] und Rektopexie) worden. Dr. med. F.\_\_\_\_,

Allgemeine Innere Medizin FMH, gab im IV-Arztbericht vom 1. September 2015 (IV-act. 20-1 bis 5) an, beim Versicherten bestünden eine chronische mittelschwere Depression (OP-Schmerzen, Schulden), in erster Linie chronische Bauchbeschwerden, ausserdem chronische Verdauungsbeschwerden (seit der Pubertät mit ca. 15 oder 16 Jahren; sechs bis acht Stuhlentleerungen pro Tag; der Versicherte wiege 68 kg bei 178 cm Körpergrösse). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Laktoseintoleranz, ein Helicobacter pylori-Nachweis und chronische Rückenbeschwerden bei Skoliose. Der Versicherte sei seit (wohl:) länger als September 2014 voll arbeitsunfähig, auch in einer adaptierten Tätigkeit könne er zurzeit nicht arbeiten. Es bestünden körperliche und psychische Einschränkungen, nämlich eine Fatigue und psychische Limitationen. Der Versicherte sei zurzeit nicht belastbar. Der Arzt gab zahlreiche Beilagen zu den Akten. - So hatte etwa die Kinderchirurgische Klinik am Ostschweizer Kinderspital beim Versicherten nach Angaben vom 8. April 2005 eine leichte Sternumrotation diagnostiziert. - Die HNO-Klinik am Kantonsspital St. Gallen hatte gemäss einem Bericht vom 21. Juni 2011 (IV-act. 20-11 f.) einen Peritonsillarabszess rechts festgestellt (mit eingeschränkter Mundöffnung, so dass lediglich Flüssigkost möglich war). Die Chirurgische Klinik am Spital G.\_\_\_\_ hatte in der Folge in einem Austrittsbericht vom 9. Dezember 2013 (IV-act. 20-29 f.) ein Rezidiv diagnostiziert. - Am 24. Oktober 2013 (IV-act. 20-20) hatte die Medizinische Klinik (Gastroenterologie) am Spital G.\_\_\_\_ erklärt, der Befund der aktuellen Koloskopie total könne nicht eindeutig eingeordnet werden. Möglicherweise handle es sich um ein solitäres Rektalulkussyndrom. Am 28. Oktober 2013 (IV-act. 20-23) hatte sie festgehalten, in erster Linie komme eine Rektumintussuszeption in Frage. - Das Institut für Radiologie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 7. November 2013 (IV-act. 20-27 f.) nach einer MR-Defäkographie von jenem Tag von einem schweren Descensus des hinteren Kompartiments während der Defäkation mit geringer anteriorer Rektozele und anteriorer mucosaler Intussuszeption berichtet. - Das Pathologie [...] hatte am 1. April 2014 (IV-act. 20-45 f.) erklärt, morphologische Hinweise auf eine klinisch mitgeteilte Intussuszeption hätten sich rein histologisch nicht ergeben, bei der Abklärung einer allfälligen neuronalen Dysplasie seien keine Riesenganglien und es sei keine entsprechende Hyperplasie oder Fehlanlage nachweisbar gewesen. - Die Medizinische Klinik (Gastroenterologie) am Spital G.\_\_\_\_ hatte am 25. August 2015 (IV-act. 20-9) eine ernährungstherapeutische Beratung des Versicherten (bei Nachweis der Laktoseintoleranz), eine HP-Eradikationstherapie, eine weitere Dünndarmdiagnostik und eventuell eine (neue) MR-Defäkographie empfohlen. - Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, hatte beim Versicherten am 23. Juli 2015 (IV-act. 20-47 f.) ein myofasiales Schmerzsyndrom bei muskulärer Dysbalance und eine Fehlstellung der LWS und Haltungsinsuffizienz diagnostiziert. Der Versicherte beklage seit drei Jahren zunehmende Schmerzen mit wechselnder Lokalisation und Intensität (rechte Hand, Brust, Lenden, unterer Rücken, Knie; nächtlicher Schmerz mit Besserung durch Aufstehen), Müdigkeit und zeitweise blutige Diarrhoe. Dr. C.\_\_\_\_ gab in einem IV-Arztbericht vom 23. Oktober 2015 (IV-act. 22; vgl. auch Bericht vom 6. März 2015, IV-act. 20-43) an, es lägen vor eine mittelgradige depressive Episode, pathologisches Spielen, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, gegenwärtig abstinent, ein Verdacht auf eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und diverse somatische Erkrankungen. Die Behandlung erfolge unregelmässig seit dem 3. November 2014. Der Versicherte habe diverse Termine versäumt. Die letzte Konsultation sei im Mai 2015 gewesen. Vom 2. Februar bis 5. März 2015 sei der Versicherte in der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_

gewesen. Im Oktober sei ihm auf Ende November 2014 die Stelle gekündigt worden, weil er häufig gefehlt habe. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei unklar. Die Einschränkungen würden sich durch medizinische Massnahmen vermindern lassen. Zuerst sei eine Abklärung der organischen Ursachen für die Erschöpfung und Müdigkeit vorzunehmen, daneben eine psychiatrische Behandlung. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne gerechnet werden. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung sah am 6. November 2015 (IV-act. 24) vor, von einem Eingliederungspotenzial für eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, zügig auf ein Vollpensum steigerungsfähig, für eine vorwiegend im Sitzen auszuübende wechselbelastende, zuerst körperlich leichte, dann auch mittelschwere Arbeit mit der Möglichkeit, bei Bedarf eine Toilette aufzusuchen, auszugehen. - Die IV-Eingliederungsverantwortliche erklärte am 11. Dezember 2015 (IV-act. 28), der Versicherte habe einen verunsicherten und nervösen Eindruck gemacht. Seine Perspektivenlosigkeit sei deutlich wahrnehmbar gewesen. Eine schnelle Rückkehr in die Arbeitswelt sei wichtig. Die Motivation dazu sei beim Versicherten vorhanden. Am 12. Januar 2016 (IV-act. 30) wurde ein Eingliederungsplan Arbeitsvermittlung unterzeichnet und daraufhin diese Leistung zugesprochen (IV-act. 32). Am 18. Juli 2016 (IV-act. 36) wurde die Unterstützung bei der beruflichen Integration nach Ablauf von sechs Monaten abgeschlossen. Das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) habe dem Versicherten ein Coaching-Gespräch (am 13. Juni 2016, IV-act. 36-3) angeboten, an dem er ohne Abmeldung nicht teilgenommen habe. Der Versicherte werde in drei Monaten zu seinen Eltern ziehen, da er die Miete nicht mehr bezahlen könne. Zurzeit sei er bis auf weiteres zu 75 % arbeitsunfähig geschrieben. Am 19. Juli 2016 (IV-act. 38) wurde dem Versicherten mitgeteilt, weitere berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Trotz der Unterstützung seit Januar 2016 sei es nicht gelungen, ihn in den Arbeitsmarkt zu integrieren. - Dr. F. \_\_\_ hatte dem Versicherten am 24. März 2016 (IV-act. 35, IV-act. 56-10) für die Zeit von September 2014 bis 31. März 2016 eine volle und danach bis vorerst 30. Juni 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % attestiert. - Bei Dr. med. I. \_\_\_ war der Versicherte gemäss Aktennotiz vom 9. August 2016 (IV-act. 39) seit November 2014 nicht mehr in Behandlung gewesen (er hatte Rechnungen nicht bezahlt). Dr. F. \_\_\_ erklärte in einem Verlaufsbericht vom 14. September 2016 (IV-act. 42), dem Versicherten seien leichte Arbeiten versuchsweise zu 50 % zumutbar. Es bestünden eine Fruktoseintoleranz, Obstipation, nach wie vor Bauchweh, Krämpfe, Schleim/Durchfall, auch nachts (Mucosaprolaps-Syndrom), V. auf Beckenbodendysfunktion, Rücken- und Kniebeschwerden. Die Schmerzen würden immer intensiver. Es sei eine Defäkographie geplant. Der Versicherte sei noch ohne Beruf. Die Stellensuche sei noch erfolglos gewesen. Es wäre zwingend eine Lehre (z.B. als Informatiker) vorzusehen. Seine enge Verwandte leide an einer [...]. - Die Klinik für Innere Medizin am Spital G. \_\_\_ hatte am 4. August 2016 (IV-act. 42-6 f.) erklärt, der Versicherte habe berichtet, trotz Rektopexie unverändert abdominelle Beschwerden zu haben. Er müsse bei jedem Stuhlgang sehr stark pressen. Er habe allerdings auch berichtet, intermittierend etwa dreimal wöchentlich mehrmals pro Tag auch dünnbreiigen Stuhl zu haben. Das Gewicht habe er in den letzten zwei Jahren konstant halten können. Die endoskopische Inspektion des unteren GI-Trakts habe lediglich im distalen Rektum bzw. Analkanal auffällig entzündlich ödematöse Veränderungen im Sinn eines Mucosaprolaps-Syndroms gezeigt, das sehr gut zum Beschwerdebild passen würde. Dr. C. \_\_\_ gab in einem IV-Arztbericht vom 4. Oktober 2016 (IV-act. 44) an, insgesamt seien bis zur letzten Kontrolle am 6. März 2016 sieben Sitzungen erfolgt. Am sinnvollsten erscheine für den Versicherten eine stationäre oder teilstationäre Behandlung

(Suchttagesklinik) zu sein. Ausserdem seien organische Ursachen auszuschliessen. Der Versicherte habe berichtet, wenn er versuche, nicht mehr zu spielen, werde er nervös und aggressiv. Im Januar 2015 habe er deswegen Möbelstücke zerschlagen. Er trinke auch seit vier bis fünf Jahren zunehmend grössere Mengen Alkohols. Konzentrationsschwierigkeiten hätten seine Leistungen in der Schule deutlich eingeschränkt. Er habe keine Lehre abgeschlossen. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien beeinträchtigt. Die stationäre Behandlung sei nach kurzer Zeit aufgrund von mangelnder Kooperation und Anstrengungsbereitschaft abgeschlossen worden. - Die Klinik D.\_\_\_\_ hatte gemäss Beilage am 5. Mai 2015 (IV-act. 47; bei den oben erwähnten Diagnosen) berichtet, es hätten beim Versicherten, der am 2. Februar 2015 eingetreten sei, ausgeprägte Störungen der Vitalgefühle und eine starke innere Unruhe bestanden. Trotz Standortgesprächs habe der Versicherte für die Fortsetzung der Behandlung wiederholt keine ausreichende Anstrengungsbereitschaft gezeigt. Daher sei ein 14-tägiges Timeout ab dem Berichtstag nötig. Der Versicherte könne sich um einen Wiedereintritt bemühen. In der Zwischenzeit solle er einen Dauerauftrag für die Krankenkassenprämien einrichten und wieder einen Hausarzt suchen. Mit Vorbescheid vom 3. Januar 2017 (IV-act. 53) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten mit, sie sehe eine Abweisung seines Leistungsgesuchs vor, da kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Dagegen würden viele psychosoziale Faktoren wie Alkohol- und Spielsucht beschrieben, die nicht invalidisierend seien. Am 20. Februar 2017 (IV-act. 56) liess der Versicherte einwenden, es sei ihm eine Rente zuzusprechen, eventualiter seien berufliche Eingliederungsmassnahmen einzuleiten. Der Begründung des Vorbescheids könne nicht entnommen werden, weshalb kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegen solle. Er habe gesundheitliche Beschwerden, derentwegen er seit der Operation vom 24. März 2014 (vgl. IV-act. 56-2) bzw. seit bald zwei Jahren (vgl. IV-act. 56-3) arbeitsunfähig sei. Er habe seit 2013 unverändert anhaltende abdominale Beschwerden. Ein beigelegtes Arztzeugnis vom 11. Januar 2017 (von Dr. F.\_\_\_\_, IV-act. 56-9) weise eine Arbeitsunfähigkeit bis vorerst Ende Januar 2017 nach. Ebenfalls beigelegt wurde ein Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am Kantonsspital St. Gallen vom 31. Oktober 2016 über eine MR-Defäkographie vom betreffenden Tag. Danach zeigte sich im Vergleich zum 7. November 2013 keine wesentliche Befundänderung (schwerer rektaler Descensus, moderate anteriore und geringe posteriore Rektozele, geringe Enterozele und zirkuläre mucosale Intussuszeption). Eine Fixierung des Rektums am Sacrum/Promontorium lasse sich bei der vorliegenden Sequenz nicht nachweisen. - Dr. F.\_\_\_\_ ersuchte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle für den Versicherten am 28. März 2017 (IV-act. 60), die vorgesehene Entscheidung nochmals zu überdenken. Er betreue den Versicherten seit dem 20. Juni 2015. Dessen Leiden (Krämpfe mit imperativem Stuhldrang mit Entleerung, Erschöpfung wegen mehrmaliger nächtlicher Schlafunterbrüche) sei so dominant, dass eine Arbeitsfähigkeit nicht vorstellbar sei. Am 30. März 2017 (IV-act. 59) liess der Versicherte zwei weitere Berichte einreichen. Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie FMH, hatte am 6. Februar 2017 (IV-act. 60-4) erklärt, es lägen (nebst den Darmbeschwerden) [...]finger vor mit [...]. Die Klinik für Innere Medizin am Spital G.\_\_\_\_ (Dr. med. K.\_\_\_\_) hatte am 8. Februar 2017 (IV-act. 60-3) angegeben, der Versicherte habe sich auf mehrere Kontaktaufnahmeversuche und ein Aufgebot nicht gemeldet. Eine medikamentöse Therapie sei nach seiner ärztlichen Erfahrung bei einem solchen Beschwerdebild nur wenig hilfreich (z.B. Mesalazin-Präparate oder lokale Steroide). Am aussichtsreichsten scheine für ihn ein gezieltes Beckenbodentraining. Ob bei derzeit

fehlender Fixierung des Rektums eine erneute Operation möglich sei, sei intern noch zu klären. In einem Verlaufsbericht vom 4. September 2017 (IV-act. 70) gab Dr. F.\_\_\_\_ an, der Versicherte leide (nebst der Laktoseintoleranz und der Skoliose) an einer chronischen Diarrhoe. Die transanale Rektumresektion vom 27. April 2017 habe subjektiv keine Besserung gebracht. Es bestünden weiterhin Bauchkrämpfe, insbesondere nachts und postprandial. Der Versicherte habe ein Gewicht von 65 kg. Er leide an rezidivierenden Paronychien. Für den jungen, sehr handicapierten Versicherten müsste dringendst eine geeignete Ausbildung gesucht werden, allenfalls eigne sich eine Home-office-Arbeit (Toilette müsse in der Nähe sein). Seine enge Verwandte leide an [...]. - Die Chirurgische Klinik am Spital G.\_\_\_\_ gab einen Austrittsbericht vom 28. April 2017 (vgl. IV-act. 67, 66) über die Hospitalisation des Versicherten vom 27. bis 29. April 2017 zu den Akten. Danach war am 27. April 2017 eine transanale Rektumresektion vorgenommen worden. In einem IV-Arztbericht vom 12. Oktober 2017 (Eingangsdatum, IV-act. 73) gab die Chirurgische Klinik am Spital G.\_\_\_\_ (Operateur Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_) an, beim Versicherten bestehe seit Jugend eine Stuhlentleerungsstörung. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit; das Leiden habe kaum bzw. keine Auswirkungen auf die Arbeit. Zu empfehlen sei eine Stuhlregulation mit Abführmitteln (vgl. auch Bericht vom 28. November 2017, IV-act. 76). - Dr. F.\_\_\_\_ erklärte am 8. Dezember 2017 (IV-act. 80-2), trotz des Eingriffs träten beim Versicherten mehrmals täglich Entleerungen auf. - Am 11. Januar 2018 (IV-act. 81) teilte der Versicherte mit, er sei sicherlich seit mehr als einem Jahr nicht mehr in psychiatrischer Behandlung gewesen. Am 26. Juni 2018 (IV-act. 92) erstattete das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI das in Auftrag gegebene Gutachten (Begutachtung vom 8. bis 14. Mai 2018). Darin wurde festgehalten, es liege als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Defäkationsstörung vor mit Mucosaprolaps-Syndrom und Rektumintussuszeption, Status nach Operation mit Rektopexie am 24.03.2014 und erneuter Operation nach STARR [Stapled Transanale Rektum Resektion] am 27.04.2017. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien (leicht verkürzt wiedergegeben: erstens) eine somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltraktes, (zweitens) chronisch intermittierende anterolaterale Kniebeschwerden links bei radiologisch unauffälligem Befund (Röntgen 08.05.2018) und klinisch reproduzierbarem Schnappen, womöglich im Rahmen eines Plica-Syndroms, (drittens) eine konstitutionell vermehrte Bandlaxizität, (viertens) ein chronischer Nikotinabusus, (fünftens) eine Laktoseintoleranz, (sechstens) eine Fruktoseintoleranz, (siebtens) leicht erhöhte diastolische Blutdruckwerte linksseitig, (achtens) [...] -finger unklarer Genese, (neuntens) eine Störung durch Alkohol, gegenwärtig keine Hinweise auf übermässigen Konsum, und (zehntens) ein pathologisches Spielen, gegenwärtig nicht aktiv. Aus gastroenterologischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit mit körperlichen Belastungen und im Schichtbetrieb nicht geeignet (vgl. IV-act. 92-9). Polydisziplinär bestehe dort eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, darauf reduziert wegen des erhöhten Pausenbedarfs. Der Versicherte sollte die Arbeit jederzeit unterbrechen können, um die Toilette aufzusuchen. Die zumutbare Arbeitszeit betrage sechs bis acht Stunden pro Tag. Von dieser Arbeitsfähigkeit könne seit einigen Jahren ausgegangen werden, wahrscheinlich ab dem 24. März 2014, dem Zeitpunkt der chirurgischen Intervention, sicherlich seit Dezember 2016. In einer körperlich leichten und intermittierend mittelschweren adaptierten, eher im Sitzen auszuübenden Tätigkeit ohne Schichtarbeit bestehe wegen des erhöhten Pausenbedarfs eine auf 90 % reduzierte Arbeitsfähigkeit, zu leisten während einer täglichen Arbeitszeit von acht bis achteinhalb Stunden. Diese Arbeitsfähigkeit liege spätestens ab der aktuellen Untersuchung vor. Eine

länger dauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit könne retrospektiv nicht attestiert werden; seit Dezember 2016 habe sich keine wesentliche Änderung ergeben (vgl. IV-act. 92-10). Durch medizinische Massnahmen (bessere Behandlung der Diarrhoe durch Steigerung der Imodium-Dosis oder Behandlung mit Codein, Tinctura opii oder geeigneten Psychopharmaka und Sistierung von Movicol) könne die Arbeitsfähigkeit in gastroenterologischer Hinsicht verbessert werden. Bei erfolgreicher medikamentöser Behandlung sei innert Wochen ein Erfolg zu erwarten. Oft könne auch eine zusätzliche spezialisierte Physiotherapie (Sphinkter-Training) partiell erfolgreich sein (bei ca. 20 % der ähnlich gelagert Erkrankten würden die Beschwerden persistieren). Angesichts der Motivation des Versicherten könnten berufliche Massnahmen in Form einer Umschulung auf eine Bürotätigkeit oder eine Arbeit im IT-Bereich empfohlen werden. Der RAD hielt am 9. Juli 2018 (IV-act. 93) dafür, die angestammte Tätigkeit sei für den Versicherten nicht mehr geeignet. In einer adaptierten Tätigkeit sei er ab "Dezember 2014" zu 10 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Mit Vorbescheid vom 22. August 2018 (IV-act. 97) kündigte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle wiederum eine Abweisung des Leistungsgesuchs an, dieses Mal bei einem Invaliditätsgrad von 10 % (Valideneinkommen Fr. 51'893.--, Invalideneinkommen Fr. 46'704.--). Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle stellte dem Versicherten am 30. August 2018 (IV-act. 100) auf sein Akteneinsichtsgesuch vom 29. August 2018 (IV-act. 99) hin die Akten zu. - Dr. F.\_\_\_\_ ersuchte am 4. September 2018 (IV-act. 101) um eine nochmalige Beurteilung. Aus hausärztlicher Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit höchstens 50 %. Die Durchfälle träten nach wie vor in Form einer chronischen Diarrhoe auf, die auch das grenzwertige Untergewicht (BMI 20.5) begründe. Wegen der Reagibilität des Darms dürfe der Versicherte situativ (z.B. beim Fliegen) weder trinken noch essen, ein Umstand, der eine andauernde Leistungsfähigkeit ausschliesse. Dazu komme die behandlungsbedürftige chronische Anpassungsstörung bzw. depressive Entwicklung, die längerfristig andauern werde. - Die damalige Rechtsvertreterin wandte am 27. September 2018 (IV-act. 103) für den Versicherten ein, die Einschätzung dessen Arbeitsfähigkeit mit 90 % berücksichtige die nachweisbaren gesundheitlichen Einschränkungen nicht ausreichend, wie der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ zeige. Es sei in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes ein Bericht der Klinik für Innere Medizin am Spital G.\_\_\_\_ (Dr. K.\_\_\_\_) abzuwarten, wo am 5. Oktober 2018 eine Koloskopie erfolgen werde. Am 24. Oktober 2018 (IV-act. 105-2 f.) berichtete die Klinik für Innere Medizin am Spital G.\_\_\_\_ (Dr. K.\_\_\_\_), es hätten sich erneut Zeichen eines Mucosaprolapses unmittelbar im Analkanalbereich bzw. im distalen Sigma gezeigt. Die Beschwerdeschilderung schein jedoch nicht allein Ausdruck dieses Leidens zu sein, sondern auch einer Hyperreagibilität des Magendarmtrakts mit ausgeprägter Diarrhoeneigung schon bei Aufnahme geringster Trink- und Speisemengen. Der Versicherte beschreibe diese Reizmagen- und Reizdarmsymptomatik sehr extrem. Die medikamentösen Behandlungsversuche beispielsweise mit Imodium oder Opiumtropfen oder in Obstipationsphasen auch mit motilitätsfördernden Präparaten hätten keine Abhilfe schaffen können. Der Beschwerdeführer sei zurzeit sozial sehr eingeschränkt. Eine berufliche Tätigkeit über 50 % sei ihm nicht mehr zumutbar. - Das Institut für Pathologie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 23. Oktober 2018 (IV-act. 106) berichtet, die Morphologie im Rektum passe zur klinischen Angabe bzw. auch zu lokalen Kreislaufstörungen, und zwar im Rahmen einer lokalen Ischämie bei bekanntem Prolaps. Auf eine Vorlegung der Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ mit ergänzenden Fragen (IV-act. 111) hin antwortete die Begutachtungsstelle ABI am 17. Januar 2019 (IV-act. 112), die neuen

Untersuchungsbefunde würden nicht relevant von den früheren abweichen. Bei chronischen Darmerkrankungen könne die Symptomatik ohne Änderung der Befund- und Diagnosesituation im Verlauf kurz- und längerfristig, d.h. über Monate bis Jahre, durchaus wechseln. Eine gewisse Schwierigkeit ergebe sich auch dadurch, dass die subjektiven Beschwerdeangaben wie Bauchbeschwerden oder Diarrhoe nicht immer sicher in Korrelation zu den Befunden zu bringen seien. Eine Reevaluation in ein bis zwei Jahren sei sinnvoll. Mit Verfügung vom 25. Februar 2019 (IV-act. 114) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch des Versicherten vom 29. April 2015 ab. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin lic. iur. Regula Aeschlimann Wirz für den Betroffenen am 19. März 2019 erhobene Beschwerde. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen, insbesondere ab Oktober 2015 eine ganze Invalidenrente, auszurichten. Ausserdem sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Mit den in den medizinischen Berichten - das Gutachten liege der Rechtsvertretung zurzeit noch nicht vor - beschriebenen schweren Darmproblemen bestehe ein objektivierbares Leiden, das die Möglichkeit des Beschwerdeführers zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit offensichtlich einschränke. In der (der Rechtsvertreterin bereits verfügbaren) Stellungnahme der Gutachter vom 17. Januar 2019 sei zu Unrecht der Umstand nicht diskutiert worden, dass beim Beschwerdeführer trotz zweimaliger Operation erneut ein Darmvorfall festgestellt worden sei. Ausserdem hätte begründet werden müssen, weshalb die Gutachter an ihrer von derjenigen der behandelnden Ärzte massiv abweichenden Einschätzung festhalten würden. Die Empfehlung der Reevaluation in ein bis zwei Jahren lasse spekulieren, dass der Beschwerdeführer habe beruhigt und auf ein neues Gesuch vertröstet werden sollen. Gar nicht berücksichtigt worden sei die lange Dauer seiner Erkrankung. Die Gutachter hätten deswegen angesichts der von ihnen erwähnten möglichen Veränderungen darauf hingewiesen werden müssen, dass sie die Entwicklung im Lauf der Zeit zu differenzieren hätten. Es wäre möglich, dass eine befristete Rente hätte zugesprochen werden können. Die Verfügung sei offensichtlich falsch. In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Im Koloskopie-Bericht des Spitals G.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2018 sei ein Vergleich zwischen den Sachlagen im Frühjahr 2014 und im April 2017 und bei der Untersuchung vom 19. Oktober 2018 gezogen worden. Es werde im Bericht nicht beschrieben, inwiefern sich der Mucosaprolaps seit dem letzten Arztbesuch verändert habe. Demnach habe sich keine erwähnenswerte Veränderung ergeben. Die Einschätzung, dass die Schmerzen (auch) auf eine Hyperreagibilität des Magendarmtrakts zurückzuführen seien, könne mit den Untersuchungsergebnissen nicht belegt werden. Zumindest fehle eine nachvollziehbare Verknüpfung zwischen diesen Ergebnissen und der Hyperreagibilität. Die Schmerzen des Beschwerdeführers würden zudem als diffus beschrieben. Die aufgeführten Analyseergebnisse bezögen sich auf den bereits bekannten Mucosaprolaps. Für die Annahme der genannten Ursache habe sich der berichtende Arzt soweit ersichtlich einzig auf die Beschreibungen des Beschwerdeführers gestützt. Der Gutachter habe das zumutbare Arbeitspensum in Kenntnis der erfolgten Operationen und der seit der letzten Behandlung nicht veränderten Symptomatik eingeschätzt. Es bestehe daher kein Anlass, von der Diagnose des Mucosaprolaps-Syndroms abzuweichen. Die Stellungnahme vom 17. Januar 2019 enthalte eine deutliche Begründung für das Festhalten an der gutachterlichen Einschätzung, nämlich jene, dass die beschriebenen Untersuchungsbefunde nicht relevant

von den begutachteten abweichen würden. Weder der Gutachter noch Dr. K.\_\_\_\_ hätten die beschriebenen Bauchbeschwerden klar in Korrelation zu objektiven Befunden bringen können. Bei der Begutachtung habe auch die bisherige Entwicklung des Sachverhalts Beachtung gefunden. Nach dem Gutachter führe der Zustand unverändert seit sechs bis sieben Jahren zu einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % in der angestammten Tätigkeit, gemäss der Konsensbeurteilung seit 24. März 2014. In einer adaptierten Tätigkeit lasse sich zumindest seit Dezember 2016 keine wesentliche Änderung der Arbeitsfähigkeit von 90 % erkennen. Eine längerdauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit könne retrospektiv nicht attestiert werden. Eine rückblickende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hätten die Gutachter somit nicht vornehmen können. Die materiell beweisbelastete versicherte Person trage die Folgen der Beweislosigkeit, das heisse, dass bei Beweislosigkeit vermutet werde, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirke. Denn vermutet werde gemäss BGE 139 V 547 E. 8.1 Validität, nicht Invalidität. Mit Replik vom 15. Oktober 2019 ergänzt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers dessen Antrag um diejenigen auf Zusprache beruflicher Massnahmen. Schon drei Monate nach der ersten Operation seien die Beschwerden wieder aufgetreten. Der Beschwerdeführer habe im Juni 2015 ein erneutes unspezifisches Druckgefühl und teilweise defäkationsabhängige Blutungen beschrieben. Dr. E.\_\_\_\_ habe eine erneute Intussuszeption vermutet. Noch im Oktober 2016 seien zudem psychiatrische Diagnosen angegeben worden, die schon viel früher zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Die Operation vom April 2017 habe kaum Linderung gebracht. Dr. F.\_\_\_\_ habe im September 2017 von einem plötzlichen Entleerungsdrang beim Beschwerdeführer berichtet und auf Anfrage mehrmalige Stuhlentleerungen pro Tag bestätigt. Der RAD sei im September 2017 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgegangen. Die psychischen Beschwerden seien dagegen erfreulicherweise zurückgegangen. Im Gutachten sei die Arbeitsfähigkeit falsch eingeschätzt worden. Anerkannt werde einzig die fehlende Präsenz am Arbeitsplatz durch das häufige Aufsuchen der Toilette. In keiner Weise berücksichtigt würden aber die körperlichen Auswirkungen wie die Erschöpfung durch die mehrmaligen nächtlichen Schlafunterbrüche und die Bauchkrämpfe. Dass nur ein einmaliger Toilettengang pro Nacht nötig sein solle, wie im Gutachten festgehalten, werde bestritten. Der Beschwerdeführer sei nach wie vor untergewichtig. Plane er einen längeren Aufenthalt ausser Hauses, verzichte er auf Essen und Trinken, um zu vermeiden, dass er unterwegs von Bauchkrämpfen und Stuhldrang geplagt werde. Nur so seien auch längere Autofahrten wie in seine Heimat überhaupt möglich. Diese Massnahmen seien aber im Rahmen einer ganztägigen Erwerbstätigkeit kein tauglicher Behelf. Wie dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ entnommen werden könne, hätten sich die gutachterlich vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen als nicht zielführend erwiesen. Die vom Gutachter erwarteten grossen Verbesserungen seien nicht eingetreten. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei daher unter falschen Prämissen ergangen. Die im Bericht vom 19. Oktober 2018 erwähnten Einschränkungen beruhten offenbar auf einem erneuten Mucosaprolaps, ausserdem vermute Dr. K.\_\_\_\_ aber auch eine extreme Form von Reizmagen- und Reizdarmsymptomatik. Dass lediglich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 10 % bestehen sollte, werde bestritten. Gemäss den behandelnden Ärzten betrage die Arbeitsfähigkeit maximal 50 %. Am besten wäre es für den Beschwerdeführer, diese zuhause umsetzen zu können. Das Gutachten leide an diversen Mängeln. Widersprüche - betreffend Gewichtsverlust oder -konstanz und betreffend vorhandener oder nicht vorhandener Hilfe im Haushalt - zeigten, dass es unsorgfältig erstellt worden sei. Die Angabe, dass eine depressive Episode bestanden haben könne, die

punktuell auch zu einer Teilarbeitsunfähigkeit geführt haben könnte, sei zu unbestimmt. Es könne rentenrelevant sein, ob über einen bestimmten Zeitraum eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Der Beschwerdeführer sei (nach Angaben bei der Begutachtung) mindestens einmal im Monat inkontinent. Ein solcher Vorfall verunsichere enorm und die Angst davor schränke den Aktionsradius des Beschwerdeführers ein. Weshalb bei einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 30 % für eine angepasste Tätigkeit eine solche von nur 10 % bestehen solle, sei nicht nachvollziehbar, denn die Absenz vom Arbeitsplatz sei unabhängig von der körperlichen Beanspruchung. Ausserdem sei die Erschöpfung wie erwähnt nicht berücksichtigt worden. Der Gutachter der Gastroenterologie habe sich einzig mit einem zuversichtlichen Bericht von Prof. L.\_\_\_\_ befasst, die vielen anderen, von seiner Einschätzung wesentlich abweichenden Berichte seien mit keinem Wort erwähnt worden. Das Gutachten sei demnach nicht für den ganzen Zeitraum ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Januar 2013 aussagekräftig und es beurteile die Situation zurzeit der Verfügung falsch. Die im Herbst 2018 erneut gestellte Diagnose bedeute im Vergleich zum Gutachten eine neue Tatsache. Die im Gutachten angenommene gute Prognose habe sich nicht erfüllt. Die Auswirkungen des gastroenterologischen Leidens (Stuhlgang, Bauchkrämpfe) seien objektivierbar. Wenn die Gutachter die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht über den ganzen relevanten Zeitraum hinweg hätten beurteilen können, dürfe das nicht zulasten des Beschwerdeführers gehen. Es liege keine Beweislosigkeit vor. Vielmehr sei aufgrund der in den Akten vorhandenen Arztberichte zu urteilen, die eine klare Arbeitsunfähigkeit ausweisen würden. Um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage handle es sich im Übrigen nicht. Ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine von den behandelnden Ärzten mehrfach angeregte und gutachterlich befürwortete Umschulung habe die Beschwerdegegnerin nicht geprüft. Am 24. Oktober 2019 ist dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) entsprochen worden. - Von der ihr mit Schreiben vom 24. Oktober 2019 eingeräumten Möglichkeit, zur Replik Stellung zu nehmen, hat die Beschwerdegegnerin keinen Gebrauch gemacht. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 25. Februar 2019, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 29. April 2015, namentlich seinen Rentenanspruch, abgelehnt hat. - Einen vorübergehend gewährten Anspruch auf Arbeitsvermittlung hat die Beschwerdegegnerin am 19. Juli 2016 eingestellt und berufliche Massnahmen abgelehnt. Der Beschwerdeführer hat am 20. Februar 2017 (im ersten Vorbescheidverfahren) im Eventualstandpunkt berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragen lassen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung auch den allfälligen Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen zu prüfen gehabt hat. Der Beschwerdeführer lässt die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere einer Rente (aber auch von Eingliederungsmassnahmen), beantragen. - Ergäbe sich, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand ohnehin notwendigerweise die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe. Da die Beschwerdegegnerin am 30. August 2018 die damaligen Akten (wohl samt Gutachten) eröffnet hatte, ist keine Verletzung des rechtlichen Gehörs festzustellen. Nach Art. 28 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. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte versicherte Personen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a), und soweit die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in den Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG, vgl. schon BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind danach in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind im Mai 2018 polydisziplinär begutachtet worden. Im Einzelnen ergab sich gemäss dem Gutachten vom 26. Juni 2018 in allgemein-internistischer Hinsicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer hatte dem Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin angegeben, er leide zurzeit an fünf- bis siebenmaligen wässrigen bis schleimigen Stuhlentleerungen pro Tag, teilweise mit Blutbeimengung und verbunden mit Bauchkrämpfen. Die Beschwerden beständen Tag und Nacht und würden nur selten für ein paar Stunden verschwinden. Am stärksten seien sie nach der Nahrungsaufnahme und nachts. In den vergangenen Monaten habe er 4 bis 5 kg Gewicht verloren und wiege zurzeit ca. 65 kg. Der Appetit sei schlecht; er versuche zweimal pro Tag eine Mahlzeit einzunehmen. Des Weiteren erwähnte der Beschwerdeführer seit acht Jahren bestehende, bei Belastung und beim Gehen verstärkt auftretende Kniebeschwerden rechts und seit Jahren bei Belastung auftretende rechtsseitige parasternale Schmerzen. Diverse Abklärungen zu den [...] -fingern hätten keine Ursache ergeben (vgl. IV-act. 92-22 f.). Ausserdem hatte der Beschwerdeführer angegeben, einmal pro Nacht zu erwachen und Stuhlgang zu haben (vgl. IV-act. 92-24). Für eine ausserhäusliche Tätigkeit sei er nicht arbeitsfähig, könne sich eine Arbeit zuhause am PC jedoch durchaus vorstellen (vgl. IV-act. 92-24). Der Gutachter stellte u.a. ein Gewicht des Beschwerdeführers von 65 kg fest und hielt dafür, die von ihm beklagten Beschwerden beträfen vor allem das Abdomen und den Bewegungsapparat, aus allgemeininternistischer Sicht sei er beschwerdefrei (vgl. IV-act. 92-26). Bei der psychiatrischen Begutachtung zeigte sich ebenfalls keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es wurde indessen u.a. eine somatoforme autonome

Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltrakts erwähnt. Ausserdem wurde von einer ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung berichtet. Der Beschwerdeführer halte sich zurzeit für gar nicht arbeitsfähig (vgl. IV-act. 92-32). Dieser hatte dem Gutachter erklärt, an verstärkten, andauernden Bauchschmerzen mit Krämpfen, StuhlDrang nach dem Essen und auch nachts zu leiden, ausserdem an vermehrter Müdigkeit und an Knie- und Fingerproblemen. Deshalb könne er nicht arbeiten. Er sei regelmässig beim Hausarzt und in der Ernährungsberatung (vgl. IV-act. 92-29 f.). Der Gutachter der Psychiatrie hielt fest, leichte Konzentrationsstörungen seien im Rahmen der somatischen Problematik mit Schmerzen durchaus möglich, doch sei der Beschwerdeführer während des ganzen Untersuchungsgesprächs aufmerksam und interessiert gewesen (vgl. IV-act. 92-33). Er erwähnte weiter den normalen Schulabschluss des Beschwerdeführers, die früher psychiatrisch blande Anamnese und die weitgehend normale Sozialisation (vgl. IV-act. 92-33). Auch die orthopädische Begutachtung ergab keine für die Arbeitsfähigkeit relevante Diagnose. Die Kniebeschwerden und die Bandlaxizität seien ohne Einfluss darauf. Der Beschwerdeführer hatte auch über schmerzende Fingerendglieder geklagt (vgl. IV-act. 92-36, -39). Er hatte angegeben, er würde gern von zuhause aus arbeiten (vgl. IV-act. 92-37). Bei der gastroenterologischen Begutachtung hatte der Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten wiederum beschrieben, nach dem Essen müsse er rasch zur Toilette. Er habe sechs- bis siebenmal täglich Stuhlgang und oft Durchfall. Davor habe er Bauchkrämpfe. Ca. einmal pro Monat sei er inkontinent. Die Symptomatik sei nach zwei Operationen weitgehend unverändert (vgl. IV-act. 92-43). Er strebe eine Umschulung auf eine Arbeit im IT-Bereich bzw. eine solche am PC an (vgl. IV-act. 92-44). Der Gutachter der Gastroenterologie erklärte, es bestehe eine Defäkationsstörung mit Stuhlunregelmässigkeiten und Diarrhoe. Die Symptomatik der Rektumintussuszeption sei diagnostiziert worden, die Symptomatik habe sich aber trotz zweimaliger Operation mit Rektopexie nicht gebessert. Ein sonstiges organisches Korrelat für die Stuhlunregelmässigkeiten - abgesehen von der Rektumintussuszeption - habe sich nicht gefunden. Es sei gut denkbar, dass die Defäkationsstörung zum Teil durch vermehrtes Pressen und damit provozierten häufigen Stuhlgang zustande komme. Die Symptome seien aber dennoch konsistent und plausibel. Zumindest ein Teil sei funktioneller Natur. In beruflicher Hinsicht führe die Symptomatik zu einer Behinderung, vor allem bei körperlich belastenden Arbeiten (vgl. IV-act. 92-45). Eine körperlich belastende Arbeit sei für den Versicherten wenig geeignet. Es sei eine Umschulung zu empfehlen (vgl. IV-act. 92-46). Anzumerken ist, dass nebst der Rektumintussuszeption auch ein Mucosaprolaps-Syndrom diagnostiziert worden ist (vgl. IV-act. 92-45). Die Begutachtung insgesamt erfolgte in Kenntnis der Akten (vgl. IV-act. 92-14 ff.) und umfasste die jeweiligen Erhebungen von Anamnese und Befunden. Bei der orthopädischen Begutachtung wurden der schriftliche Befund eines MRI der LWS und des ISG vom 20. Juli 2015 und ein Röntgenbild des Knies ap vom 8. Mai 2018 mitbeurteilt. Polydisziplinär wurden die chronischen intermittierenden Kniebeschwerden links, die Bandlaxizität und die chronische Defäkationsstörung berücksichtigt (vgl. IV-act. 92-9). Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers wurde für die bisherige Tätigkeit auf 30 %, für eine umschriebene adaptierte Tätigkeit auf 10 % festgelegt (vgl. IV-act. 92-10). Gegen die Stichhaltigkeit des Gutachtens vom 26. Juni 2018 als solches lässt der Beschwerdeführer diverse Einwände erheben. So bestreitet er etwa, dass er nachts nur einmal die Toilette aufsuchen müsse. Bei der allgemein-internistischen Begutachtung hatte er erklärt, er habe zurzeit fünf- bis siebenmalige Stuhlentleerungen pro Tag und die Beschwerden (Bauchkrämpfe) bestünden auch nachts, dann am stärksten (wie

nach der Nahrungsaufnahme; vgl. IV-act. 92-22). Er hatte aber gemäss der Wiedergabe im Gutachten auch erwähnt, dass er einmal pro Nacht erwache und Stuhlgang habe (vgl. IV-act. 92-24). Eine entsprechende gutachterliche Annahme lässt sich nach dieser Schilderung auf die Angabe des Beschwerdeführers zurückführen. Da die Symptomatik bei chronischen Darmerkrankungen zudem, wie in der Stellungnahme des ABI vom 17. Januar 2019 plausibel dargelegt (vgl. dazu unten E. 6), im Verlauf kurz- und längerfristig wechseln kann, bietet sich kein Grund zur Beanstandung, da diese Spannweite ausreichend berücksichtigt wurde. Bei der gastroenterologischen Begutachtung wurde des Weiteren festgehalten, der Beschwerdeführer habe von einer ca. einmal monatlich auftretenden Inkontinenz berichtet (vgl. IV-act. 92-43). Dass solches eine Person verunsichert und zu einer Einschränkung des Aktionsradius veranlasst, wie der Beschwerdeführer vorbringt, erscheint nachvollziehbar; es ist ohne weiteres davon auszugehen, dass dieser Aspekt bei der fachärztlich-gutachterlichen Beurteilung nicht ausser Acht gelassen wurde. Der Gutachter der Gastroenterologie hielt fest, die Symptomatik führe zu einer Behinderung, vor allem bei körperlich belastenderen Arbeiten (vgl. IV-act. 92-45). Bei der (späteren) Untersuchung vom 19. Oktober 2018 hat der Beschwerdeführer in der Folge dann Inkontinenz im Übrigen klar verneint (vgl. IV-act. 105-2). Es wurde vermerkt, bei den Untersuchungen von Prof. L.\_\_\_\_ vom September 2018 sei eine uneingeschränkte Stuhlkontinenz vorhanden gewesen (vgl. IV-act. 105-2). Der Beschwerdeführer widerspricht auch den Annahmen der Beschwerdegegnerin zur mangelnden Objektivierbarkeit seiner Leiden. Dazu ist zunächst einerseits zu erwähnen, dass seine chronische Defäkationsstörung samt Rektumintussuszeption aufgrund der Befunde gutachterlich bestätigt worden ist. Der Beschwerdeführer ist diesbezüglich auch zweimal operativ behandelt worden. Das Pathologie [...] hatte (nach der ersten Operation) am 1. April 2014 rein histologisch keine morphologischen Hinweise auf eine solche Intussuszeption gefunden. Dr. K.\_\_\_\_ hatte am 4. August 2016 erwähnt, es hätten sich im distalen Rektum bzw. Analkanal auffällig entzündlich ödematöse Veränderungen im Sinn eines Mucosaprolaps-Syndroms gezeigt, das sehr gut zum Beschwerdebild des Beschwerdeführers passe (vgl. IV-act. 42-6). Prof. L.\_\_\_\_ hatte (vor seiner Operation) am 5. April 2017 (vgl. IV-act. 76-8) auch darauf hingewiesen, dass der imperative Stuhldrang und die Schwierigkeit, den Stuhl zu entleeren, zu einer Intussuszeption passen würden. Im histopathologischen Bericht vom 23. Oktober 2018 (IV-act. 106) wurde ebenfalls erwähnt, dass die vorgefundene Morphologie zur klinischen Angabe (nämlich eines rezidivierenden Mucosaprolaps-Syndroms und intermittierender Diarrhoe) bzw. zu lokalen Kreislaufstörungen im Rahmen einer lokalen Ischämie passe. - Das Mucosaprolaps-Syndrom und auch schon der Verdacht auf ein schweres Reizdarmsyndrom wurden entsprechend im Gutachten berücksichtigt. Die Annahme der Beschwerdegegnerin, die Untersuchungsbefunde vermöchten die Hyperreagibilität bzw. Reizmagen- und Reizdarmsymptomatik nicht zu belegen und die Bauchbeschwerden seien nicht klar in Verbindung zu objektiven Befunden zu bringen, ist insofern zu relativieren. - Nichtsdestotrotz wurden auch Feststellungen gemacht, welche eine subjektive und eine psychosoziale Komponente des Leidens des Beschwerdeführers beschreiben. Zu erwähnen sind etwa die früheren (nach März 2016, IV-act. 44, bis zum Gutachten behobenen) Alkohol- und Spielprobleme des Beschwerdeführers und die schwere Erkrankung der engen Verwandten. Der Gutachter der Psychiatrie mass den erstgenannten beiden Aspekten (Alkohol, zurzeit keine Hinweise auf übermässigen Konsum; und pathologisches Spielen, gegenwärtig nicht aktiv) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (vgl. IV-act. 92-31).

Das gastroenterologische Gutachten schloss, zumindest ein Teil der Symptomatik sei funktioneller Natur (vgl. IV-act. 92-45). Diese Beurteilungen erscheinen nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer stellt sich ferner auf den Standpunkt, es mangle an einer Begründung für die Differenz zwischen der Arbeitsunfähigkeitsschätzung für seine bisherige Tätigkeit von 30 % und derjenigen für eine adaptierte Tätigkeit von 10 %, da die Absenkezeiten nicht von der körperlichen Beanspruchung abhingen. Der Gutachter der Gastroenterologie berücksichtigte indessen, dass die körperlichen Beanspruchungen und die Schichtarbeit der bisherigen Tätigkeit für den Beschwerdeführer angesichts seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht geeignet sind, was eine gewisse Differenz im Erholungsbedarf zu erklären und allenfalls gar auf eine insgesamt so nicht mehr zumutbare bisherige Arbeit zu schliessen lassen vermag (vgl. auch die RAD-Beurteilung, IV-act. 93). Für die Annahme, die Gutachter hätten in die Arbeitsfähigkeitsschätzung zu Unrecht einzig die leidensbedingt ausfallende Präsenzzeit am Arbeitsplatz, nicht aber die Erschöpfung und die Beschwerden (Bauchkrämpfe) des Beschwerdeführers einbezogen, gibt es keine Hinweise. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers weist indessen zutreffend darauf hin, dass das Gutachten eine Auseinandersetzung mit den von der eigenen Arbeitsunfähigkeitsschätzung (von 30 % und 10 %) deutlich abweichenden Beurteilungen der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers durch den behandelnden Arzt Dr. F.\_\_\_\_ vermissen lässt. Im diesbezüglich relevanten gastroenterologischen Teil wurde einzig auf die Beurteilung des Operateurs Prof. L.\_\_\_\_ hingewiesen (vgl. IV-act. 92-45), der im IV-Arztbericht vom 12. Oktober 2017 (nach der Operation vom 27. April 2017) erklärt hatte, das Leiden des Beschwerdeführers habe kaum bzw. keine Auswirkungen auf die Arbeit, und der diesem lediglich eine Stuhlregulation mit Abführmitteln empfohlen hatte. Dieselbe Arbeitsfähigkeit (100 %) hatte nach der ersten Operation im Übrigen bereits der Operateur Dr. E.\_\_\_\_ am 17. Juni 2015 abgegeben. Dr. F.\_\_\_\_ dagegen hatte dem Beschwerdeführer am 1. September 2015 bzw. am 24. März 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit ab September 2014 und eine solche von 75 % ab April 2016 attestiert und am 14. September 2016 eine leichte Arbeit von 50 % versuchsweise als zumutbar bezeichnet. Am 28. März 2017 hatte der Arzt wegen der Dominanz dessen Leidens (Krämpfe, Erschöpfung) wiederum eine volle Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers angenommen. - Da in den Berichten von Dr. F.\_\_\_\_ allerdings keine Befunde beschrieben werden, von denen anzunehmen wäre, dass sie im Gutachten unberücksichtigt geblieben sind, wird die Stichhaltigkeit des Begutachtungsergebnisses dadurch nicht relevant in Frage gestellt. - Wenn Dr. F.\_\_\_\_ nach der Begutachtung, am 4. September 2018, eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von (lediglich, aber immerhin noch) mindestens 50 % angenommen hat und Dr. K.\_\_\_\_ am 24. Oktober 2018 zur gleichen Arbeitsunfähigkeitsschätzung gelangt ist, fragt sich, ob allenfalls (in den vier bis fünf Monaten) nach der Begutachtung eine massgebliche Änderung im gesundheitlichen Zustand aufgetreten sei (vgl. dazu unten E. 6). Im Weiteren wendet die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein, die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter sei in der unzutreffenden Erwartung ergangen, dass Verbesserungen des Gesundheitszustands erreicht werden könnten. Im Gutachten war angenommen worden, durch eine bessere Behandlung der Diarrhoe (Steigerung der Imodium-Dosis, Behandlung mit Codein, Tinctura opii oder geeigneten Psychopharmaka und Sistierung von Movicol) könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden und bei erfolgreicher medikamentöser Behandlung sei innert Wochen ein Erfolg zu erwarten. Oft (bei ca. 80 % der ähnlich gelagert Erkrankten) könne auch eine zusätzliche spezialisierte Physiotherapie teilweise erfolgreich sein. Diesbezüglich ist zwar

auf die aktenkundig bereits lange Dauer der gastroenterologischen Beeinträchtigung und entsprechende Behandlung des Beschwerdeführers hinzuweisen, ohne dass er eine namhafte Verbesserung empfunden hätte. Ausserdem hielt auch Dr. K.\_\_\_\_ am 8. Februar 2017 dafür, eine medikamentöse Behandlung nütze bei einem solchen Beschwerdebild kaum etwas. Auch dieser Arzt empfahl jedoch seinerseits ein gezieltes Beckenbodentraining. Zudem büsst die anhand der objektivierenden gastroenterologischen Begutachtungsergebnisse eruierte und begründete Arbeitsfähigkeitsschätzung durch die geäusserte (selbst allenfalls zu) positive Erwartung ihre Überzeugungskraft nicht ein. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass der Gutachter für gut denkbar hielt, dass die Defäkationsstörung zum Teil auch durch vermehrtes Pressen und dadurch provozierten häufigen Stuhlgang bewirkt werde und nicht primäre Ursache der Symptomatik sei (vgl. IV-act. 92-45). Dem Beschwerdeführer wären allenfalls entsprechende medizinische Informationen nützlich. Zusammenfassend zeigt sich somit, dass für den Zeitpunkt der Begutachtung auf die Schlussfolgerungen des Gutachtens abgestellt werden kann. Selbst wenn es sich rechtfertigte, die für die bisherige Tätigkeit gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % in Anbetracht der Begründung auch auf angepasste Tätigkeiten zu übertragen, ist festzuhalten, dass eine höhere Arbeitsunfähigkeit für diesen Bereich keinesfalls anzunehmen ist. Die Tätigkeit hat im Übrigen den gutachterlich definierten Adaptationskriterien zu entsprechen. Was den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Zeit vor der Begutachtung betrifft, nimmt die Beschwerdegegnerin Beweislosigkeit bezüglich einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit an, deren Folgen der Beschwerdeführer zu tragen habe. Die Gutachter hätten keine retrospektive Einschätzung vornehmen können. Im für die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblichen gastroenterologischen Teil des Gutachtens ist allerdings erklärt worden, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe sich seit sechs bis sieben Jahren nicht verändert (vgl. IV-act. 92-46 Ziff. 8.1.4), im polydisziplinären Teil wurde angegeben, eine länger dauernde höhere Arbeitsunfähigkeit als zum Begutachtungszeitpunkt könne retrospektiv nicht angenommen werden (seit Dezember 2016 habe sich keine wesentliche Änderung ergeben, vgl. IV-act. 92-10 Ziff. 4.7.5). Die Akten zeigen, dass der Beschwerdeführer bereits am 7. November 2013 an einem schweren Descensus (des Beckenbodens) mit geringer anteriorer Rektozele und anteriorer mucosaler Intussuszeption litt. Am 24. März 2014 erfolgten eine Rektosigmoidresektion (von 52 cm) und eine Rektopexie (gemäss Pschyrembel: Suspensionsfixierung des Rektums). Etwa drei Monate danach traten die Beschwerden nach in der Replik festgehaltenen Angaben des Beschwerdeführers (vgl. schon IV-act. 28-1) wieder auf. Im Juni 2015 habe der Beschwerdeführer erneut ein unspezifisches Druckgefühl und defäkationsabhängige Blutungen beschrieben. Dr. E.\_\_\_\_ habe eine erneute Intussuszeption vermutet. - Der Beschwerdeführer hatte noch bis zur Kündigung vom Oktober 2014 weitergearbeitet. Der Operateur Dr. E.\_\_\_\_ nahm im Juni 2015 wie erwähnt eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit an. Nachdem eine Defäkographie vom 31. Oktober 2016 erneut einen schweren rektalen Descensus mit moderater anteriorer und geringer posteriorer Rektozele, geringer Enterozele und zirkulärer mucosaler Intussuszeption gezeigt hatte und sich eine Fixierung des Rektums (am Sacrum/Promontorium) nicht hatte nachweisen lassen, wurde am 27. April 2017 die zweite Operation in Form einer transanal Rektumresektion vorgenommen. Bei der Begutachtung vom Mai 2018 wurde polydisziplinär auf Dezember 2016 hingewiesen, seit welchem Zeitpunkt keine wesentliche Änderung eingetreten sei. Die oben erwähnte gutachterliche

Annahme eines retrospektiv unveränderten Zustands erscheint - unter Berücksichtigung von anzunehmenden gewissen gastroenterologisch leidensinhärenten Schwankungen (vgl. die ABI-Stellungnahme vom 17. Januar 2019) - nachvollziehbar, da auch der Beschwerdeführer noch am 20. Februar 2017 einen seit 2013 unveränderten Beschwerdezustand beschrieb. Im psychiatrischen Gutachten wurde ferner betreffend die frühere Zeit festgehalten, es sei gut möglich, dass beim Beschwerdeführer zu der Zeit, als die Behandlung durch Dr. C.\_\_\_\_ erfolgt sei (somit nach der Aktenlage sieben Sitzungen zwischen November oder Dezember 2014 und März 2016), eine depressive Episode bestanden habe, die punktuell auch zu einer Teilarbeitsunfähigkeit geführt haben könne. Gemittelt über den Verlauf könne eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit aber nicht begründet werden (vgl. IV-act. 92-33). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beanstandet diese Angabe als zu unbestimmt. Die Frage, ob eine relevante Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen über eine längere Zeit hinweg angedauert habe, ist denn auch - wie sie darlegt - nicht unerheblich. Dass die Frage zu bejahen wäre, ist allerdings nach der vorliegenden Aktenlage nicht anzunehmen. Zwar erscheint, wie der Gutachter darlegt, durchaus möglich, dass der Beschwerdeführer eine depressive Episode (mit Schlafstörungen) erlitt, hatte er doch einen Stellenverlust hinzunehmen gehabt und diverse körperliche Beeinträchtigungen (gastroenterologischer Art, aber auch die Finger betreffend) aufgewiesen. Er befand sich damals auch in den erwähnten Schwierigkeiten in der Lebensführung (Spielen, Schulden, Alkohol als Selbstmedikation, vgl. Fremd-act. 1-5) und war (ab 2. Februar 2015) in der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ gewesen. Dort war jedoch mehrfach eine ungenügende Anstrengungsbereitschaft festgestellt worden. Dr. C.\_\_\_\_ erklärte zudem am 23. Oktober 2015, seine Arbeitsfähigkeit sei unklar, und sie wies unter anderem auch auf die Erforderlichkeit einer Abklärung der organischen Ursachen hin. Während dem Beschwerdeführer am 11. Dezember 2015 von der IV-Eingliederungs-verantwortlichen eine Motivation zur schnellen Rückkehr in die Arbeitswelt attestiert worden war, hatte auch Dr. C.\_\_\_\_ im Übrigen erklärt, der Beschwerdeführer habe diverse Termine versäumt. Dr. K.\_\_\_\_ schliesslich musste am 8. Februar 2017 berichten, der Beschwerdeführer habe sich auf wiederholte Kontaktaufnahmeversuche und ein Aufgebot hin nicht gemeldet. Gemäss der fachärztlichen Einschätzung des Gutachters der Psychiatrie - welcher gefolgt werden kann, auch wenn die vorhandenen erschwerenden Umstände ebenfalls zu berücksichtigen sind - handelte es sich bei der entsprechenden mangelnden Motivation und Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers nicht um einen medizinischen Faktor (vgl. IV-act. 92-33). - Insgesamt ist demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass beim Beschwerdeführer auch in der zurückliegenden Zeit keine für einen Rentenanspruch (zeitlich und im Ausmass) relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestand. Es rechtfertigt sich somit, auf die gutachterliche Feststellung abzustellen, wonach dem Beschwerdeführer retrospektiv keine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit als zurzeit der Begutachtung zu attestieren sei (vgl. IV-act. 92-10). Was eine allfällige Sachverhaltsentwicklung in der Zeit nach der Begutachtung (vom Mai 2018) betrifft, fand das Institut für Pathologie am Kantonsspital St. Gallen gemäss dem Bericht vom 23. Oktober 2018 (IV-act. 106) beim Beschwerdeführer im distalen Rektum (u.a.) eine polypoid gebaute Schleimhaut mit teils florider, teils granulierender Ulzeration. Es erklärte, die Morphologie passe zu einer lokalen Ischämie bei bekanntem Prolaps. Gemäss dem Bericht der Klinik für Innere Medizin am Spital G.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2018 über die Koloskopie vom 19. Oktober 2018 hatten sich bei dieser Untersuchung erneut Zeichen

eines Mucosaprolapses gezeigt. Es scheine ausserdem eine Reizmagen- und Reizdarmsymptomatik (Hyperreagibilität des Magendarmtrakts) mit ausgeprägter Diarrhoeneigung vorzuliegen. Die damalige Beschwerdesituation des Beschwerdeführers wurde vom berichtenden Dr. K. \_\_\_ als extrem und sozial sehr einschränkend beschrieben. Sowohl Dr. K. \_\_\_ wie Hausarzt Dr. F. \_\_\_ (dieser am 4. September 2018, während er vor der Zeit des Gutachtensergebnisses von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen war) erachteten den Beschwerdeführer damals als zu mindestens 50 % arbeitsunfähig. In seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2019 zu den ihm vorgelegten Berichten (vgl. IV-act. 111) gab das ABI an, die neuen Untersuchungsbefunde würden nicht relevant von den früheren abweichen, aber auch, bei chronischen Darmerkrankungen könne die Symptomatik im Verlauf kurz- und längerfristig (d.h. über Monate bis Jahre) wechseln. Demnach kann eine namhafte Befundänderung nicht angenommen werden, zumal wie erwähnt ein Mucosaprolaps-Syndrom und auch schon der Verdacht auf ein schweres Reizdarmsyndrom bereits im Gutachten festgestellt worden sind. Eine wesentliche, anhaltende Änderung der Arbeitsfähigkeit nach der Begutachtung bis zum vorliegend massgeblichen Zeitpunkt vom 25. Februar 2019 lässt sich damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit annehmen. Jedenfalls ist bis dahin nicht von einer Arbeitsunfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten auszugehen, welche das im Gutachten für die bisherige Tätigkeit attestierte Ausmass von 30 % übersteigt. Nach Art. 16 ATSG (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG) wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Für die Bemessung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 16. Juli 2019, 9C\_247/2019 E. 4.2.1, BGE 129 V 222). Der Beschwerdeführer hat die Realschule besucht (vgl. IV-act. 3). Nach Angaben gegenüber der IV-Eingliederungsberaterin vom 9. Dezember 2015 (vgl. IV-act. 28) hatte er danach keine Lehrstelle gefunden und in einer Unternehmung zu arbeiten begonnen. Nach zweieinhalb Jahren sei ihm gekündigt worden. Für beide Umstände nannte der Beschwerdeführer Gründe, welche nicht ohne weiteres auf wesentlich mitwirkende gesundheitliche Aspekte schliessen lassen, so dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einem Sachverhalt gemäss Art. 26 IVV auszugehen ist, obwohl die gastroenterologischen Beschwerden bereits in der Pubertät begannen und beide Geschwister Ausbildungen gemacht haben. Der Beschwerdeführer erklärte weiter, danach habe er temporär gearbeitet und sei arbeitslos gewesen. Gemäss IK-Auszug (IV-act. 9) war er zudem noch von Mai 2011 bis Oktober 2012 in einer Unternehmung angestellt gewesen. Danach hatte er von \_\_\_ 2013 bis Februar 2015 in der oben erwähnten weiteren Anstellung gestanden. Diese Anstellung hat er nach seinen Angaben vom 9. Dezember 2015 aus gesundheitlichen Gründen verloren. Bei diesen Gegebenheiten ist aus der Erwerbsbiographie kein Valideneinkommen abzulesen, das eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hätte. Dieses ist somit anhand der statistischen Erhebungen über die Löhne (Tabellenlöhne) festzulegen. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte

Person konkret steht. Ist - wie hier - kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die genannten Tabellenlöhne (der Lohnstrukturerhebungen, LSE, des Bundesamtes für Statistik) herangezogen werden (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil vom 19. Mai 2020, 9C\_566/2019 E. 5.2, BGE 143 V 295 E. 2.2). Da somit als Valideneinkommen und als Ausgangswert der Bestimmung des Invalideneinkommens derselbe Einkommensbetrag zu wählen ist, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs (zur Ermittlung des Invalideneinkommens) gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 9. Mai 2016 8C\_934/2015 E. 2.1, und vom 20. April 2010, 9C\_215/2010 E. 5.2). Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug (von den Tabellenlöhnen) zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Der gesundheitlich bedingt erhöhte Pausenbedarf des Beschwerdeführers begründet hauptsächlich seine medizinische Arbeitsunfähigkeit. Qualitativ betrachtet ist für eine für ihn adaptierte Tätigkeit zudem erforderlich, dass sie körperlich leicht (allenfalls intermittierend mittelschwer) ist und eher im Sitzen ausgeübt werden kann. Schichtarbeit kommt nicht in Frage. Ausserdem muss der Beschwerdeführer insbesondere seine Arbeit jederzeit unterbrechen können, um eine Toilette aufzusuchen (vgl. IV-act. 92-10). Dass der Beschwerdeführer (nebst dem Ausfall im Ausmass der Arbeitsunfähigkeit) eine zusätzliche invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse zu erwarten hätte, welche einen Abzug rechtfertigte, ist nicht erstellt. Selbst wenn aber ein Abzug von 10 % - diese wären als Maximum zu betrachten - anerkannt und von einer Arbeitsunfähigkeit selbst von 30 % ausgegangen werden könnte, ergäbe sich kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad (sondern diesfalls ein solcher von 37 %;  $1 - [0.7 \times 0.9]$ ). Die verfügte Abweisung des Rentenanspruchs erweist sich demnach als rechtmässig. Angesichts der dem Beschwerdeführer von den Experten bei der Begutachtung nunmehr attestierten Motivation zur beruflichen Eingliederung (vgl. IV-act. 92-11; in Bezug auf die früheren Schwierigkeiten in der Lebensführung hatte er nach der Aktenlage im Lauf der Zeit im Übrigen eine Verbesserung erreichen können), in Anbetracht seiner oben dargelegten leidensbedingten Erschwernisse bei der Eingliederung und weil bei allzu langer Arbeitsabstinenz psychische Folgen drohen könnten, ist dagegen ein Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen grundsätzlich anzunehmen. Die Beschwerdegegnerin wird geeignete Massnahmen zu evaluieren und den Beschwerdeführer nach Erlass einer den Abklärungen entsprechenden Verfügung nach Möglichkeit damit zu unterstützen haben. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2019 insofern teilweise gutzuheissen, als die Sache zur weiteren Abklärung und entsprechenden neuen Verfügung betreffend den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht

kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Eine Gebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Der Beschwerdeführer hat lediglich teilweise (in untergeordnetem Bereich) obsiegt, weshalb der Ausgang des Verfahrens rechtfertigt, ihm - ermessensweise - drei Viertel (Fr. 450.--) und der Beschwerdegegnerin einen Viertel der Kosten (Fr. 150.--) aufzuerlegen. Von der Bezahlung seines Anteils an den Gerichtskosten von Fr. 450.-- ist der Beschwerdeführer zufolge der am 24. Oktober 2019 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege zu befreien. Der Beschwerdeführer hat bei teilweisem Obsiegen auch Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). Seine Rechtsvertreterin hat am 17. Dezember 2019 eine Honorarnote für Arbeit an 15.09 Stunden und für Barauslagen von Fr. 90.54 eingereicht. Die Parteientschädigung sei zuzüglich der Mehrwertsteuer festzusetzen (act. G 13). Da das mittlere Honorar im st. gallischen Recht Fr. 250.-- pro Stunde (vgl. Art. 24 Abs. 1 HonO; sGS 963.75) beträgt und der Normal-Steuersatz der Mehrwertsteuer gemäss Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer (Mehrwertsteuergesetz, MWSTG) zu vorliegend massgeblicher Zeit im Jahr 2019 (seit 1. Januar 2018) 7.7 % ausmacht, ergibt sich hieraus ein Betrag von rund Fr. 4'160.50 (Fr. 3'772.50 und Fr. 90.54 und Fr. 297.45). In der Verwaltungsrechtspflege vor Versicherungsgericht beträgt das Honorar nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (seit 1. Januar 2019; üblicherweise) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Da kein Grund ersichtlich ist, der es rechtfertigen würde, über die in einem Beschwerdeverfahren durchschnittlichen Aufwands praxisgemäss auf Fr. 3'500.-- festzulegende Pauschale hinauszugehen, wird die Parteientschädigung auf diesen Betrag (einschliesslich Barauslagen und MWST) festgesetzt. Die (anteilmässige) Parteientschädigung ist demnach auf pauschal Fr. 875.-- (ein Viertel von Fr. 3'500.--) festzulegen. Für die restlichen diesbezüglichen Kosten (von Fr. 2'625.--) hat zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteiständung der Staat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zu entschädigen, wobei das Honorar in Anwendung von Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) um einen Fünftel herabzusetzen ist. Der Staat hat somit eine Entschädigung von Fr. 2'100.-- zu bezahlen. Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es ihm gestatten, kann der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (vgl. Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird im Sinn der Erwägungen unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2019 insofern teilweise gutgeheissen, als die Sache zur weiteren Abklärung und neuer Verfügung betreffend den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung einer Gerichtsgebühr von Fr. 450.-- befreit. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 150.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 875.-- zu bezahlen. Der Staat entschädigt die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit pauschal Fr. 2'100.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.