

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/152 vom 16. März 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_152

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/152 du 16 mars 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/152 del 16 marzo 2021

Regeste

Art. 28 IVG, Art. 42 Abs. 1 IVG. Würdigung von medizinischen und neuropsychologischen Berichten behandelnder Stellen und namentlich eines polydisziplinären (internistischen, neurologischen, psychiatrischen und neuropsychologischen) Gutachtens. Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Keine anzunehmende Sachverhaltsentwicklung im relevanten Zeitablauf. Kein Rentenanspruch. Kein ersichtlicher medizinischer Grund für einen Hilfsbedarf, der zu einer Hilflosenentschädigung berechtigen würde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. März 2021, IV 2019/152 und IV 2019/163). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_268/2021.

Volltext

Entscheid vom 16. März 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrer-Hug und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2019/152, IV 2019/163 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Irja Zuber, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Hilflosenentschädigung und Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 12. Februar 2016 (IV-act. 7) unter Mitwirkung der ____ Rehaklinik B.____ wegen einer Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2015 bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zur Früherfassung an. Beim Früherfassungsgespräch vom 18. März 2016 (IV-act. 5) gab er an, seit 1999 in einer Unternehmung angestellt und dort gerne und nach interner Schulung als CNC-Mechaniker tätig zu sein. Seit ca. 2014 leide er an Augenproblemen, Müdigkeit und Vergesslichkeit und sei mit Antibiotika behandelt worden. Einen geplanten weiteren CNC-Kurs habe er damals wegen der Beschwerden abbrechen müssen. 2015 seien vermehrt Schluckbeschwerden, ein trockener Mund und eine ausgeprägte Müdigkeit aufgetreten, worauf schliesslich eine Operation wegen einer Nebenhöhlenentzündung gemacht worden sei. Im Januar 2016 sei dann eine Neurolues bei ihm entdeckt worden. Weil es ihm gesundheitlich nicht besser gehe, sei der Aufenthalt in der Rehaklinik B.____ verlängert worden. - Am 21./29. März 2016 (IV-act. 8) erfolgte die angeratene Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Integration/Rente). Darin erklärte der Versicherte, er habe in seiner Heimat eine Ausbildung als Elektroautomatiker absolviert und sei 1990 in die Schweiz gekommen. In den Akten der Krankentaggeldversicherung des Versicherten fand sich ein Bericht von Dr. med. C.____, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 1. März 2016 (Fremd-act. 1-5), wonach es beim Versicherten seit Beginn des Jahres 2015 zu progredienten Schluckstörungen, Globusgefühl, Kopfschmerzen, Vergesslichkeit, Müdigkeit und einer Wesensveränderung gekommen sei. Seit dem 13. Oktober 2016 (recte:

2015) sei er voll arbeitsunfähig geschrieben. - Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen hatte in einem Austrittsbericht vom 18. Januar 2016 (Fremd-act. 1-6 ff.) nebst der Neurolues chronifizierte Kopfschmerzen bei chronischer Sinusitis, eine chronische Sinusitis maxillaris beidseits (beschwerdefrei seit Dezember 2015), eine Epiphora rechts (beschwerdefrei seit Dezember 2015) und ein persistierendes Foramen ovale (aktuell keine therapeutische Konsequenz) angegeben und den Versicherten in die Rehabilitation überwiesen. Gemäss Konsultationsblatt vom 7. Januar 2016 (Fremd-act. 1-9) bestehe aus neuropsychologischer Sicht [lic. phil. D.____, in der Liste der Fachpsychologen und Fachpsychologinnen für Neuropsychologie FSP mit jährlicher kontrollierter Fortbildung, IV-act. 128, aufgeführt] ein wenig spezifisches, am ehesten subkortikal dominiertes kognitives Störungsmuster mit von leicht bis schwer reichenden Beeinträchtigungen in multiplen Bereichen. Im Vordergrund stünden Probleme im Bereich Antrieb und Antriebsregulation, was zu auffälligen Leistungsschwankungen im Untersuchungsverlauf geführt habe. Teilweise sei unklar, ob es dem Versicherten gelinge, sein tatsächliches aktuelles Leistungspotenzial abzurufen. Die deutlichsten Beeinträchtigungen beständen in den Bereichen Exekutivfunktionen und Gedächtnis. Grundstimmung und affektive Schwingungsfähigkeit hätten leicht reduziert gewirkt. Gemäss einem Konsilium Logopädie vom 6. Januar 2016 seien die Spontansprache sprachsystematisch und inhaltlich adäquat sowie das Sprachverständnis angepasst gewesen, Wortfindungsschwierigkeiten seien nicht zu beobachten gewesen. Der Versicherte habe von Mühe berichtet, feste Konsistenzen zu schlucken. Beim Öffnen des Kiefers träten auf der linken Seite Schmerzen auf. Es wurde festgehalten, er habe sich während des Essens häufig postdeglutitiv räuspern und husten müssen. Die Stimmprobe sei dabei aber stets klar gewesen. In einem Bericht vom 7. Januar 2016 (IV-act. 39-2 ff.) hatte die Klinik u.a. folgende Diagnosen (verkürzt wiedergegeben) beschrieben: chronische drückende Kopfschmerzen rechts frontal; anamnestisch undulierende ausgeprägte Schluckbeschwerden, Wortfindungsstörungen, Wesensveränderung, psychomotorische Verlangsamung und kognitive Defizite; mehrtägige Kraftminderung und Taubheitsgefühl der linken Körperseite 10/15 [im Ausland]; Gewichtsverlust unklarer Ätiologie (10/15); Transparenzminderung am Oberlappen rechts unklarer Ätiologie (10/15); chronische Antrumgastritis, CLO positiv; okkulter Blutverlust ab ano; und ein Leberhämangiom Segment VII/VIII. In ihrer Bescheinigung vom 18. April 2016 (IV-act. 13) gab die Arbeitgeberin an, der Versicherte sei vom 6. Juli 2009 bis 31. Juli 2016 als Maschinenbediener Fräsanlagen angestellt gewesen. Die Arbeitsunfähigkeit sei am 9. Oktober 2015 eingetreten, der letzte Arbeitstag am 31. Juli 2016 gewesen. Sie habe das Arbeitsverhältnis wegen der langen Absenz auflösen müssen, da keine Umplatzierungsmöglichkeit bestanden habe. Der Versicherte habe (ohne Ersatzleistungen wie Taggelder usw.) 2013 Fr. 61'696.--, 2014 Fr. 62'660.-- und 2015 Fr. 57'694.-- verdient. Ohne Gesundheitsschaden würde er - wie aktuell - jährlich Fr. 57'840.-- verdienen. - Gemäss IK-Auszug (IV-act. 12) hatte er bereits einmal von April 1999 bis September 2007 bei der betreffenden Unternehmung gearbeitet. Im Austrittsbericht vom 19. April 2016 (IV-act. 19) berichtete die Rehaklinik B.____ nebst den erwähnten Diagnosen von einer Depression. Der Versicherte habe seit Herbst 2014 vermehrt über Beschwerden geklagt. Bei Eintritt am 13. Januar 2016 hätten eine psychomotorische Verlangsamung, eine allgemein reduzierte Belastbarkeit und kognitive Störungen (Gedächtnis, Wesensänderung; vgl. IV-act.19-3) bzw. eine psychophysische Verlangsamung und ein V.a. leichte kognitive Störungen (Exekutivfunktionen, Gedächtnis; vgl. IV-act. 19-5) bestanden und der Versicherte sei wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten voll orientiert gewesen (vgl.

IV-act. 19-5). Die starken Kopfschmerzen hätten sich mit dem Ansetzen eines Antidepressivums teilweise noch verstärkt. Die depressive Verstimmung habe unter Therapie mit einem anderen Arzneimittel deutlich gebessert werden können. Auch die Antibiotika-Therapie habe erfolgreich angesprochen. Aus den neuropsychologischen Tests habe sich der Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsveränderung mit Antriebs- und Belastbarkeitsminderung, gemischt mit Symptomen von Depression und Angst, ergeben, ausserdem ein Hinweis auf ein mittelschweres kognitives Defizit mit Einschränkungen bei der Aufmerksamkeit, dem visuellen Scanning, dem Gedächtnis und dem Ideenreichtum. Die Arbeitsfähigkeit sei aus diesen Gründen nicht gegeben gewesen (vgl. IV-act. 19-3). In den basalen ADL (activities of daily living; unter dem Titel Selbstversorgung) sei der Versicherte selbständig gewesen. Bei Eintritt habe er aufgrund von Schmerzen beim Kauen (linksseitige Kiefer-/Muskel-beschwerden) weiche Kost gegessen, im Verlauf habe die Umstellung auf normale Konsistenz ohne Einschränkungen stattgefunden. Die klinischen Schluckuntersuchungen seien unauffällig gewesen. Die Arm-/Handfunktion habe keine alltagsrelevanten Einschränkungen aufgewiesen. Während der Rehabilitation habe der Versicherte zweimal eine Stunde pro Woche in der Holzwerkstatt gearbeitet, und zwar motiviert und selbständig (vgl. IV-act. 19-4). Bei Austritt habe die Aufmerksamkeit maximal etwa 20 bis 30 Minuten aufrechterhalten werden können. Es müsse die Möglichkeit einer weiteren Verstärkung der Einschränkungen im Rahmen der Grunderkrankung in Betracht gezogen werden. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig. Sein Leistungsvermögen sei sowohl quantitativ wie qualitativ deutlich vermindert. Ressourcen für eine berufliche Wiedereingliederung hätten sich nicht abgezeichnet (vgl. IV-act. 19-3 f.). - Im entsprechenden (später von Dr. E.____ eingereichten) neuropsychologischen Bericht der Rehaklinik B.____ vom 29. März 2016 (IV-act. 26-9 ff.) hatte dipl. psych. P.____ (nicht in der Liste IV-act. 128) u.a. festgehalten, ein grobes kognitives Screening habe mit der Mini-Mental-State-Examination Werte von 24 und 25 von 30 ergeben und es sei von einem mittelschweren kognitiven Defizit mit Einschränkungen bei Aufmerksamkeit, visuellem Scanning, Gedächtnis und Ideenreichtum ausgegangen worden. Die Defizite könnten zu Auffälligkeiten in Aufnahme und Verarbeitung von Informationen - grösserer Mengen oder aus parallelen Quellen -, z.B. beim gleichzeitigen Bedienen mehrerer Geräte, zu einer Erschwerung der Wahrnehmung visueller Gefahrenquellen, der genauen visuellen Exploration der Umgebung oder des Lesens sowie des kurzfristigen Merkens oder der kontrollierten Weiterverarbeitung von Informationen führen. Eine verminderte Eigeninitiative könne die Fähigkeit erschweren, sich im Alltag selbständig angemessen zu beschäftigen (vgl. IV-act. 26-11 f.). - Die Abteilung Ergotherapie der Rehaklinik B.____ hatte in einem (später eingegangenen) Bericht vom 25. März 2016 (IV-act. 92) u.a. erklärt, bei Eintritt habe in den basalen ADL ein leicht erhöhter Zeitbedarf bestanden und kognitiv habe der Versicherte im Erstkontakt leicht verlangsamt gewirkt. Er fahre Auto und habe in der Mobilität als freier Fussgänger keine Einschränkungen bei Kraft, Beweglichkeit, Sensibilität und Gleichgewicht. Das Bewegungsausmass der Arm-/Handfunktion sei uneingeschränkt gewesen, die Handkraft aber reduziert und die Feinmotorik verlangsamt. Bei Austritt sei er in den basalen ADL selbständig und bei der Mobilität und der Hand-/Armfunktion hätten keine alltagsrelevanten Einschränkungen bestanden. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen teilte dem Versicherten am 18. Mai 2016 (IV-act. 24) mit, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zurzeit wegen seines Gesundheitszustands nicht möglich. Dr. med. E.____, Fachärztin für Innere Medizin, gab in einem IV-Arztbericht vom 31. Mai

2016 (IV-act. 26-1 bis -2) an, der Versicherte sei aufgrund seiner psychischen Verfassung nicht arbeitsfähig. Gleichentags gab sie dem Krankentaggeldversicherer bekannt, alle Diagnosen - neu genannt hat sie eine Kachexie - beeinflussten die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Er stehe ausserdem wegen eines pathologischen Befunds im rechten Oberlappen in pulmonaler Abklärung. Die Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin des Departements Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen nannte in einem Austrittsbericht vom 10. Juni 2016 (IV-act. 35) als Diagnosen neu grössenstationäre Konsolidationen im rechten Oberlappen unklarer Dignität, ED 10/2015, DD narbig/postentzündlich; eine partiell reversible, mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung, DD Asthma bronchiale, ACOS; und ein Oberlappen-betontes Lungenemphysem. Der Versicherte habe in gutem Allgemeinzustand entlassen werden können. Am 2./5. August 2016 (IV-act. 40) meldete sich der Versicherte zum Bezug einer Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung an. Er sei beim Aufstehen/Absitzen/Abliegen je nach Situation (bei Schwindel), beim Essen wegen der Schluckprobleme, beim Rasieren und Nägelschneiden, beim Verrichten der Notdurft sowie beim Treppensteigen, bei Spaziergängen und Arzt- und Coiffeurbesuchen hilfsbedürftig. Manchmal bedürfe er der Hilfe durch Abholen von Medikamenten bei der Apotheke und durch eine Kontrolle der Einnahme. Die Hilfsbedürftigkeit bestehe seit Oktober 2015 bzw. März 2016. Ausserdem sei er bei Schlafstörungen und wegen des vielen Schwitzens auf eine persönliche Überwachung und zudem auch auf lebenspraktische Begleitung angewiesen. Es müsse immer jemand da sein, der ihm helfe. Er benötige auch für Erledigungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung im Freien Begleitung. Dr. E.____ berichtete am 10. August 2016 (IV-act. 63), sie behandle den Versicherten seit dem 1. April 2016. Er sei sehr schlank und befinde sich in einem reduzierten Allgemeinzustand, spreche mit leiser Stimme und sei sehr vergesslich. Er könne kaum eine Tätigkeit selbständig machen; seine Ehefrau müsse ihn an alles erinnern. Er sei nicht arbeitsfähig. Er brauche ständige Betreuung durch eine andere Person. Am 30. August 2016 (IV-act. 66) erklärte die Ärztin, der Versicherte könne nicht allein zuhause sein. Er vergesse die Dinge, die er tun sollte oder schon getan habe. Er benötige ausser Hauses auch immer eine Begleitung. Sein Aufnahmevermögen sei stark eingeschränkt. Am 7. Oktober 2016 erfolgte eine telefonische Abklärung der Hilflosigkeit. Im Bericht (IV-act. 77), den der Versicherte bzw. seine Ehefrau am 10. November 2016 handschriftlich verändert wieder einreichten, wurde angegeben, der Versicherte sei beim An-/Auskleiden, Aufstehen/Absitzen/Abliegen, bei der Körperpflege und bei der Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte hilflos. Der ständigen persönlichen Überwachung bedürfe er nicht; er könne für eine bis zwei Stunden allein zuhause sein. Es sei aber pflegebedürftig. Des Weiteren wurden Angaben zur Begleitung zur Ermöglichung des selbständigen Wohnens, bei ausserhäuslichen Verrichtungen und zur Vermeidung dauernder Isolation gemacht. Die Hilfe leiste die Ehefrau. - In einem beigelegten Bericht vom 12. Oktober 2016 (IV-act. 77-4 ff.) hatte die Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen (u.a.) den V. a. Asthma-COPD-Overlap-Syndrom diagnostiziert. Ein vor allem nächtlicher Husten persistiere; dieser sei zwar eine gewisse Einschränkung, vor allem aber stellten eine Leistungsabnahme und die kognitiven Einbussen eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität dar. Die Ehefrau, die den Versicherten betreue und zusätzlich die ____ Kinder (zwischen 200_ und 201_ geboren) versorgen müsse, sei inzwischen selber psychisch stark in Mitleidenschaft gezogen. - Bei einer telefonischen Rückfrage gab die Ehefrau des Versicherten am 18. November 2016 (IV-act. 78) u.a. an, während sie erwerbstätig sei (zwei halbe Tage pro Woche), würden der Sohn oder die Tochter zum

Versicherten sehen. Zusätzlich zur ___ der Ehefrau werde bald noch eine weitere Person zur Unterstützung kommen. - Der Fachberater hielt am 1. Februar 2017 (IV-act. 87-2) fest, es bestehe weder in den Alltagsverrichtungen noch im Haushaltsbereich eine relevante Hilfsbedürftigkeit des Versicherten. Am 18. April 2017 (IV-act. 97) erstattete die PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen das in Auftrag gegebene und am 30. November 2016 durch die Plattform med@p zur Erledigung dieser Begutachtungsstelle zugewiesene (IV-act. 79) medizinische Gutachten. Für eine invalidisierende Gesundheitsstörung gebe es keinen überwiegend wahrscheinlichen Anhaltspunkt; aktenkundig sei eine Neurolues belegt mit möglichen residuellen encephalen Störungen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine arterielle Hypertonie und eine unklare Pneumopathie (vgl. IV-act. 97-42). Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der zuletzt ausgeübten und in jeglicher vergleichbaren, zumindest aber in einer anderen, körperlich leichten und geistig einfachen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts sei nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hinreichend belegt vermindert zu betrachten (vgl. IV-act. 97-44 und -45 f.; Weiteres vgl. unten E. 3.2). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung befürwortete am 29. Mai 2017 (IV-act. 101), auf das Gutachten abzustellen. Es sei kein Gesundheitszustand zu objektivieren, der eine Erwerbstätigkeit verunmöglichen (IV-act. 101-2; gemäss Lesart des Gutachtens durch die Sachbearbeitung: einschränken, IV-act. 111-1) würde. Auf Anfrage zu diversen Erfahrungen mit Fähigkeiten des Versicherten vom 20. Februar 2017 (IV-act. 89) hatte dessen Physiotherapeut am 24. Mai 2017 (Eingangsdatum) geantwortet, die Kommunikation mit dem Versicherten laufe sehr gut; er versuche, jede Übung richtig auszuführen, obwohl er sehr schnell ermüde und ablenkbar sei. Die Therapiedaten könnten nicht mit ihm vereinbart werden, sondern würden schriftlich mit der Ehefrau vereinbart. An- und auskleiden könne er sich zurzeit selber, ebenso aufstehen, sich setzen und zur Toilette gehen. Er komme stets in Begleitung seiner Frau in die Therapie. Er gehe zurzeit selbständig ohne Gehhilfe. Das Ziel der Physiotherapie sei es, mittels Bewegungsübungen, Muskelaufbautrainings, neuromuskulärer Übungen und Propriozeption die Selbständigkeit des Versicherten zu erhalten. - Die behandelnde logopädische Therapeutin teilte am 17. Juli 2017 (IV-act. 107) auf Anfrage vom 12. Juni 2017 (IV-act. 100) mit, der Versicherte könne die Termine nicht selbständig vereinbaren. Seine Frau verwalte die Termine, führe ihn her und hole ihn wieder ab. Der Versicherte sei von der Hausärztin wegen Schluckbeschwerden zugewiesen worden. Im März/April 2017 sei eine HNO-Abklärung erfolgt. Therapieziele seien das Kennenlernen des normalen Schluckablaufs, eine Kostanpassung, eine Optimierung des Schluckablaufs (Koordination Atmung und Schlucken bei chronischem Husten) und Übungen aus der funktionellen Schlucktherapie. Veränderungen bewegten sich zurzeit im kleinen Rahmen. Am 14. Juli 2017 (IV-act. 104) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten mit, berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt, da er sich nicht in der Lage fühle, daran mitzuwirken. Mit Vorbescheid vom 25. Juli 2017 (IV-act. 112) kündigte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten eine Abweisung des Rentenanspruchs an (Invaliditätsgrad null bei Einkommen von je Fr. 57'840.--). Am 18. September 2017 (IV-act. 118) wandte eine am 14. August 2017 (IV-act. 114) beauftragte Beratungsstelle von Procap für den Versicherten ein, die Gutachter hätten zur vollständigen Klärung der Sachlage weitere Abklärungen empfohlen. Der medizinische Einwand der behandelnden Ärztin werde nachgereicht. - Im entsprechenden ärztlichen Zeugnis vom 19. September 2017 (IV-act. 120-2 f.) stellte sich Dr. E. ___ auf den

Standpunkt, der Versicherte sei voll arbeitsunfähig und pflegebedürftig. Ein bewusstseinsnah verfälschendes Antwortverhalten könne sie sich bei ihm nicht vorstellen. Es liege derzeit eine klinische Symptomatik in Form einer Meningoenzephalitis mit Affektstörungen und Antriebsminderung vor. Der Versicherte sei nicht mobil, habe keinen Orientierungssinn und würde sich im Bus verlieren. Er klage über Kopfschmerzen und Konzentrationsstörung, sei vergesslich, frage immer wieder das selbe und könne sich an die Antwort nicht mehr erinnern. Er verlasse das Haus nie allein. Bei einer Messung durch die Logopädin habe sich gezeigt, dass er in einer Minute fünfzehnmal gehüstelt habe. Die Sitzung werde immer wieder durch den Husten/Hustenreiz unterbrochen. Die Atmung, die Stimmgebung, der Schluckakt und der Redefluss seien in Mitleidenschaft gezogen. Der Versicherte leide auch an einer Depression und einer Antriebsminderung und stehe deswegen in Behandlung bei Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie. In den fast zwei Jahren der Behandlung habe sie (die berichtende Ärztin) eine zunehmende Unsicherheit und einen zunehmenden Verfall der intellektuellen Fähigkeiten gesehen. Der Versicherte habe während 27 Jahren ohne Krankenstand gearbeitet. Dass kein ausreichender Anhaltspunkt für eine kognitive Störung und sichere Zeichen eines bewusstseinsnah verfälschenden Antwortverhaltens festgestellt worden seien, könne sie (die Ärztin) nicht nachvollziehen. - Gemäss einem beigelegten Bericht der Geriatriischen Klinik St. Gallen über u.a. eine Mini Mental-Status-Testung vom 21. September 2017 (IV-act. 120-4 ff.; durch G.____, nicht in der Liste IV-act. 128) wurden 18 Punkte erhoben, im Uhrentest 4 Punkte. Eine Bewertung der Ergebnisse wurde nicht abgegeben. Mit Verfügung vom 14. November 2017 (IV-act. 122) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle einen Rentenanspruch ab. - Auf Beschwerde vom 14. Dezember 2017 (IV-act. 126) hin - mit welcher eine Liste der Fachpsychologen und Fachpsychologinnen für Neuropsychologie FSP mit jährlicher kontrollierter Fortbildung des zeitlichen Standes vom 5. November 2017 (IV-act. 128) und ein Bericht von Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, vom 16. Oktober 2017 (IV-act. 129) eingereicht wurden - widerrief die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die Verfügung am 27. Februar 2018 (IV-act. 149) und stellte Abklärungen in Aussicht. Es war unter Hinweis auf einen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen EL (recte: IV) 2016/432 vom 15. Februar 2017 von der Erforderlichkeit einer neuen Begutachtung mit Erfüllung der Kriterien nach dem IV-Rundschreiben Nr. 367 vom 21. August 2017 (Nachweis der fachlichen Eignung des Gutachters der Neuropsychologie) ausgegangen worden (vgl. IV-act. 145). Das Beschwerdeverfahren wurde abgeschlossen (IV-act. 156). - Dr. H.____ hatte festgehalten, eine erweiterte stationäre Diagnostik - wie im Gutachten erwähnt - halte er für die einzige realistische Chance, zu einer anderen Beurteilung (als das Gutachten) zu gelangen. Er halte die Beweiskraft des Berichts der Rehaklinik B.____, wo eine längere Beobachtung des Versicherten möglich gewesen sei als bei der Begutachtung, für grösser. Dass die fraglichen neuropsychologischen Auffälligkeiten im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom Januar 2016 als wenig spezifisch, am ehesten subkortical dominiert mit leichten bis schweren Beeinträchtigungen in multiplen Bereichen, beschrieben worden seien, sei gut kompatibel mit den bei Neurolues beschriebenen Störungen. Es bestehe aber die Frage, ob überhaupt eine Neurolues vorliege, und wenn ja, in welchem Stadium. Nach den Abklärungen am Kantonsspital St. Gallen vom Januar 2016 könne man das aber klar bejahen. Hingegen sei er kritisch betreffend die Frage, ob nach der Antibiotikakur eine weitere Verschlechterung plausibel sei. Vasculäre Veränderungen oder ischämische Areale (Zeichen einer luetischen Meningovaskulitis) seien nicht erkennbar gewesen. Differenzial-

diagnostisch stelle sich die Frage nach reaktiven psychiatrischen Veränderungen. Dr. H.____ hatte im Übrigen bereits am 11. Juli 2016 (zitiert bei IV-act. 97-8) über den Versicherten berichtet und ein unauffälliges Hirnstrombild erwähnt. Bei einer vorläufigen Beurteilung könne er sich eine Arbeitswiederaufnahme des Versicherten im komplexen Beruf nur schwer vorstellen; es dürfte eher nicht überwiegend an Motivation und Depression liegen. Mit Vorbescheid vom 18. Januar 2018 (IV-act. 140) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle mit, ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung bestehe nicht. Der Versicherte sei in den massgeblichen Verrichtungen in zumutbarem Mass selbständig, er könne einen relevanten Beitrag im Haushalt leisten und sei in der Lage, beispielsweise einen einfachen Einkauf im Dorf zu tätigen. - Die Rechtsvertreterin von der Beratungsstelle der Procap wandte am 5. Februar 2018 (IV-act. 143) für ihn ein, die Abklärungen hierzu lägen mehr als ein Jahr zurück. Sie seien telefonisch getätigt worden, eine Abklärung an Ort und Stelle habe nicht stattgefunden. In den Berichten der behandelnden Ärzte werde bestätigt, dass der Versicherte umfassende Unterstützung brauche. Aufgrund der Lähmungen in beiden Daumen benötige er Hilfe beim Knöpfe und Gürtel Öffnen und Schliessen und beim Schneiden von Brot oder Fleischstücken. Er habe vermehrt Mühe, sich adäquat zu kleiden, oder vergesse, beim Verlassen der Wohnung die Jacke anzuziehen, könne sich nicht selber rasieren oder die Fussnägel schneiden. Seine Füsse, an denen eine Hautveränderung bestehe, müssten täglich gepflegt und eingecremt werden. Der Versicherte sei auch nicht mehr in der Lage, seine sehr vielen Medikamente bereitzustellen. Seine Frau tue das und überprüfe die Medikamente. Er könne auch seine administrativen Aufgaben nicht mehr erledigen und sie müsse alle Termine für ihn planen und ihn begleiten. Am 31. Januar 2018 sei der Versicherte am Universitätsspital Zürich in Behandlung gewesen, ein weiterer Termin werde am 15. Februar 2018 folgen. - Am 8. Januar 2018 (IV-act. 138) beurteilte der RAD die Aktenlage betreffend die allfällige Hilflosigkeit des Versicherten. Am 18. Mai 2018 (IV-act. 163) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle mit, sie werde eine neuropsychologische Abklärung bei dipl. psych. I.____ in Auftrag geben. Die (seit dem Gerichtsverfahren) beauftragte Rechtsvertreterin von der Procap Schweiz wies mit Schreiben vom 28. Mai 2018 (IV-act. 169) darauf hin, dass - wie sie telefonisch bereits angegeben habe - am 8. März 2018 schon eine solche neuropsychologische Abklärung am Universitätsspital Zürich stattgefunden habe. - Dem entsprechenden Bericht vom 8. März 2018 (IV-act. 170) der Klinik für Neurologie (Neuropsychologin Dr. phil. J.____, nicht in der Liste IV-act. 128) war u.a. zu entnehmen, dass im Vordergrund die deutlich verlangsamte - insbesondere mentale - Verarbeitungsgeschwindigkeit, die subjektiv beklagte Müdigkeit und kognitive Ermüdbarkeit sowie die Beeinträchtigung von Antrieb, Aufmerksamkeits-, Exekutiv- und mnestischen Funktionen stünden, die bereits im Januar 2016 vom Kantonsspital St. Gallen erwähnt worden seien. Auch die motorische Flexibilität sei beim Ausführen dreistufiger Handsequenzen und in der bimanuellen Koordination beeinträchtigt. Im mnestischen Bereich zeigten sich schwergradige Lernstörungen und leichte Schwächen im Abspeichern sowie ein verzögertes Erinnern unzusammenhängender verbaler und visuell-räumlicher Informationen. Es sei dringend ein psychiatrisches Konsil anzumelden. Die mnestischen Störungen seien vereinbar mit bilateralen Funktionsstörungen hippocampaler oder diencephaler Areale der linken Hemisphäre. Die Lernstörung deute auf zusätzliche temporolaterale und die Rechenstörung auf links parietale Dysfunktionen hin. Die Verlangsamung, die attentionalen und exekutiven Defizite wiesen auf zusätzliche Dysfunktionen frontaler bzw. subkortikaler Areale hin. Eine zusätzliche affektive

Überlagerung des kognitiven Leistungsprofils könne nicht ausgeschlossen werden. - In einem Bericht der Neuroimmunologie-Sprechstunde der Klinik für Neurologie am Universitätsspital Zürich vom 22. März 2018 (IV-act. 170-4 f.) war dem Beschwerdeführer insbesondere aufgrund der neuropsychologischen Defizite eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. - Am 11. Juni 2018 (IV-act. 172) erkundigte sich die Ehefrau des Versicherten wegen geplanter Sommerferien nach dem Termin der Begutachtung und erklärte, ihr Ehemann bedürfe allenfalls eines Dolmetschers. - Der RAD erklärte am 11. Juni 2018, es sei erneut eine Penicillin-Behandlung aufgenommen worden und im Juni 2018 solle eine neurologische Kontrolle stattfinden. In einem von der Rechtsvertreterin eingereichten (IV-act. 181) Bericht über eine Kontrolle vom 17. August 2018 in der Neuroimmunologie-Sprechstunde (IV-act. 180) wurde u.a. angegeben, als Diagnosen bestünden eine Neurolues im Tertiärstadium, bilaterale Subduralhämatome (ED 16.03.2018), chronische Kopfschmerzen bei chronischer Sinusitis, ein mässiggradiges bilaterales Karpaltunnelsyndrom, grössenstationäre Konsolidationen im rechten Oberlappen, ein persistierendes Foramen ovale und ein Oberlappenemphysem. Am 4. Mai 2018 sei eine Penicillin-Therapie erfolgt und sei nun noch für 14 Tage vorgesehen. Denn eine Progredienz der Neurolues als Ursache der subjektiven Zunahme der Beschwerden könne trotz klinisch nicht eindeutig progredienter Symptomatik nicht sicher ausgeschlossen werden. Eine Besserung der Symptomatik sei durch die Behandlung nicht zu erwarten. Der Versicherte sei insbesondere aufgrund der neuropsychologischen Defizite nicht arbeitsfähig. Der RAD erklärte am 24. September 2018 (IV-act. 183), die geplante neuropsychologische Abklärung könne nun stattfinden. Die Sachbearbeiterin der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle meldete ihm am 1. Oktober 2018 (IV-act. 186), der Gutachter habe mitgeteilt, zu den Zusatzfragen (sc. betreffend den allfälligen Dritthilfebedarf bei den alltäglichen Lebensverrichtungen) werde er keine Stellung nehmen. Er könne dem Versicherten zwar die Fragen stellen und die Antworten protokollieren und ins Gutachten einarbeiten, aber er werde sie nicht prüfen können, weshalb es sicherlich keine validen Angaben sein würden. Am 21. Dezember 2018 (IV-act. 191) erstattete der approbierte psychologische Psychotherapeut und Fachpsychologe für Neuropsychologie und für Verkehrspsychologie FSP dipl. psych. I. ___ (in Liste IV-act. 128 enthalten) das neuropsychologische Gutachten. Darin wurde festgehalten, eine Gesamteinschätzung des aktuellen kognitiven Leistungsvermögens des Versicherten lasse sich aufgrund von Problemen bezüglich der Beschwerdevalidierung nicht vornehmen. Insofern sei auch nicht möglich, eine valide neuropsychologische Diagnose zu stellen. Auch eine Gesamteinschätzung der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht sei nicht möglich. Der Versicherte habe massive Probleme mit der Krankheitsverarbeitung und aggraviere deshalb auch in Bezug auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Die Ergebnisse der formalisierten kognitiven Beschwerdevalidierung würden erhebliche Zweifel an der ausreichenden Mitwirkung in der Untersuchung und der Gültigkeit des erhaltenen Testprofils begründen. Aufgrund der eigenen Befunderhebung könne keine Aussage über krankheitsbedingte Funktionsstörungen gemacht werden. Positiv belegbar und mit hoher Sicherheit nachweisbar seien aber negative Antwortverzerrungen, so dass es nicht möglich gewesen sei, ein gültiges Testprofil zu erstellen. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich wegen der eingeschränkten Mitwirkung des Versicherten den Erkenntnismöglichkeiten des Untersuchenden. Selbständig möglich seien dem Versicherten Aufstehen/Absitzen/Abliegen und Transfers, Essen, Verrichten der Notdurft und Fortbewegung; An- und Auskleiden von der Behinderung angepasster Kleidung sei mit

Unterstützung der Ehefrau möglich, die Körperpflege selbständig bzw. teilweise mit Unterstützung der Ehefrau. Haushaltarbeiten habe der Versicherte auch vor der Erkrankung noch nie ausgeführt. Es sei ihm zumutbar, einen relevanten Beitrag an die Haushaltserledigung zu leisten. Relevante kognitive oder psychische Einschränkungen, die einen regelmässigen Hilfebedarf bei der Haushalterledigung erfordern würden, lägen aus neuropsychologischer Sicht nicht vor. - Der RAD hielt am 16. Januar 2019 (IV-act. 192) dafür, die Begutachtung bestätige das Ergebnis des Gutachtens vom April 2017 insofern, als eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht habe gestellt werden können. Mit Vorbescheid vom 2. Februar 2019 (IV-act. 196) sah die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle erneut eine Abweisung des Rentenanspruchs des Versicherten vor. - Der RAD hielt am 15. Februar 2019 (IV-act. 199) fest, das Gutachten vom 5. November 2018 gelange zu einem im Wesentlichen identischen Ergebnis wie das vorangehende Teilgutachten vom 8. Februar 2017. Es könne deshalb weiterhin davon ausgegangen werden, dass keine relevanten (motorischen und neuropsychologischen) Einschränkungen vorlägen, die eine Hilflosigkeit im Sinn der Gesetzgebung (erheblich und [gemeint:] regelmässig) begründen könnte. - Am 20. Februar 2019 (IV-act. 201) wurde daraufhin auch wiederum eine Abweisung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung in Aussicht gestellt. Die Rechtsvertreterin des Versicherten wandte am 7. März 2019 (IV-act. 202) gegen die Rentenabweisung ein, es bestünden weiterhin erhebliche Zweifel am PMEDA-Gutachten. Die Gutachter hätten übrigens eine stationäre Begutachtung für notwendig erachtet. Ausserdem sei auch die Vielzahl von Berichten des Universitätsspitals Zürich und des Kantonsspitals St. Gallen unbeachtet geblieben, welche die von der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle in Frage gestellte Diagnose bestätigten. Dr. med. K. ___ habe sich in einem beigelegten Bericht vom 1. März 2019 detailliert mit dem neuropsychologischen Gutachten von dipl. psych. I. ___ vom Dezember 2018 befasst und es kritisiert. Ergänzend sei zu bemängeln, dass sich jener neuropsychologische Gutachter mit dem Bericht über die neuropsychologische Untersuchung vom 8. März 2018 der Klinik für Neurologie am Universitätsspital Zürich nicht auseinandersetze. Im Bericht der Neuroimmunologie-Sprechstunde der Klinik für Neurologie am Universitätsspital Zürich vom 22. März 2018 sei dem Versicherten zudem eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Ausserdem sei auch der Einkommensvergleich zu kritisieren. - In dem Bericht vom 1. März 2019 (IV-act. 203) hatten die Psychiatrischen Dienste L. ___ (Oberarzt K. ___) u.a. dargelegt, die Ergebnisse der durchgeführten Diagnostik seien im Gutachten nur zu einem kleinen Teil aufgeführt worden, der - nicht medizinische - Gutachter habe sich auf diejenigen beschränkt, die nach seiner Auffassung für eine Verzerrung sprächen. Das sei unlauter. Gerade bei chronischen Erkrankungen komme es sehr häufig zu unbewussten Verzerrungen. Daraus zu schliessen, dass das bewusst zur Täuschung geschehe, dürfe wenigstens hinterfragt werden. Der Gutachter schreibe am Schluss, dass keine Einschränkungen bestünden, die einen regelmässigen Hilfebedarf bei der Haushalterledigung erforderten, obwohl er zuvor festgehalten habe, die übrigen Testergebnisse nicht verwertet haben zu können. Die Angaben bei der Beschreibung bzw. Interpretation der Berichte von früheren Behandlern stimmten leider nicht, denn gemäss den Familienangehörigen und zahlreichen ärztlichen Berichten hätten von Anfang an diverse Beeinträchtigungen bestanden. Diese Symptome könne er (Oberarzt K. ___) bestätigen. Der psychiatrische Befund sei im Gutachten nicht vorhanden und die wichtigsten psychiatrischen Bereiche seien nicht aktiv exploriert worden. - Ergänzend reichte die Rechtsvertreterin am 8. April 2019 (IV-act. 207-1 f.) eine Stellungnahme der

Klinik für Neurologie am Universitätsspital Zürich vom 16. März 2019 (IV-act. 207-3) ein. Die dortige Abklärung sei zum Schluss gekommen, dass die festgestellten Defizite mit der Diagnose übereinstimmten. Eine zusätzliche Überlagerung sei, soweit vorhanden, bewusstseinsfern. Im April und Mai 2019 seien weitere Abklärungen vorgesehen. Die bisherige Therapie bei K.____ sei intensiviert worden. Seit der Penicillin-Therapie leide der Versicherte vermehrt an Schmerzen. - In der erwähnten Stellungnahme vom 16. März 2019 zum neuropsychologischen Gutachten war festgehalten worden, bei der im März 2018 an der Klinik für Neurologie am Universitätsspital Zürich durchgeführten neuropsychologischen Begutachtung hätten sich deutliche Einschränkungen, aber keine Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Täuschung gezeigt, wie es im Gutachten von dipl. psych. I.____ suggeriert werde. Eine Verlaufskontrolle im Haus sei geplant. Ausserdem sei eine Polysomnographie geplant. Der Versicherte habe sich auch psychisch schwer belastet gezeigt, es sei eine weitere psychiatrische Abklärung dringend erforderlich. - Am 8. Mai 2019 (IV-act. 212) reichte die Rechtsvertreterin des Versicherten einen Bericht des Universitätsspitals Zürich über eine neuropsychologische Untersuchung vom 17. April 2019 (IV-act. 212-2 ff.) ein. Darin werde ausdrücklich festgehalten, dass der Versicherte unter diesem Gesichtspunkt voll arbeitsunfähig sei. - Im betreffenden Bericht der Klinik für Neurologie am Universitätsspital Zürich (Neuropsychologin M.____, nicht in der Liste IV-act. 128) war festgehalten worden, aufgrund einer motorischen Beeinträchtigung, des Doppelbildsehens sowie einer reduzierten Belastbarkeit und schnellen Erschöpfung sei der Versicherte aus neuropsychologischer Sicht voll arbeitsunfähig. Die Einschätzung erfolge nicht im Rahmen einer Begutachtung, es wäre eine psychiatrische Beurteilung wichtig. Gegen die Abweisung eines Hilflosenentschädigungsanspruchs hatte die Rechtsvertreterin am 22. März 2019 (IV-act. 205) vorgebracht, trotz erstmaliger Anmeldung sei lediglich eine telefonische Abklärung gemacht worden. Inzwischen seien ausserdem schon zweieinhalb Jahre vergangen. Mit dem Einwand vom 5. Februar 2018 habe keine Auseinandersetzung stattgefunden. Es seien weitere Abklärungen erforderlich. Ob das Universitätsspital Zürich auch die lebenspraktische Begleitung und die indirekte Dritthilfe berücksichtigt habe, sei unklar. Der Gutachter der Neuropsychologie (dipl. psych. I.____) habe per Mail festgehalten, zur Hilflosigkeit keine Einschätzung abzugeben, sondern nur die Antworten des Versicherten protokollieren zu können. - Am 25. April 2019 (IV-act. 208) hatte die Rechtsvertreterin des Versicherten den Einwand ergänzt und erklärt, die Situation habe sich seit der telefonischen Abklärung erheblich verändert. Ausserdem seien die Angaben im Abklärungsbericht nicht korrekt wiedergegeben gewesen. Der Versicherte benötige Hilfe beim An-/Auskleiden (direkt und indirekt), beim Aufstehen/Absitzen/Abliegen und Essen (je indirekt), bei der Körperpflege und der Fortbewegung. Er bedürfe ausserdem der Überwachung und der Pflege sowie der lebenspraktischen Begleitung. Mit Verfügung vom 2. Mai 2019 (IV-act. 209) hatte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch um eine Hilflosenentschädigung abgewiesen. Sie könne sich nicht ausschliesslich auf die subjektiven Auskünfte des Versicherten abstützen, der sich in fast allen Alltagsverrichtungen als hilflos betrachte. In sämtlichen massgebenden medizinischen Berichten fänden sich keine Hinweise auf eine relevante Einschränkung, die eine Hilflosigkeit medizinisch begründen könnte. Der RAD stellte sich am 15. Mai 2019 (IV-act. 213) auf den Standpunkt, die Einwendungen im Schreiben der Psychiatrischen Dienste des Kantons L.____ vom März 2019 seien teilweise sprachlich und inhaltlich nicht zu verstehen und sie seien persönlich gehalten und insofern nicht akzeptabel. Aus dem Schreiben der Neurologie vom 17. April 2019 ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte zur

Leistungsfähigkeit oder einer allfälligen Veränderung im Zeitverlauf. Mit Verfügung vom 17. Mai 2019 (IV-act. 214) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Rentenanspruch des Versicherten ab (Invaliditätsgrad null). Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Gegen die Verfügung vom 2. Mai 2019 betreffend Hilflosenentschädigung richtet sich die von Rechtsanwältin lic. iur. Irja Zuber, Procap Schweiz, für den Betroffenen am 6. Juni 2019 erhobene Beschwerde (IV 2019/152). Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung aufzuheben und diesem eine Hilflosenentschädigung zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dem Beschwerdeführer sei zudem die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin. Die medizinische Aktenlage sei komplex und kontrovers. Der Beschwerdeführer zweifle das PMEDA-Gutachten und das neuropsychologische Ersatzgutachten an. Das Erstere sei als Ganzes widersprüchlich und mit Zweifeln behaftet; es scheine nicht schlüssig. Es werde festgehalten, der Beschwerdeführer sei vollumfänglich arbeitsfähig, aber auch, eine abschliessende - auch retrospektive - Bewertung sollte im Anschluss an die empfohlene stationäre Diagnostik erfolgen. In der neurologischen Beurteilung heisse es, es sei in einer geistig einfachen und körperlich leichten Tätigkeit eine Teilzeitarbeitsfähigkeit zu diskutieren, da der Beschwerdeführer eine zumindest partiell erhalten gebliebene Alltagsselbstständigkeit, Selbstversorgung und Aktivität beschreibe. Das Gutachten habe sich auch kaum mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. Dr. H. ___ habe die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts unterstrichen, der in der Folge in die Wege geleitet worden sei, er habe auf den Bericht der Klinik B. ___ hingewiesen und dafürgehalten, dort sei das Störungsbild bestätigt worden. Die PMEDA sei nicht in der Lage gewesen, die neurologische Diagnose zu prüfen bzw. zu bestätigen, und auch nicht, sie zu widerlegen, und habe auf die Notwendigkeit des stationären Aufenthalts verwiesen. Die Diagnose der Neurolues im Tertiärstadium sei aber mehrfach gestellt worden. Im Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 14. Februar 2019 sei bezüglich der Klinik nachzulesen, dass der Beschwerdeführer an Wesensänderung, neuropsychologischen Defiziten, Müdigkeit, Kopfschmerzen usw. leide. Im Austrittsbericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 8. Januar 2016 seien leichte bis schwere Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers in multiplen Bereichen beschrieben worden. Ausserdem lägen mindestens zwei Berichte von umfassenden Abklärungen am Universitätsspital Zürich vor. Das Universitätsspital Zürich sei zum Schluss gelangt, die festgestellten Defizite stimmten mit der Diagnose überein. Der Gutachter der Neuropsychologie (dipl. psych. I. ___) komme dagegen zum Schluss, es sei ihm nicht möglich, eine valide neuropsychologische Diagnose zu stellen. Die Beschwerdegegnerin leite daraus ab, dass keine Einschränkungen vorhanden seien. Im Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 17. April 2019 werde eine bewusstseinsnahe Täuschung ausgeschlossen, da sie in der Wiederholung der Tests kaum zu einem genügenden Resultat geführt hätte, nachdem der erste Test deutlich ungenügend gewesen sei. Auch die erste neuropsychologische Abklärung am Kantonsspital St. Gallen habe erhebliche Einschränkungen bestätigt. Die Einschätzung des Gutachters der Neuropsychologie (dipl. psych. I. ___) sei schon aus formalen Gründen nicht überzeugend, setze sie sich doch nicht mit den Berichten des Universitätsspitals Zürich und des Kantonsspitals St. Gallen auseinander, sondern zitiere einzig das ungenügende PMEDA-Gutachten. In den Akten werde mehrfach festgehalten, der psychische Zustand des Beschwerdeführers sei auffällig.

Er befinde sich in therapeutischer Behandlung. Die Stellungnahme des RAD-Arztes - unklar in welcher medizinischen Disziplin ausgebildet - enthalte keine inhaltliche Prüfung der Berichte und sei daher unbeachtlich. Es könne auf die umfassenden Berichte des Universitätsspital Zürich abgestellt werden. Der Gutachter der Neuropsychologie (dipl. psych. I.____) dagegen schein die zweifelsfreie Feststellung der Diagnose einer Neuroloues im Tertiärstadium nicht bemerkt zu haben. Seine Einschätzung lasse auch offen, ob die Verzerrung eine bewusstseinsnahe oder -ferne sei. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer massive neuropsychologische Defizite aufweise. Der Abklärungsbericht sei bereits zweieinhalb Jahre alt und aus formellen Gründen nicht rechtsgenügend. Die Angaben seien einerseits nicht korrekt wiedergegeben worden und andererseits habe sich die Situation seither erheblich verändert. Im Einzelnen müssten die Kleider für den Beschwerdeführer ausgesucht und diesbezügliche Anweisungen müssten kontrolliert werden. Nachts stehe er häufig auf, gehe umher und gehe nicht von allein wieder zu Bett. Beim Essen müsse er wegen der schlimmer gewordenen Schluckprobleme mit Gefahr der Erstickung angewiesen werden, lediglich kleine Stücke in den Mund zu nehmen. Er benötige auch Hilfe bei Rasur und Nagelpflege sowie beim Duschen. Zu allen Terminen ausser Hauses müsse er begleitet werden. Dort gerate er in Panik und nehme Gefahren nicht wahr. Er könne nicht allein gelassen werden. Auch in der Wohnung werde er unruhig und unsicher, wenn er allein sei. Er beschädige etwa Gegenstände, weil er sie "reparieren" wolle. Die Ehefrau stelle ihm die Medikamente bereit und überwache deren Einnahme. Der Beschwerdeführer benötige Begleitung zur Ermöglichung des selbständigen Wohnens wie bei ausserhäuslichen Verrichtungen und zur Vermeidung dauernder Isolation. Gegen die Verfügung vom 17. Mai 2019 richtet sich die von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers erhobene Beschwerde vom 19. Juni 2019 (IV 2019/163) mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei ein gerichtliches Obergutachten einzuholen oder die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dem Beschwerdeführer sei zudem die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin. Die Beschwerdegegnerin habe anerkannt, dass der (sc. PMEDA-) Gutachter der Neuropsychologie den Anforderungen an eine Gutachtensperson nicht genügt habe und habe das Gutachten vom 21. Dezember 2018 veranlasst. Darin werde festgehalten, eine Gesamteinschätzung der Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich und valide Aussagen könnten nicht gemacht werden. Gleichzeitig werde aber auch erklärt, aus neuropsychologischer Sicht lägen keine relevanten kognitiven oder psychischen Einschränkungen vor. Die durchgeführten Tests hätten aber mehrere mittelschwere und schwere Beeinträchtigungen gezeigt. Der Gutachter habe jedoch auf ein suboptimales Antwortverhalten des Beschwerdeführers geschlossen, weil es bei der Beschwerdevalidierung zu Auffälligkeiten gekommen sei. Das PMEDA-Gutachten schein nicht schlüssig. Dr. H.____ halte das psychiatrische Gutachten für "dünn". Das neurologische PMEDA-Gutachten sei mehrfach widerlegt, so weit es überhaupt eine Einschätzung abgegeben habe. Das Universitätsspital Zürich habe mehrfach eine volle Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers attestiert. Gemäss dem Universitätsspital Zürich bestünden eine deutlich verlangsamte Verarbeitungsgeschwindigkeit, eine schwere Lernstörung, eine mittelgradig reduzierte verbale Merkfähigkeit und ein leicht reduziertes verbales Arbeitsgedächtnis. Die PMEDA-Gutachter hätten selbst festgehalten, sie seien nicht in der Lage, eine Einschätzung abzugeben. Für die Beurteilung würden sie einen

stationären Aufenthalt als entscheidend erachten. Dass die Beschwerdegegnerin danach einzig Mängel des neuropsychologischen (sc. PMEDA-) Gutachtens erkannt habe, sei nicht nachvollziehbar. Da jedoch umfassende Berichte des Universitätsspitals Zürich vorhanden seien, könne auf diese abgestellt werden. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer massive neuropsychologische Defizite aufweise, die zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit führten, wie es die Gutachter der Neurologie und der Neuropsychologie am Universitätsspital Zürich bestätigten. Der Eventualantrag auf ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten erfolge, weil die Beschwerdegegnerin jegliches Interesse an einer neutralen, unvoreingenommenen Abklärung vermissen lasse. Das Valideneinkommen sei anhand eines Durchschnittswerts der Löhne aus den fünf Jahren vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gemäss IK-Auszug festzulegen, die zwischen Fr. 66'660.-- und Fr. 72'402.-- gelegen hätten. Sollte wider Erwarten von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden, müsse geprüft werden, ob die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbar sei. Der Beschwerdeführer habe Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Juli 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde IV 2019/152. Das PMEDA-Gutachten habe die Diagnose der Neurolues und ihre Auswirkungen gewürdigt; mögliche kognitive Einschränkungen seien nicht ersichtlich. Auch der Psychiater habe solche Defizite nicht feststellen können. Am Universitätsspital Zürich habe keine Beschwerdevalidierung stattgefunden und eine solche habe auch bei der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung nicht abschliessend durchgeführt werden können. Deshalb habe eine Aggravation nicht ausgeschlossen werden können. Schon deswegen komme den Untersuchungen am Universitätsspital Zürich weniger Beweiskraft zu. Kognitive Einschränkungen, die den Beschwerdeführer im Alltag bei den Lebensverrichtungen behindern könnten, seien somit nicht ausgewiesen. Eine Vorortabklärung erübrige sich daher in antizipierender Beweiswürdigung, denn jegliche geltend gemachte Einschränkung besäße kein Fundament. Die separate neuropsychologische Begutachtung habe zudem aggravatorisches Verhalten des Beschwerdeführers gezeigt, weshalb auf seine Ausführungen zu seinen Einschränkungen nicht abgestellt werden könne. Eine Veränderung oder Verschlechterung könne der Beschwerdeführer nicht ausweisen. Wesentliche Ungereimtheiten hätten im PMEDA- und im neuropsychologischen Gutachten nicht gefunden werden können. Der Beschwerdeführer bringe auch keine objektiven Gesichtspunkte vor, welche die Gutachter nicht berücksichtigt hätten. - In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. August 2019 beantragt sie (mit gleicher Begründung) die Abweisung der Beschwerde IV 2019/163. Am 14. August 2019 ist den Gesuchen um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) in den beiden Beschwerdeverfahren IV 2019/152 und IV 2019/163 entsprochen worden. Mit Replik vom 21. Oktober 2019 im Beschwerdeverfahren IV 2019/152 bringt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vor, die Beschwerdegegnerin sei den Anforderungen der Untersuchungspflicht, nämlich so lange abzuklären, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit bestehe, nicht nachgekommen. Gemäss dem Schreiben des Universitätsspitals Zürich vom 18. September 2019 seien die Inkonsistenzen am ehesten im Rahmen der psychischen Erkrankung zu werten und weniger auf eine bewusste Aggravationstendenz zurückzuführen. Mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteil vom 11. Januar 2019, 9C_658/2018 E. 4.1) könne vorliegend nicht von einer Aggravation ausgegangen werden, insbesondere, weil die

Inkonsistenzen mit dem Beschwerdebild übereinstimmten. Selbst im andern Fall genüge die Annahme der Beschwerdegegnerin nicht, von einer Aggravation auszugehen. Zudem würden die Verfahren und Ungereimtheiten rund um das Gutachtensinstitut es gebieten, das Gutachten mit erhöhter Aufmerksamkeit zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin habe den Anforderungen an eine Abklärung nicht Rechnung getragen. - Mit Replik vom gleichen Tag im Beschwerdeverfahren IV 2019/163 macht die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers geltend, indem die Beschwerdegegnerin dem PMEDA-Gutachten Beweiswert zumesse, lasse sie ausser Acht, dass dieses selber zu keinem Schluss betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers komme. Vielmehr erachteten die Gutachter eine stationäre Abklärung bzw. Diagnostik als unumgänglich. Mit dieser zentralen Kritik habe sich die Beschwerdegegnerin weder im Einwand- noch im Beschwerdeverfahren auseinandergesetzt. Sie ignoriere ausserdem die seit dem Gutachten aus dem Jahr 2017 erhobenen neuen medizinischen Erkenntnisse und entsprechende Kritik. Der Annahme der Beschwerdegegnerin, dass die neuropsychologischen Abklärungen am Universitätsspital Zürich ohne Beschwerdevalidierung erfolgt seien, widerspreche das Spital im Schreiben vom 18. September 2019. Zudem sei der Beschwerdegegnerin auch entgegenzuhalten, dass der behandelnde Ergotherapeut klar eine Verschlechterung festgestellt habe. Bei der Neurolues handle es sich denn auch um eine fortschreitende Erkrankung, die schliesslich zum Tod führe. Es bestehe Anspruch auf eine ganze Rente. - In dem beigelegten Bericht vom 18. September 2019 (IV 2019/152 act. G 10.2; IV 2019/163 act. G 8.2) hatte die Klinik für Neurologie am Universitätsspital Zürich erklärt, in der neuropsychologischen Abklärung hätten sich schwere funktions- und modalitätsübergreifende Defizite gezeigt, die mit der Grunderkrankung vereinbar und im Vergleich zu den Voruntersuchungen stabil seien. Auch wenn eine Aggravationstendenz nicht auszuschliessen sei, gehe man bei stabilem Leistungsprofil und konsistenter Anamnese seit Behandlungsbeginn von einer validen neuropsychologischen Untersuchung aus. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der kognitiven und psychiatrischen Einschränkungen zurzeit nicht vorhanden. Zur Abschätzung der weiteren Prognose und Beurteilung der möglichen Aggravationstendenz des Beschwerdeführers sei die Durchführung eines psychiatrischen Gutachtens zu empfehlen. - Der Ergotherapeut hatte (am 21. Oktober 2019, Replik S. 3) angegeben, der Beschwerdeführer sei in der Therapie von Anfang an stark eingeschränkt gewesen. Zunächst sei es noch möglich gewesen, für ca. 15 bis 20 Minuten eine leichte Tätigkeit in der Werkstatt auszuüben, derzeit sei ihm nicht möglich, in der Werkstatt überhaupt etwas zu beginnen. Der Beschwerdeführer sei desorientiert und hilflos den Anforderungen seiner Umgebung ausgeliefert. Die Beschwerdegegnerin hat von der ihr am 30. Oktober 2019 gebotenen Möglichkeit, zu den Repliken in Sachen IV 2019/152 und IV 2019/163 Stellung zu nehmen, keinen Gebrauch gemacht. Erwägungen Der Beschwerdeführer hat zwei Beschwerden gegen Verfügungen der Beschwerdegegnerin erhoben, welchen Rechtsfragen mit Würdigung eines weitreichend gemeinsamen medizinischen Sachverhalts zugrunde liegen, so dass es sich rechtfertigt, die Beschwerden in einem einzigen Urteil zu erledigen. Mit der im Verfahren IV 2019/163 (E. 2 bis 7) angefochtenen Verfügung vom 17. Mai 2019 hat die Beschwerdegegnerin einen am 21./29. März 2016 gestellten Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen. Berufliche Massnahmen hatte sie zuvor letztmals am 14. Juli 2017 wegen subjektiver Eingliederungsunfähigkeit abgelehnt. Der Beschwerdeführer lässt in der Beschwerde materiell einzig die Zusprache von Rentenleistungen beantragen. Ergäbe sich, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein solcher (Renten-) Anspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand

notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe. 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. 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). - Nach der jüngeren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f.; vom 30. November 2017) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) zu unterziehen. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind 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 Februar 2017 (vgl. IV-act. 97) bei den PMEDA polydisziplinär begutachtet worden, und zwar internistisch am 1. Februar, neurologisch am 6. Februar und psychiatrisch am 1. Februar 2017. Die neuropsychologische Exploration und Testung durch mag. rer. nat. N.____, der nicht im Register gemäss IV-act. 128 (vgl. auch <https://www.psychologie.ch/fsp-register>) aufgeführt ist, erfolgte am 8. Februar 2017. Bei der internistischen Begutachtung im Einzelnen beklagte der Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten Taubheitsgefühle im Bereich beider Beine, die vor allem nachts und seit einem bis zwei Jahren bestünden, ausserdem Schwitzen und damit verbundene Schlafstörungen und Schwäche, Schmerzen im Bereich der Oberschenkel und immer wieder auftretende Nackenschmerzen, leichte, den Gang beeinflussende Gleichgewichtsstörungen, Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen (häufig Fehler bei der Handhabung von einfachen Rechnungen und Bankunterlagen), fast täglich auftretende Kopfschmerzen und depressive Stimmungslage, zeitweise Doppelbildsehen, Mundtrockenheit und diffuse Schluckbeschwerden mit häufigem Verschlucken, weniger gutes Sehen als früher und eine Belastungsdyspnoe aufgrund einer unklaren Lungenerkrankung. Ab und zu sei er in Ruhe nahezu beschwerdefrei (vgl. IV-act. 97-10 f.). Er mache jeden Tag kurze Spaziergänge, könne jedoch wegen seiner reduzierten Leistungsfähigkeit andere sportliche Betätigungen nicht ausüben. Er sehe tagsüber ab und zu nach den Kindern und verrichte kleine Arbeiten im Haushalt; dabei ermüde er jedoch sehr schnell und müsse dann immer wieder schlafen. Im Haushalt und bei administrativen Dingen erhalte er Hilfe von seiner Ehefrau (vgl. IV-act. 97-12). - Nach der Erhebung des internistischen Befundes samt Zusatzdiagnostik (EKG, Labor, Spirometrie) erklärte der Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin, für schwere körperliche Arbeiten sei der Beschwerdeführer bis zur vollständigen Klärung der Ursache und Einleitung einer Therapie wegen der pulmonalen Einschränkungen voll arbeitsunfähig, für mittelschwere und leichte Arbeiten dagegen nicht arbeitsunfähig (vgl. IV-act. 97-15 f.). Bei der neurologischen Begutachtung gab der Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten an, seit etwa einem Jahr rezidivierend ca. zwei- bis dreimal täglich für etwa eine Minute auftretend nebeneinanderstehende Doppelbilder zu sehen, ohne dass damit

assoziierte Symptome auftraten. Schluckstörungen habe er seit einer Antibiotikatherapie im Jahr 2015. Er könne grössere Essensstücke nicht mehr schlucken und müsse jeweils lange kauen, bis er das Essen - er könne grundsätzlich alle Nahrungsmittel zu sich nehmen - hinunterschlucken könne. Ausserdem habe er einen permanenten Hustenreiz, einen trockenen Mund und trockene Augen, Atemschwierigkeiten, auch in Ruhe, sowie teilweise auch in Ruhe und verstärkt nachts Schweissausbrüche betreffend vor allem die obere Körperhälfte, derentwegen er etwa zwei- bis dreimal pro Nacht erwache. Ab und zu für jeweils etwa vier bis zehn Minuten habe er ein Taubheitsgefühl der Füsse beidseits. Er leide oft an Müdigkeit und seit etwa eineinhalb Jahren an holozephalen Kopfschmerzen ohne regelhaft damit assoziierte Beschwerden, die nach Einnahme von Paracetamol 500 mg in der Regel besserten. Velofahren könne er wegen Konzentrationsproblemen seit mehr als einem Jahr nicht mehr (vgl. IV-act. 97-16 ff.). Der Beschwerdeführer erklärte, anfallende Haushaltstätigkeiten würden überwiegend von der Ehefrau erledigt, in der Regel helfe er nicht viel. Wenn er es tue, beginne er oft zu schwitzen und breche ab. Er mache etwa ein- bis zweimal täglich Spaziergänge, könne jedoch nicht mehr (wie früher gern getan) Velofahren. Auto fahre er seit der Einnahme von Cymbalta nicht mehr (vgl. IV-act. 97-18).

- Der Gutachter der Neurologie erhob den Befund (vgl. IV-act. 97-19 bis -22) und erklärte, es seien lichtstarre, aber nicht erweiterte Pupillen aufgefallen und weitere neurologische Symptome beschrieben worden. Diese Symptome seien im Rahmen der Neurolues, deren klinisches Bild sehr variabel sein könne, plausibel, teilweise dafür charakteristisch (Pupillenstarre). Auch die Laborbefunde seien mit einer Seronarbe (serologischer Nachweis von Antikörpern im Blut, die eine abgelaufene, frühere oder alte Infektion beweisen) nach Lues vereinbar. Die Kopfschmerzen seien im Rahmen einer Neurolues zu verstehen, könnten aber bei fortgesetztem täglichem Analgetikakonsum ebenso gut auch analgetikainduziert sein. Sie begründeten keine Arbeitsunfähigkeit, ebenso wenig tue das die Hemihypästhesie links. Die episodisch auftretenden Doppelbilder seien ohne objektives Befundkorrelat, weshalb die Signifikanz fraglich bleibe. Lanzinierende Schmerzen würden nicht geschildert, einluetisches spinales Syndrom sei nicht evident. Die erfolgte Antibiose und der aktenkundige Verlaufsbefund einer Normalisierung der (schon initial geringen) Liquorpleozytose sprächen für eine suffiziente Therapie. Bildmorphologische Belege einer fortschreitenden quartären Lues (Lues IV, Neurolues) fehlten. Es seien keine namhaften kognitiven Störungen aufgefallen. Gravierende neuropsychologische Störungen seien bei der klinischen neurologischen Untersuchung nicht evident gewesen, allenfalls eine leichtgradige Beeinträchtigung (zeitliche Orientierung, Mnestic). Zusammenfassend sei somit zumindest in einer geistig einfachen und körperlich leichten Tätigkeit eine Teilarbeitsfähigkeit zu diskutieren, zumal der Beschwerdeführer eine zumindest partiell erhalten gebliebene Alltagsselbständigkeit, Selbstversorgung und Aktivität beschreibe (vgl. IV-act. 97-22 f.). Bei der psychiatrischen Begutachtung beklagte der Beschwerdeführer wiederum Mundtrockenheit, Schluckprobleme, bei Einnahme von Antibiotika u.a. Schwitzen. Das Konzentrationsvermögen sei vermindert und er vergesse fast alles und verwechsle viele Dinge. Er müsse deshalb immer seine Ehefrau dabei haben. Zeitweise bestehe ausserdem ein Taubheitsgefühl der Beine. Er sei nicht belastbar und ermüde sehr schnell, Antrieb und Energie seien vermindert. Häufig habe er das Gefühl, nicht genug Luft zu bekommen. Er bemerke Zukunfts- und Gesundheitsängste, assoziiert leide er an innerer Unruhe. Er sei empfindlich und reizbar (vgl. IV-act. 97-23 f.). Er berichtete auch, dass er seit vier oder fünf Jahren eine verstärkte Müdigkeit empfinde, es vor zwei Jahren zunehmend zu Fehlern am Arbeitsplatz gekommen sei und im Rahmen einer Weiterbildung

konzentrierte Defizite bemerkt worden seien. Nach der Behandlung der entdeckten Erkrankung sei es ihm zunächst besser gegangen, dann aber sukzessiv immer schlechter und es seien eine Schluckstörung und andere psychische Probleme aufgetreten (vgl. IV-act. 97-24). - Der Gutachter der Psychiatrie erhob den psychiatrischen Befund nach AMDP und erklärte, namhafte Beeinträchtigungen seien dabei nicht zu objektivieren gewesen, insbesondere seien Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit ungestört gewesen, so dass keine affektive Erkrankung zu diagnostizieren sei. Es lägen auch weder eine Angst- oder eine Zwangserkrankung noch eine Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung oder Traumafolgestörung vor. Die für eine Neuroleues typischen affektiven Veränderungen lägen nicht vor, insbesondere seien auch keine namhaften kognitiven Beeinträchtigungen deutlich geworden. Der Beschwerdeführer sei dem Explorationsgespräch wach, alert und ohne Ermüdung oder Leistungsabfall gefolgt und habe dabei geistig wendig und umstellfähig imponiert. Er sei problemlos in der Lage gewesen, anamnestiche und biografische Details aus dem Gedächtnis zu reproduzieren. Auch weitere typische Symptome wie eine konsistente Beeinträchtigung der Orientierung, der Wachheit, der Aufmerksamkeit oder der Affektivität lägen nicht vor. Aktenkundig sei zwar ein von der Rehaklinik B. ___ im März 2016 geäußertes Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsveränderung (mit Antriebs- und Belastungsminderung, Symptomen von Depression und Angst und einem mittelschweren kognitiven Defizit). Eine entsprechende Symptomatik sei aber gemäss dem weitgehend unbeeinträchtigten AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund nicht - zumindest nicht mehr - ausgewiesen. Allenfalls sei von einer abgelaufenen depressiven Episode auszugehen; insofern sei zumindest ein ausreichender Behandlungserfolg anzunehmen. Namhafte kognitive Beeinträchtigungen lägen nach klinischem Eindruck ebenfalls nicht vor (vgl. IV-act. 97-28 f.). Fehlhandlungen mit Schadensfolgen seien nicht vorgetragen worden (vgl. IV-act. 97-24). Die typische Symptomatik einer progressiven Paralyse oder eines Tabes dorsalis sei auch aktenkundig nicht belegt (vgl. IV-act. 97-29). Bei der neuropsychologischen Begutachtung beschrieb der Beschwerdeführer eine erhöhte Ermüdbarkeit (seit 2013) und Konzentrationsschwäche, Schluckbeschwerden sowie Schmerzen im Nackenbereich und in den Oberschenkeln. Seit der Einnahme eines Antibiotikums nach der erhobenen Diagnose hätten sich die Blutwerte verbessert, die kognitive Leistungsfähigkeit bleibe jedoch unverändert schlecht. Es bestehe ein verminderter Visus ("neblig"), intermittierend träten Doppelbilder auf und in beiden Füßen bestehe eine Sensibilitätsstörung. Der Schlaf sei gestört, die Stimmung sei gebessert, aber nicht gut (vgl. IV-act. 97-29 f.). - Der als Gutachter der Neuropsychologie amtierende Fachmann erhob ebenfalls den psychischen Befund nach AMDP und führte ausserdem testpsychologische Erhebungen durch (vgl. IV-act. 97-31 bis -35). Er hielt fest, der klinische Befund sei ohne Anhaltspunkt für eine kognitive Beeinträchtigung gewesen. Die testpsychologische Erhebung habe formal unterdurchschnittliche Leistungen betreffend Aufmerksamkeit und Konzentration, logisches Denken und kurz- und längerfristige Behaltensleistung visueller Stimuli erbracht (vgl. IV-act. 97-36). In der Symptomvalidierung seien sichere Zeichen eines bewusstseinsnahen verfälschenden Antwortverfahrens aufgetreten (vgl. IV-act. 97-35). Neuropsychologische Testungen seien weitgehend von der Mitarbeitsbereitschaft der Testperson abhängig. Eine das Testergebnis verfälschende, bewusste oder vorbewusste Motivation müsse bei der Testung und der Ergebnisinterpretation stets mitgeprüft werden. Die Anzahl richtiger Antworten des Beschwerdeführers im TOMM (Test of Memory Malinger) wäre nur mit einer schwersten zerebralen Schädigung und ständiger Pflegebedürftigkeit vereinbar, was in

krassem Widerspruch zum klinischen Eindruck stehe (vgl. IV-act. 97-36). In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung des Gutachtens der PMEDA vom 18. April 2017 (vgl. IV-act. 97-38 ff.) wurde dargelegt, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten und in jeglicher vergleichbaren, zumindest aber in einer anderen, körperlich leichten und geistig einfachen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hinreichend belegt vermindert zu betrachten. Es bestünden erhebliche Inkonsistenzen/Widersprüche (vgl. IV-act. 97-38). Die bei der Begutachtung erhobenen objektiven Befunde würden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sprechen. Die anamnestisch aufscheinende erhalten gebliebene Selbständigkeit und Aktivität sowie die Beschwellungszeichen an Händen und Füßen, die als Hinweis auf eine rege physische Aktivität gelten dürften, seien mit der Einschätzung der Gutachter vereinbar (vgl. IV-act. 97-43). Die erhobenen objektiven Befunde seien mit einer Selbständigkeit, Selbstversorgung, sozialen Integration und Aktivität vereinbar; die Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit seien somit gegeben (vgl. IV-act. 97-43). Die erfolgte Symptomvalidierung belege eine deutliche Antwortverzerrung im Sinn einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung einer kognitiven Störung (vgl. IV-act. 97-43). Für die reklamierte kognitive Beeinträchtigung habe sich kein konsistentes klinisches Korrelat gefunden. Die Symptomvalidierung des neuropsychologischen Gutachtens belege ein erhebliches verfälschendes Antwortverhalten, so dass die formal auffälligen Leistungstests - auch die ohne Symptomvalidierung durchgeführten aktenkundigen Voruntersuchungen - nicht von einem Artefakt im Sinn einer bewusstseinsnahen Verfälschung getrennt werden könnten. Die aktenkundige Annahme kognitiver Störungen auf dem Boden einer Neurolues sei also (sc. lediglich) allenfalls als möglich einzustufen. Die entsprechende Bewertung sei ausserdem vor allem auf dem Boden des subjektiven Beschwerdevortrags erstellt worden. Der Labornachweis einer stattgehabten Luesinfektion und einer leichten Liquorzellzahlvermehrung sei zwar als Beleg einer entsprechenden Erkrankung zu betrachten, aber nicht einfach mit einem residuellen oder gar progredienten Krankheitsbild gleichzusetzen. Nach antibiotischer Therapie sei von einem normalisierten Liquorbefund berichtet worden und die encephale Bildgebung sei ohne namhafte Auffälligkeit - vor allem ohne Anhaltspunkt für eine progrediente encephale Schädigung - gewesen. Die bei der Begutachtung erhobenen klinischen Befunde seien kein konsistentes Korrelat für die reklamierten Beschwerden (vgl. IV-act. 97-44 f.). Um (sc. dennoch) mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit eine invalidisierende Gesundheitsstörung zu attestieren, bedürfe es aus der Sicht der Gutachter zumindest einer erweiterten stationären Diagnostik (nochmalige Bildgebung der gesamten Neuroachse; Liquor-Verlaufsuntersuchung und klinische Verhaltensbeobachtung, Wiederholung des EEGs, weitere Labordiagnostik: vgl. IV-act. 97-45). Dass die aktenkundigen anderslautenden Einschätzungen überwiegend wahrscheinlich seien, könnten die Gutachter - zumindest noch - nicht erkennen (vgl. IV-act. 97-45). Die gutachterliche Bewertung weiche deutlich von den aktenkundigen (sc. Vor-) Einschätzungen ab, "überschreibe" diese jedoch nicht, sondern repräsentiere lediglich eine abweichende Einzelmeinung. Es stehe im Ermessen des Auftraggebers (und seines ärztlichen Dienstes), eine hiervon unabhängige Abwägung vorzunehmen, zumal die Rechtsprechung darauf hindeute, dass (sc. einem Gutachten) vorangehenden medizinischen Einschätzungen in der nicht-medizinischen Bewertung ein eigenständiger Beweiswert zukommen könne, der nicht der Wertigkeit von Vorberichten in der Schulmedizin gleichzusetzen sei (vgl. IV-act. 97-45). Eine abschliessende - auch retrospektive -

Bewertung sollte im Anschluss an die empfohlene stationäre Diagnostik erfolgen (vgl. IV-act. 97-45). Bei der Würdigung dieser Angaben im Gutachten fällt im neurologischen Teil ein gewisser Unterschied zwischen den erhobenen und beschriebenen Befunden, von denen die wesentlichen als nicht objektivierbar bzw. nicht namhaft (kein Befundkorrelat für Doppelbildersehen, nicht aufgefallene kognitive Störungen, keine bildmorphologischen Belege für fortschreitende quartäre Lues) oder als die Arbeitsfähigkeit nicht mindernd (Kopfschmerzen, Hemihypästhesie) beschrieben wurden (vgl. IV-act. 97-22 f.), und der abschliessenden, zurückhaltenden Arbeitsfähigkeitsschätzung auf. Bei Letzterer hat der Gutachter der Neurologie dargelegt, es sei zumindest in einer geistig einfachen und körperlich leichten Tätigkeit eine Teilarbeitsfähigkeit zu diskutieren, zumal der Beschwerdeführer eine zumindest partiell erhalten gebliebene Alltagsselbständigkeit, Selbstversorgung und Aktivität beschreibe (IV-act. 97-23). Die qualitativen Elemente haben gemäss dem Gutachten in der interdisziplinären Begutachtung einen Konsens gefunden, die zur Diskussion gestellten quantitativen nicht (vgl. IV-act. 97-44). Betreffend die allgemein geäusserte Zurückhaltung bei der gutachterlichen Beurteilung wird auf das unten (bei E. 5.7, vgl. E. 5.6) Dargelegte hingewiesen. Was des Weiteren die neuropsychologischen Beeinträchtigungen im Einzelnen betrifft, wurde bei der diesbezüglichen PMEDA-Begutachtung lediglich ein erhöhter Rededrang des Beschwerdeführers festgestellt. Der Beschwerdeführer sei durchgehend wach und im Verlauf nicht ermüdend gewesen (vgl. IV-act. 97-30 f.). Das Instruktionsverständnis für die testpsychologischen Erhebungen und die geistige Umstellungsfähigkeit seien ausreichend vorhanden gewesen. Es hätten sich keine Ermüdungserscheinungen gezeigt und Pausen seien nicht reklamiert worden (vgl. IV-act. 97-32). Schliesslich hielt der für die PMEDA begutachtende Fachmann fest, klinisch habe sich kein Anhaltspunkt für eine kognitive Beeinträchtigung des Beschwerdeführers gezeigt (vgl. IV-act. 97-36). Eine solche Feststellung lässt sich mit den weiteren Gutachtensteilen stützen. So legte der Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin dar, der Beschwerdeführer sei während der Anamneseerhebung und der körperlichen Untersuchung durchgehend wach, orientiert und kognitiv unauffällig gewesen. Störungen des Sprechens oder der Sprache hätten nicht bestanden. Aufmerksamkeit und Gedächtnis hätten unauffällig gewirkt. Merkfähigkeitsstörungen hätten nicht bestanden, ebenso wenig formale oder inhaltliche Denkstörungen (vgl. IV-act. 97-13). Der Gutachter der Neurologie hielt u.a. fest, der Beschwerdeführer sei dem Gespräch konzentriert und aufmerksam gefolgt, habe Fragen klar und präzise beantwortet und sei nicht ablenkbar gewesen. Er sei während der Untersuchung durchgehend alert gewesen, ohne Zeichen einer Ermüdung im Verlauf. Eine kurze Schreibprobe sei flüssig geschrieben worden, gerechnet worden sei mit vereinzelt Fehlern. Hinweise auf Störungen u.a. von Sprache, Handlungsplanung und -ausführung, räumlichem Vorstellungsvermögen und Orientierung oder Wahrnehmung diverser Reize hätten nicht vorgelegen (vgl. IV-act. 97-21 f.). Sein (des Neurologen) Schluss, allenfalls sei eine leichtgradige Beeinträchtigung der zeitlichen Orientierung und Mnestic festzustellen (vgl. IV-act. 97-22), gründet darauf, dass der Beschwerdeführer ein unzutreffendes Datum angegeben und vor Hilfestellung lediglich zwei von drei Begriffen memoriert hatte (vgl. IV-act. 97-21). Die Merkfähigkeit des Beschwerdeführers sei aber intakt und er in der Lage gewesen, seine biographischen Daten korrekt wiederzugeben (vgl. IV-act. 97-21). Der Gutachter der Psychiatrie stellte u.a. fest, der Beschwerdeführer habe mit ausreichender Sprachproduktion ohne Antwortlatenz bei intakter Sprachmelodie geantwortet. Er sei voll orientiert gewesen, habe Lebensdaten sicher rekonstruieren können, habe sich aller dreier

Begriffe erinnert, Lang- und Kurzzeitgedächtnis seien intakt gewesen, Konzentration und Aufmerksamkeit unauffällig, der Subtraktionstest sei sicher durchgeführt worden (vgl. IV-act. 97-26). Die bei der neurologischen Untersuchung genannte allfällige Beeinträchtigung von zeitlicher Orientierung und Mnestik wurde schliesslich interdisziplinär berücksichtigt und es wurde dabei - nach dem Dargelegten zu Recht - festgehalten, dass sie anderweitig nicht festzustellen gewesen sei (vgl. IV-act. 97-38). Der als PMEDA-Gutachter der Neuropsychologie amtierende Fachmann hielt fest, seine testpsychologische Erhebung habe formal unterdurchschnittliche Leistungen bezüglich Aufmerksamkeit und Konzentration, des logischen Denkens sowie der kurz- und längerfristigen Behaltensleistung visueller Stimuli erbracht (vgl. IV-act. 97-36). Das Beschwerdevalidierungsverfahren habe indessen deutliche Hinweise auf ein bewusstseinsnahes verzerrendes Antwortverhalten ergeben (vgl. IV-act. 97-36). - Diese letztgenannte Ausführung vermag den krassen Widerspruch zum klinischen Eindruck (vgl. IV-act. 97-36) nachvollziehbar zu erklären. Der als Gutachter der Neuropsychologie fungierende PMEDA-Fachmann setzte sich auch mit den neuropsychologischen Vorbefunden auseinander und hielt fest, auch dort habe kein stimmiges kognitives Störungsbild herausgearbeitet werden können. Es seien starke Leistungsschwankungen und leichte bis schwere kognitive Beschwerden genannt worden, die aber - bei einem nicht namhaft auffälligen bildmorphologischen Befund des Neurocraniums - keiner spezifischen Hirnschädigung hätten zugeordnet werden können (vgl. IV-act. 97-36 f.). Die gutachterliche Feststellung, dass beide Voruntersuchungen (vor der PMEDA-Begutachtung 8. Februar 2017) ohne Beschwerdevalidierung erfolgt seien, ist zumindest insofern zu bestätigen, als weder vom Neuropsychologen dipl. psych. P.____ im Bericht der Rehaklinik B.____ vom 29. März 2016 (IV-act. 26-9 ff.) noch vom Fachpsychologen lic. phil. D.____ der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen gemäss Konsultationsblatt vom 7. Januar 2016 (vgl. Fremd-act. 1-9) solche Tests detailliert beschrieben worden sind. Der untersuchende Fachpsychologe lic. phil. D.____ hatte indessen darauf hingewiesen, dass teilweise unklar gewesen sei, ob es dem Beschwerdeführer gelungen sei, sein tatsächliches aktuelles Leistungspotential abzurufen (vgl. Fremd-act. 1-9), was einen Hinweis auf eine nicht ausgeschlossene mangelnde Mitwirkung darstellt. Neuropsychologe dipl. psych. O.____ hatte immerhin darauf hingewiesen, dass die meisten Aufgaben gut hätten durchgeführt werden können und das Instruktionsverständnis des Beschwerdeführers ausreichend erschienen sei. Das Arbeitstempo habe überwiegend verlangsamt geschienen, die Fehlerkontrolle überwiegend gut. Teilweise sei nach ca. 20 bis 30 Minuten die Belastbarkeitsgrenze erreicht gewesen, teilweise seien aber auch Aufgabenbearbeitungen über 45 Minuten Dauer möglich gewesen (vgl. IV-act. 26-11). Dazu kommt, dass das später ergänzend veranlasste Gutachten des Fachpsychologen dipl. psych. I.____ vom 21. Dezember 2018 (IV-act. 191) das Begutachtungsergebnis der PMEDA insofern bestätigte, als der Beschwerdeführer in einem ersten Validierungstest (15-Item-Test von Rey, mit sechs Zeichen, wobei selbst schwer geschädigte Personen aus dem hiesigen Kulturkreis mindestens neun Zeichen reproduzierten) ein sehr auffälliges Ergebnis, in einem zweiten (TOMM) ein ebenfalls auffälliges Ergebnis (deutlich reduzierte Anzahl richtiger Antworten) und auch bei eingebetteten Indikatoren zur Beschwerdevalidierung Grenzwerte unterschreitende Ergebnisse zeigte, die auf ein suboptimales Antwortverhalten hindeuteten (vgl. IV-act. 191-10 f.). Nach der vierstündigen Exploration hielt der Gutachter fest, infolge der Inkonsistenzen und Unplausibilitäten müsse die Gültigkeit des Testprofils als eingeschränkt beurteilt werden. Die Ergebnisse der formalisierten kognitiven

Beschwerdevalidierung begründeten erhebliche Zweifel an der ausreichenden Mitwirkung des Beschwerdeführers. Eine positive Aussage über krankheitsbedingte Funktionsstörungen könne aufgrund der eigenen Befunderhebung nicht gemacht werden. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich den Erkenntnismöglichkeiten des Experten (vgl. IV-act. 191-12). - Es ist allerdings als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, dass eine relevante kognitive Störung im Verlauf der Verhaltensbeobachtung während der langen Dauer der Untersuchung erkennbar geworden wäre. Bei der (nach der PMEDA-Begutachtung und vor der Begutachtung durch dipl. psych. I.____ erfolgten) neuropsychologischen Untersuchung vom 8. März 2018 (IV-act. 170) durch die Neuropsychologin Dr. phil. J.____ von der Klinik für Neurologie am Universitätsspital Zürich hatte der Beschwerdeführer angegeben, die Konzentrations- und Gedächtnisleistung habe merklich abgenommen. An Gesprächsinhalte könne er sich häufig wenige Stunden oder Tage später nicht mehr erinnern. Auch Arbeitsaufträge würden vergessen gehen. Beim Fernsehen schweife er gedanklich häufig ab (vgl. IV-act. 166-2). Es wurden reduzierte Leistungen in verschiedener Hinsicht beschrieben. Und in der Folge wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit insbesondere wegen der neuropsychologischen Defizite angenommen und eine psychiatrische Mitbeurteilung empfohlen (vgl. IV-act. 170-5). Eine Validierung der Beschwerden wurde allerdings nicht beschrieben. Auch bei der - nach der Aktenlage jüngsten - neuropsychologischen Untersuchung am Universitätsspital Zürich durch die Neuropsychologin M.____ vom 17. April 2019 (IV-act. 212-2 ff.) wurden diverse Beeinträchtigungen erhoben. Dieses Mal fand jedoch auch eine Beschwerdevalidierung statt. Über die Ergebnisse der Symptomvalidierung wurde berichtet, es habe sich in zwei durchgeführten Verfahren ein auffälliges Verhalten gezeigt. In dem einen Verfahren, bei dem sich selbst demente Personen einige Symbole merken könnten (sc. Rey 15 Items Matrix, IV-act. 212-5), habe der Beschwerdeführer sich an kein einziges erinnert. Bei einer Wiederholung eine Stunde später habe er eine genügende Zahl (9) erinnert. Die einmalige Vorlage würde klar für eine eingeschränkte Motivation sprechen, doch hätte eine bewusste Aggravation oder gar Simulation den Beschwerdeführer kaum eine Verbesserung im zweiten Durchgang zeigen lassen (vgl. IV-act. 212-6). Die Resultate eines anderen, computergestützten Verfahrens seien nicht verwertbar gewesen, da Rückfragen des Beschwerdeführers das Ergebnis verfälscht hätten und die Untersucherin sich gezwungen gesehen habe, den Test abzubrechen. Bei einer Extrapolation der Fehler müsste allerdings von einer zumindest unbewussten Aggravation ausgegangen werden. Eine eingeschränkte Kooperationsfähigkeit - nicht Kooperationsbereitschaft - lasse den Wert von Symptomvalidierungsverfahren anzweifeln. Eine Verdeutlichungstendenz des Beschwerdeführers lasse sich aber dennoch nicht ganz ausschliessen und das testdiagnostische Leistungsprofil bilde die tatsächliche Leistungsfähigkeit allenfalls nicht vollumfänglich ab (vgl. IV-act. 212-6). Eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestehe aus neuropsychologischer Sicht wegen der motorischen Beeinträchtigung, des Doppelbildsehens, der reduzierten Belastbarkeit und der schnellen Erschöpfung nicht (vgl. IV-act. 212-6). Am 18. September 2019 legte die Klinik für Neurologie am Universitätsspital Zürich dazu ergänzend dar, es hätten sich schwere funktions- und modalitätsübergreifende Defizite gezeigt, die mit der Grunderkrankung vereinbar und im Vergleich zu den Voruntersuchungen stabil seien. Die inkonklusiven Beschwerdevalidierungsverfahren seien am ehesten im Rahmen der psychiatrischen Erkrankung des Beschwerdeführers zu werten und weniger auf eine bewusste Aggravationstendenz zurückzuführen. Auch wenn eine Aggravationstendenz nicht

auszuschliessen sei, gehe man bei stabilem Leistungsprofil und konsistenter Anamnese seit Behandlungsbeginn von einer validen neuropsychologischen Untersuchung aus. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der kognitiven und psychiatrischen Einschränkungen zurzeit nicht vorhanden. Zur Abschätzung der weiteren Prognose und Beurteilung der möglichen Aggravationstendenz des Beschwerdeführers sei die Durchführung eines psychiatrischen Gutachtens zu empfehlen. - Eine Aggravationstendenz des Beschwerdeführers liess sich demnach zum einen auch bei dieser Untersuchung nicht ausschliessen. Ausserdem wurde die angenommene Beeinträchtigung u.a. mit dem Doppelbildsehen begründet, wofür vom PMEDA-Gutachter wie erwähnt kein objektives Befundkorrelat gefunden worden war (vgl. unten E. 5.2; zur Frage einer allfälligen psychiatrischen Beeinträchtigung vgl. unten E. 6.2). Schliesslich bleibt der auffällige Kontrast der Annahme einer erheblichen Beeinträchtigung zu dem bei der PMEDA-Begutachtung klinisch allseits festgestellten kognitiven Funktionsniveau zu erwähnen. Insgesamt erfolgten fünf neuropsychologische Untersuchungen, die - soweit sich der Validierung widmend - allesamt deutliche Anhaltspunkte für ein verzerrendes Antwortverhalten des Beschwerdeführers enthielten. Dass die im November 2016 via med@p zugewiesene neuropsychologische PMEDA-Begutachtung durch einen Fachmann erfolgt ist, der gemäss den eingereichten Unterlagen die Anforderungen des IV-Rundschreibens Nr. 367 nicht erfüllte, ist bei der oben beschriebenen Aktenlage mit der erwähnten Übereinstimmung nicht relevant. Das Rundschreiben datiert im Übrigen vom 21. August 2017, also aus einer Zeit, als die neuropsychologische Begutachtung vom 8. Februar 2017 bereits stattgefunden hatte, und die Gutachterstellen wurden gemäss dem Rundschreiben "im Februar 2017" darüber informiert, dass ab 1. Juli 2017 für neuropsychologische Begutachtungen in der Invalidenversicherung die beschriebenen fachlichen Mindestanforderungen vorausgesetzt würden. Zusammenfassend kann demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Feststellung des zur Begutachtung der Neuropsychologie eingesetzten PMEDA-Experten gefolgt werden, wonach sich kein ausreichender Anhaltspunkt für eine kognitive Störung gefunden habe (vgl. IV-act. 97-35). Die polydisziplinäre Begutachtung insgesamt stützt sich auf Untersuchungen in den verschiedenen betroffenen Disziplinen und auf Anamneseerhebungen und sie erging in Kenntnis der Vorakten. Namentlich lässt sich festhalten, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden aufgenommen wurden. Die bei den einzelnen Explorationen vorgefundenen Befunde wurden jeweils beschrieben. Im Ergebnis wurde dem Beschwerdeführer im gesamten Gutachten wegen einer unklaren Pneumopathie (mit Belastungsdyspnoe) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einzig für körperlich schwere Arbeiten und bis zur Klärung der Ursache und Einleitung einer Therapie gegen die pulmonalen Einschränkungen attestiert (vgl. IV-act. 97-16), ansonsten keine. Auch die arterielle Hypertonie, die Kopfschmerzen und die Hemihypästhesie würden keine Arbeitsunfähigkeit bewirken. - Angemerkt werden kann, dass der Beschwerdeführer das Schwitzen in Zusammenhang mit der Antibiotikabehandlung gebracht hat (vgl. IV-act. 97-23). Auch das wiederholte Husten bzw. der Hustenreiz (vgl. IV-act. 97-19 und -22) und das häufige Räuspern sowie die leichte motorische Unruhe und Angespanntheit (vgl. IV-act. 97-26) sind berücksichtigt worden. Die geklagten Schluckbeschwerden wurden bei der internistischen Untersuchung ebenfalls zur Kenntnis genommen, aber beim Befund nicht erwähnt (vgl. IV-act. 97-13). Bei der Spirometrie war die Mitarbeit des Beschwerdeführers mangelhaft gewesen (vgl. IV-act. 97-14), bezüglich der Kooperation bei den Therapien wurde indessen im Gutachten keine namhafte Incompliance festgestellt (vgl. IV-act. 97-42 und -44). Die Gutachter stellten zudem fest, der Beschwerdeführer habe

keinen durch Schmerz beeinträchtigten klinischen Eindruck gemacht (vgl. IV-act. 97-13) bzw. nicht schmerzgequält gewirkt (vgl. IV-act. 97-19 und vgl. IV-act. 97-26), und habe psychisch insgesamt nicht namhaft beeinträchtigt gewirkt (vgl. IV-act. 97-26). Im PMEDA-Gutachten hat auch eine Auseinandersetzung mit den Vorberichten stattgefunden, und zwar insofern, als die Gutachter erklärten, eine von den früheren Beurteilungen deutlich abweichende medizinische Auffassung zu vertreten. Jene Einschätzungen würden dadurch zwar nicht "überschrieben", doch dass sie überwiegend wahrscheinlich seien, könnten die Gutachter - zumindest noch (vgl. dazu unten E. 5.6) - nicht erkennen (vgl. IV-act. 97-45). - Da die medizinischen Beurteilungen in den Vorberichten im Vergleich zu dem im Zusammenwirken mehrerer Experten anlässlich der polydisziplinären Begutachtung zustande gekommenen, begründeten Ergebnis allerdings weniger objektiviert erscheinen, sind sie als weniger beweiskräftig zu betrachten. Wenn der Gutachter der Psychiatrie unter Hinweis auf die Angaben von dipl. psych. O. ___ vom 29. März 2016 festgehalten hatte, es sei allenfalls von einer (ehemals bestehenden, inzwischen) abgelaufenen depressiven Episode auszugehen (vgl. IV-act. 97-28 f.), rechtfertigt es sich zudem nach der Aktenlage, von einer allfälligen früheren vorübergehenden, für einen Rentenanspruch nicht ausschlaggebenden Beeinträchtigung auszugehen. Die PMEDA-Gutachter gaben als Ergebnis wie erwähnt bekannt (vgl. zum Vorbehalt unten E. 5.6 f.), dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten und in jeglicher vergleichbaren, zumindest aber in einer anderen, körperlich leichten und geistig einfachen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hinreichend belegt vermindert zu betrachten sei (vgl. IV-act. 97-44 und -45 f.). Die erhobenen objektiven Befunde würden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen eine (sc. zumutbare) Arbeitstätigkeit (Arbeitsfähigkeit) des Beschwerdeführers sprechen, die Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit seien gegeben. Die anamnestisch aufscheinende erhalten gebliebene Selbständigkeit und Aktivität sowie die Beschwellungszeichen an Händen und Füßen, die als Hinweis auf eine rege physische Aktivität gelten dürften, seien mit der Einschätzung der Gutachter vereinbar (vgl. IV-act. 97-43). Das PMEDA-Gutachten enthält keine Hinweise auf eine Unvollständigkeit oder auf Widersprüche. Anhaltspunkte für eine die Arbeitsfähigkeit tangierende gesundheitliche Beeinträchtigung sind nicht beschrieben worden. Insbesondere machen die erhobenen und beschriebenen Befunde das erwähnte Ergebnis, wonach eine Arbeitsunfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich belegt sei, nachvollziehbar. Die PMEDA-Gutachter hielten des Weiteren wie erwähnt auch fest, um beim Beschwerdeführer mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit eine invalidisierende (und wie aktenkundig zuletzt zudem als progredient suggerierte) Gesundheitsstörung zu attestieren, bedürfe es zumindest einer erweiterten stationären Diagnostik (nochmalige Bildgebung der gesamten Neuroachse; Liquor-Verlaufsuntersuchung und klinische Verhaltensbeobachtung, Wiederholung des EEGs, weitere Labordiagnostik). Eine abschliessende - auch retrospektive - Bewertung sollte im Anschluss an die empfohlene stationäre Diagnostik erfolgen (vgl. IV-act. 97-45). Auf diese gutachterlichen Hinweise lässt der Beschwerdeführer die Beschwerde hauptsächlich stützen. - Nach dem oben Dargelegten ist indessen davon auszugehen, dass weitere Abklärungen über eine bereits erreichte überwiegende Wahrscheinlichkeit hinaus dem Ausschluss lediglich möglicher residueller encephaler Störungen (vgl. IV-act. 97-39 f. Ziff.1 f.) dienen würden und daher im Rahmen einer Abklärung im Sozialversicherungsverfahren nicht beansprucht werden können. Denn im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht

etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (vgl. Entscheid des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute: Schweizerisches Bundesgericht] vom 13. September 2006, I 73/05 E. 3.2, Bundesgerichtsurteil vom 8. August 2019, 8C_246/2019 E. 3.2.2, BGE 126 V 360 E. 5b, BGE 125 V 195 E. 2). - Dazu kommt, dass nach der Begutachtung - zwar keine stationären, aber - noch MRI-Abklärungen erfolgt sind, bei welcher vom 19. Januar 2019 sich kein Hinweis auf Neurolyues gezeigt hatte (IV-act. 212-2 f.). Schon Dr. H.____ hatte im Übrigen gewisse Zweifel an der Diagnose geäussert, sie aber schliesslich als klar ausgewiesen betrachtet (vgl. IV-act. 129). Auch neuropsychologische Untersuchungen waren nach der PMEDA-Begutachtung nochmals erfolgt (vgl. zu den jüngeren Berichten unten E. 6.1). Was den Zeitraum nach der Begutachtung durch die PMEDA vom Februar 2017 betrifft, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bei der erwähnten neuropsychologischen Untersuchung vom März 2018 eine Verschlechterung der Konzentrations- und Gedächtnisleistung geltend machte (vgl. IV-act. 166-2) und bei derjenigen vom April 2019 diverse Symptome wie ständige Schmerzen am ganzen Körper, vorwiegend im Rücken, am Kiefer und im Kopf, schwere Angst um die Gesundheit und Schuldgefühle (vgl. IV-act. 212-3) beschrieb. Nach der Aktenlage hatte der Beschwerdeführer allerdings schon früher (2014/2015/2016) solche Symptome beschrieben (vgl. Fremd-act. 1-10 und IV-act. 19) und es ist nach dem Dargelegten davon auszugehen, dass eine Verschlechterung infolge der Verdeutlichungstendenz mit neuropsychologischen Methoden nicht ausreichend objektiviert werden konnte. Zumindest eine Verdeutlichungstendenz des Beschwerdeführers hatte sich bei der mit Validierungstests verbundenen Abklärung vom April 2019 wie erwähnt nicht ganz ausschliessen lassen (vgl. IV-act. 212-6). Im betreffenden Bericht vom 17. April 2019 wurde ausserdem davon berichtet, dass bei einem MRI Neuroachse vom 16. März 2018 ein subakutes frontotempoparietales Subduralhämatom ohne Raumforderung beidseits festgestellt worden sei. Im Februar 2019 sei es vollständig resorbiert gewesen (vgl. IV-act. 212-2 f.). Ein cMRI vom 19. Januar 2019 habe verglichen mit der Voruntersuchung (sc. vom 14. August 2018) allenfalls bilaterale residuelle, 1 mm messende Subduralhämatome/möglicherweise eine nur noch residuelle durale Verdickung betont parietal und keinen Hinweis auf Neurolyues gezeigt (IV-act. 212-2 f.). Zudem wurde einerseits darauf hingewiesen, dass die Einschätzung nicht im Rahmen einer Begutachtung erfolgt sei, andererseits aber auch, dass eine psychiatrische Beurteilung wichtig wäre (vgl. IV-act. 212-6). Zu Letzterem ist zunächst festzuhalten, dass die Wiederholungen der neuropsychologischen Testungen Auffälligkeiten bei der Validierung bestätigten, wie sie bereits bei der PMEDA-Begutachtung festgestellt worden waren, bei welcher sie in die polydisziplinäre, auch psychiatrische Beurteilung eingebettet war, wie es bei ihrem beschränkten Stellenwert erforderlich ist. Denn grundsätzlich ist es Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 12. April 2019, 9C_752/2018 E. 5.3). Neuropsychologische Test-Untersuchungsergebnisse sind im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung auch nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind und sich in die übrigen

medizinischen Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. August 2009, 8C_261/2009; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Bei der Verwendung von psychodiagnostischen Instrumenten ist in Bezug auf mögliche Verfälschungen oder Verzerrungen zudem ein besonderes Augenmerk auf deren Aussagekraft im versicherungsmedizinischen Kontext zu richten sowie deren Konsistenz im Hinblick auf andere Informationen oder Ergebnisse zu prüfen (vgl. Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten, 3. A. vom 16. Juni 2016, in SZS 2016 435 ff., 457). Angesichts der Bestätigungen kann auch für die jüngere Zeit auf die Ergebnisse der PMEDA-Begutachtung (einschliesslich der erforderlichen psychiatrischen Beurteilung) abgestellt werden. Auch die Psychiatrischen Dienste L. ___ haben im Übrigen ihrerseits keine psychiatrischen Diagnosen gestellt und begründet. Der RAD-Arzt - ein Facharzt u.a. für ___ und Pneumologie mit weiterbildender Qualifikation in ___ Psychosozialer Medizin - hat am 15. Mai 2019 erklärt, aus dem Schreiben der Klinik für Neurologie am Universitätsspital Zürich vom 17. April 2019 ergäben sich keine neuen Gesichtspunkte zur Leistungsfähigkeit oder einer allfälligen Veränderung im Zeitverlauf. Es rechtfertigt sich vorliegend, hierauf abzustellen. Insgesamt ist demnach gemäss der Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für eine angepasste Tätigkeit auszugehen. Selbst wenn von einem im Vergleich zum statistischen Einkommen für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) im Jahr 2014 von Fr. 66'453.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik) überdurchschnittlichen (Maximal-) Einkommen von Fr. 72'402.-- gemäss IK-Auszug als Valideneinkommen auszugehen und der höchstmögliche Abzug von 25 % vom Tabellenlohn angezeigt wäre, ergäbe ein Einkommensvergleich einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 31 %. Die verfügte Ablehnung des Rentenanspruchs erweist sich daher als rechtmässig. Mit der im Verfahren IV 2019/152 angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2019 hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Hilflosenentschädigung abgelehnt. Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, haben nach Art. 42 Abs. 1 Satz 1 IVG Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Nach ständiger Praxis sind sechs solche alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend, nämlich An- und Auskleiden; Aufstehen, Absitzen und Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; sowie Fortbewegung und Kontaktaufnahme (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 27. Mai 2020, 9C_234/2020 E. 2, BGE 133 V 450 E. 7.2). - Als hilflos gilt nach Art. 42 Abs. 3 IVG ebenfalls eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist. Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein. Gemäss Art. 42 Abs. 2 IVG ist zu unterscheiden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit. Diese Grade werden in Art. 37 IVV näher umschrieben. Die Hilflosigkeit gilt danach als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die

Hilfe Dritter angewiesen ist (Art. 37 Abs. 3 lit. a IVV), wenn sie einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 3 lit. b IVV), wenn sie einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf (Art. 37 Abs. 3 lit. c IVV), wenn sie wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann (Art. 37 Abs. 3 lit. d IVV), oder wenn sie dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinn von Art. 38 IVV angewiesen ist (Art. 37 Abs. 3 lit. e IVV). Die zur Vornahme einer Lebensverrichtung erforderliche Hilfe kann sowohl in direkter Hilfe Dritter als auch in indirekter Dritthilfe, d.h. in der Form einer Überwachung der versicherten Person bei der Bewältigung der relevanten Lebensverrichtung, bestehen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 11. Dezember 2019, 8C_533/2019 E. 3.2.1, BGE 133 V 450 E. 7.2). Die Hilfe ist schon erheblich, wenn die versicherte Person mindestens eine Teilfunktion einer einzelnen Lebensverrichtung nicht mehr, nur mit unzumutbarem Aufwand oder nur auf unübliche Art und Weise selbst ausüben kann oder wegen ihres psychischen Zustands ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_533/2019 E. 3.2.3 m.H.). Gelegentliche Zwischenfälle der Hilfsbedürftigkeit können dagegen nicht zur Annahme einer Notwendigkeit regelmässiger Dritthilfe führen. Die Hilfe ist erst dann regelmässig, wenn sie die versicherte Person täglich oder eventuell (nicht voraussehbar) täglich benötigt (a.a.O.). Was die Frage eines allfälligen Hilfsbedarfs des Beschwerdeführers betrifft, ist vorweg festzuhalten, dass eine vom Beschwerdeführer in verschiedensten Funktionen geltend gemachte Hilflosigkeit angesichts der wie oben dargelegt anzunehmenden vollen Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Erwerbstätigkeit kaum plausibel zu erscheinen vermag. Bezüglich des Hilfsbedarfs beim An-/Auskleiden (wie beim Essen) wurden unterschiedliche Beschreibungen abgegeben. Ein Angewiesensein auf direkte Hilfe scheint angesichts der differierenden Schilderungen - und bei einem Einsatz allenfalls angepasster Kleidung, wie er zumutbar ist - nach der Aktenlage nicht überwiegend wahrscheinlich. Ein relevanter Hilfsbedarf ist dort zwar auch vorhanden, wenn sich jemand aufgrund kognitiver Probleme nicht der Witterung entsprechend kleiden kann (vgl. Rz 8014 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH, Fassung ab 1. Juli 2020, vgl. auch Fassung ab 2015), von solchen Einschränkungen ist indessen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auszugehen. Dasselbe gilt in Bezug auf das nächtliche sich wieder Hinlegen, die Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte, Überwachung, Pflege und lebenspraktische Begleitung. Im Einzelnen hielt zu den Alltagsverrichtungen zunächst die Klinik B.____ in der Beilage zum Austrittsbericht vom 19. April 2016 fest, der Beschwerdeführer sei in den alltäglichen Lebensverrichtungen selbständig gewesen (IV-act. 19-4, vgl. auch den entsprechenden Bericht der Abteilung Ergotherapie vom 25. März 2016, IV-act. 92-2, bei Austritt). Es wurde in der erwähnten Beilage ausdrücklich festgehalten, dass die Arm-/Handfunktion (Bewegungsausmass, Handkraft, Feinmotorik, vgl. IV-act. 92-1) und die Mobilität (Fussgang, Kraft, Beweglichkeit, Sensibilität und Gleichgewicht, vgl. IV-act. 92-1) keine alltagsrelevanten Einschränkungen aufgewiesen hätten, und dass im Lauf der Behandlung eine Umstellung auf normale Kost ohne Einschränkungen erfolgt sei (vgl. IV-act. 19-4). Als Angaben nach einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers kommt diesen Feststellungen einiges beweismässiges Gewicht zu, während die neuropsychologischen Abklärungen dieser Klinik (vgl. Feststellung einer psychophysischen Verlangsamung und Nennung eines V.a. leichte

kognitive Störungen, IV-act. 19-5) wie in E. 4.2.4 erwähnt ohne eine für die im Verfahren erforderliche Validierung bzw. Objektivierung geblieben sind. Bei der PMEDA-Begutachtung wurde auch festgehalten, das An- und Auskleiden sei selbständig und geschickt gelungen (vgl. IV-act. 97-13). Es ergab sich dabei des Weiteren mit einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine Diagnose, welche begründen könnte, dass der Beschwerdeführer in der Selbständigkeit bzw. der Selbstversorgung eingeschränkt wäre (vgl. IV-act. 42 f.). Das ist ausschlaggebend. Ferner bestätigte der Physiotherapeut des Beschwerdeführers am 24. Mai 2017 namentlich, dass dieser in den Bereichen An- und Auskleiden sowie Aufstehen und Absitzen selbständig sei, selber zur Toilette gehen und allgemein ohne Gehhilfe selbständig gehen könne. Es gelte, mit der Therapie die - somit vorhandene - Selbständigkeit zu erhalten (vgl. IV-act. 89). Wenn dipl. psych. I. _____ schliesslich nach der neuropsychologischen Begutachtung vom November 2018 festhielt, der Beschwerdeführer sei beim Aufstehen/Absitzen/Abliegen (und bei Transfers) sowie beim Essen, beim Verrichten der Notdurft und bei der Fortbewegung selbständig, bedürfe aber beim An-/Auskleiden und bei der Körperpflege (dort teilweise) der Unterstützung durch die Ehefrau (vgl. IV-act. 191-13), so übernahm er damit unbesehen die Angaben des Beschwerdeführers selber (vgl. IV-act. 191-6), was in Anbetracht der festgestellten - vom Gutachter allerdings mit den Schwierigkeiten mit der Krankheitsverarbeitung begründeten - Aggravation entsprechend zu relativieren ist. Der Beschwerdeführer und seine Frau hatten ihm u.a. erklärt, den Haushalt habe schon immer die Ehefrau allein gemacht, Einkaufen gingen sie aber zusammen. Früher habe der Beschwerdeführer regelmässig gekocht, jetzt helfe er nur etwas, wenn es die Kopfschmerzen oder die Müdigkeit zulasse. Spazieren gehe er mit der Ehefrau oder der Tochter, zum Coiffeur mit dem Sohn. Seit der Penicillintherapie 2016 müsse die Ehefrau ihm wegen der Schmerzen im Bein teilweise beim An- und Auskleiden, vor allem bei Kniebeugen, helfen. Unterwäsche könne der Beschwerdeführer selber anziehen, Knöpfe und Gürtel schliessen gehe nur mit Hilfe. Beim Duschen - im Sitzen - benötige er manchmal Hilfe, ausserdem brauche er auch Hilfe beim Nägelschneiden und Rasieren. Auf der Toilette sei er selbständig, aber verlangsamt (bis zu einer Stunde). Beim Essen und Trinken sei er selbständig, doch würden ihm teilweise Gläser aus der Hand gleiten (vgl. IV-act. 191-6). Der Experte konnte aber gemäss seinem Gutachten aufgrund seiner Untersuchung festhalten, relevante kognitive oder psychische Einschränkungen, die einen regelmässigen Hilfsbedarf bei der Haushalterledigung erfordern würden, lägen aus neuropsychologischer Sicht nicht vor (vgl. IV-act. 191-13). Eine mangelnde Objektivierung ist im Übrigen auch in Bezug auf die Ausführungen des Ergotherapeuten vom 21. Oktober 2019 anzunehmen. Bei diesen Gegebenheiten ist zusammenfassend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in antizipierender Beweiswürdigung auf weitere Abklärungen in dieser Hinsicht verzichtet und einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Hilfflosenentschädigung abgelehnt hat. Ein ausgewiesener medizinischer Grund für einen Hilfsbedarf ist aufgrund der Aktenlage nicht ersichtlich geworden. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen sind die Beschwerden IV 2019/152 und IV 2019/163 zu vereinigen und 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. - Der Beschwerdeführer ist in beiden Verfahren unterlegen, weshalb ihm die Gerichtskosten in der Höhe von ermessensweise je Fr. 400.-- aufzuerlegen sind. Zuzugle der Bewilligungen der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den

Gerichtskosten, vgl. Art. 99 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, VRP/SG, sGS 951.1, und Art. 118 Abs. 1 lit. b der Schweizerischen Zivilprozessordnung, ZPO, SR 272; daneben auch Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung, s. unten) am 14. August 2019 ist er jedoch von deren Bezahlung zu befreien. Der Staat ist aufgrund der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten ihrer Rechtsvertretung aufzukommen (vgl. Art. 61 lit. f ATSG, Art. 99 Abs. 1 VRP/SG und Art. 118 Abs. 1 lit. c ZPO). Die Honorarpauschale beträgt vor Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.-- (Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten, HonO, sGS 963.75). Der Bedeutung der Streitsachen und dem Aufwand angemessen erscheint eine (infolge des Zusammenfallens der massgeblichen Akten leicht reduzierte) Parteientschädigung von pauschal je Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese Entschädigungen sind in Anwendung von Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes (AnwG, sGS 963.70) um einen Fünftel auf je Fr. 2'400.-- zu reduzieren. Wenn ihre 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 Beschwerdeverfahren IV 2019/152 und IV 2019/163 werden vereinigt. Die Beschwerden IV 2019/152 und IV 2019/163 werden abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 800.-- (zweimal Fr. 400.--) befreit. Der Staat hat die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit pauschal Fr. 4'800.-- (zweimal Fr. 2'400.--) zu entschädigen.

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