



**Fall-Nr.:** IV 2024/193  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 24.06.2026  
**Entscheiddatum:** 12.05.2026

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.05.2026**

**Art. 43 ATSG: Verletzung der Untersuchungspflicht: Rückweisung an die Beschwerdegegnerin im Sinne der Erwägungen zur Fortführung des Verwaltungsverfahrens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Mai 2026, IV 2024/193).**

«Entscheid als PDF»





## Sachverhalt

### A.

**A.a** A.\_\_\_\_ meldete sich im März 2016 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 8). Er gab an, er habe eine Ausbildung als Elektroautomatiker absolviert und leide an Neurolues. Die Arbeitgeberin gab am 18. April 2016 an (IV-act. 13), der Versicherte sei seit Juli 2009 bis voraussichtlich Juli 2016 (und gemäss IK-Auszug zuvor vom April 1999 bis September 2007; vgl. IV-act. 12) als Maschinenbediener Fräsanlagen tätig. Er erziele einen monatlichen Bruttolohn von Fr. 4'820.-- pro Jahr (\*12; ohne Gratifikation). Am 19. April 2016 erstatteten Fachpersonen der Rehaklinik B.\_\_\_\_ einen definitiven Austrittsbericht zu einem Aufenthalt vom 14. Januar bis zum 23. März 2016. Sie gaben an, der Versicherte leide an einer Neurolues (ED 01/2016), an einem chronifizierten Kopfschmerz, an einer chronischen Sinusitis maxillaris bds., an einer Epiphora rechts und an einer Depression.

**A.b** Am 18. April 2017 erstattete die PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen AG (nachfolgend: PMEDA) das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene Gutachten (IV-act. 93). Die Sachverständigen führten aus, für eine invalidisierende Gesundheitsstörung gebe es keinen überwiegend wahrscheinlichen Anhaltspunkt; aktenkundig sei eine Neurolues belegt mit möglichen residuellen encephalen Störungen. 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 anzusehen. Es bestünden erhebliche Inkonsistenzen/Widersprüche (vgl. IV-act. 97-38 und IV-act. 97-43 ff.). Die Symptomvalidierung belege eine deutliche Antwortverzerrung im Sinne einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung einer kognitiven Störung. 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 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 einer antibiotischen 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. Um 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). Eine abschliessende – auch retrospektive – Bewertung sollte im Anschluss an die empfohlene stationäre Diagnostik erfolgen.

**A.c** Mit einer Mitteilung vom 14. Juli 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 100).

**A.d** Mit einem Vorbescheid vom 25. Juli 2017 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an (IV-act. 108), dass sie beabsichtige sein Leistungsbegehren bei einem IV-Grad von 0% abzuweisen. Am 14. November 2017 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt die Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 118).

**A.e** Am 14. Dezember 2017 liess der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. November 2017 erheben und beantragen (IV-act. 122), die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Er führte unter anderem aus, dass unklar sei, ob der neuropsychologische PMEDA-Gutachter die Anforderungen erfülle. Er sei auf der Liste der Fachpsychologinnen für Neuropsychologie FSP mit jährlicher kontrollierter Fortbildung nicht aufgeführt. Am 27. Februar 2018 widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 14. November 2017 (IV-act. 145). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen schrieb das Beschwerdeverfahren mit einem Entscheid vom 20. März 2018 (IV 2017/459) ab (IV-act. 152). Der Abschreibungsentscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

**A.f** Am 18. Mai 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 159), sie werde eine neuropsychologische Abklärung bei dipl. psych. C.\_\_\_\_, psychologischer Psychotherapeut und Fachpsychologe für Neuropsychologie und für Verkehrspsychologie FSP, in Auftrag geben. Am 21. Dezember 2018 erstattete dipl. psych. C.\_\_\_\_ ein neuropsychologisches Gutachten (IV-act. 187). Darin wurde festgehalten, eine Gesamteinschätzung des aktuellen kognitiven Leistungsvermögens des Versicherten lasse sich aufgrund von Problemen bezüglich der Beschwerdevalidierung nicht vornehmen. Insofern sei es 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 vorhanden sei, entziehe sich wegen der eingeschränkten Mitwirkung des Versicherten den Erkenntnismöglichkeiten des Untersuchenden. Relevante kognitive oder psychische Einschränkungen, die einen regelmässigen Hilfebedarf bei der Haushalterledigung erfordern würden, lägen aus neuropsychologischer Sicht nicht vor. Der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt am 16. Januar 2019 fest (IV-act. 188), die Begutachtung bestätige das Ergebnis des PMEDA-Gutachtens vom April 2017 insofern, als eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht habe gestellt werden können.

**A.g** Mit einem Vorbescheid vom 2. Februar 2019 kündigte die IV-Stelle an (IV-act. 192), dass sie beabsichtige, das Rentenbegehren bei einem IV-Grad von 0% abzuweisen. Am 17. Mai 2019 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt die Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 210). Gegen diese Verfügung liess der Versicherte am 19. Juni 2019 Beschwerde erheben und beantragen (IV-act. 217), die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei ein gerichtliches Obergutachten einzuholen oder die Angelegenheit sei zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Mit einem Entscheid vom 16. März 2021 (IV 2019/163) wies das Versicherungsgericht des Kantons St.Gallen die Beschwerde ab. Zur Begründung führte es sinngemäss aus, dass das PMEDA-Gutachten überzeuge, weshalb auf es abgestellt werden könne. Die Beschwerde vom 11. Mai 2021 (IV-act. 245) gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 16. März 2021 (IV 2019/163) wurde vom Bundesgericht am 5. August 2021 (BGer 9C\_268/2021) abgewiesen (IV-act. 252).

## **B.**

**B.a** Bereits am 12. März 2020 hatte der Versicherte mitteilen lassen (IV-act. 232), dass sich sein Gesundheitszustand gemäss einem Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 17. Januar 2020 (vgl. IV-act. 233) seit der letzten Kontrolle verschlechtert habe. Es sei zu einer Zunahme der Schluckstörung, von Doppelbildern sowie von Schlaf- und psychischen Störungen gekommen. Er gehe davon aus, dass die IV-Stelle diese Mitteilung zur Kenntnis nehme und nach Vorliegen des Gerichtsurteils (vgl. vorstehend Bst. A.g) die entsprechenden Schritte in die Wege leiten werde. Am 30. November 2020 hatte der Versicherte weitere Berichte einreichen lassen (vgl. IV-act. 238 ff.), welche eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes bestätigen sollten. Das Spital E.\_\_\_\_ berichtete am 12. Oktober 2020 (IV-act. 240), aufgrund der fortgeschrittenen neurologischen und psychiatrischen Symptome bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherte weise deutliche Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf.

**B.b** Am 25. Mai 2021 notierte der RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (IV-act. 257 3-ff.), aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen erscheine



insbesondere im Rahmen der primären Diagnose einer Neurolues im Tertiärstadium weiterhin das neurologische Fachgebiet führend. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht ausgeschlossen werden. Diesbezüglich sei im Bericht vom 16. September 2020 über eine neurologische Untersuchung in der Klinik G.\_\_\_\_ vom 14. September 2020 festgehalten worden, dass die Defizite auf eine beginnende Demenz im Rahmen der bestehenden Neurolues hinwiesen. In einem Bericht vom 16. September 2020 des Psychiatricentrum H.\_\_\_\_ war festgehalten worden, dass beim Versicherten von einer Störung aus dem depressiven Formenkreis bzw. von einer mittelschweren depressiven Episode, mit grosser Wahrscheinlichkeit im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, auszugehen sei. Die schweren kognitiven Defizite würden sich jedoch nicht ausschliesslich durch die depressive Störung erklären lassen. Die fremdanamnestischen Angaben, die neuropsychologischen Befunde und insbesondere der chronisch-progrediente Verlauf der kognitiven Störung bei einer komorbiden Neurolues wiesen auf eine beginnende demenzielle Entwicklung im Rahmen der bestehenden Neurolues hin. Auch im Abklärungsbericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2020 sei die Diagnose einer beginnenden Demenz im Rahmen der Neurolues mit Aggravierung durch eine mittelgradige Depression erhoben worden. Gesamthaft empfehle sich die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung.

**B.c** Am 28. Mai 2021 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, zur Klärung der Leistungsansprüche erachte sie eine umfassende medizinische Untersuchung als notwendig (IV-act. 248). Am 27. Mai 2022 erstattete die medexperts ag (nachfolgend: medexperts) ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 283). Die Sachverständigen führten darin aus, der Versicherte leide - mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - an einem leichten neurokognitiven Defizit aufgrund einer entzündlichen Funktionsstörung des Gehirns im Rahmen eines Status nach Neurolues, an einem Verdacht auf eine organische affektive Störung, an einem Verdacht auf eine depressiv-ängstliche Störung unklarer Genese und an einem Verdacht auf ein Mischkopfschmerzsyndrom (bei/mit chronischem Spannungskopfschmerz und Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz). Einem Karpaltunnelsyndrom beidseits, einer leichten neurogenen Dysphagie, einem Verdacht auf Nervus abducens-Parese beidseits, einer angegebenen Hyposmie und einer angegebenen Hörstörung beidseits massen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Sie führten aus, dass sich bei der «neuropsychiatrischen» (gemeint wohl: neuropsychologischen) Begutachtung deutliche Verdachtsmomente für eine Beschwerdebetonung ergeben hätten, da die Darbietung der Gedächtnisstörung nur punktuell aufgetreten sei und da erheblich auffällige Antwortlatenzen stark wechselnden Ausmasses bestanden hätten. In der aktuellen neuropsychologischen Testung sei die Aussagekraft aufgrund von schwankenden Leistungen bei den Validierungstests eingeschränkt. Das Ausmass der berichteten Gedächtnisstörung könne daher neuropsychologisch nicht beurteilt werden. Nach dem Verlauf insgesamt imponiere insbesondere, dass der Versicherte nach der Therapie der Grunderkrankung über wesentlich deutlichere Erkrankungssymptome berichtet habe als vor der Therapie. Diese Beschwerdeausweitung deute weg



von einer reinen somatischen Ursache und hin auf psychiatrische Hintergründe. Nach Abwägung aller Informationen ergäben sich jedoch keine überwiegend wahrscheinlichen Hinweise dafür, dass die gesamte psychische Funktionsstörung rein organisch bedingt wäre. Die komplexe Thematik der genauen Differentialdiagnose zum Ursprung der psychischen Erkrankungssymptome sei im Rahmen einer ambulanten Untersuchung nicht ausreichend sicher möglich. Daher sei eine stationäre Betreuung mit erneuter Begutachtung nötig. Ziel sei es, dadurch Informationen zu bekommen, welche Anteile am Erkrankungsgeschehen Ausdruck einer organisch-affektiven Störung seien und in einem zweiten Schritt, ob es sich bei den nicht somatisch erklärbaren psychischen Funktionsstörungen um Symptome einer eigenständigen psychischen Erkrankung handle oder ob mehr eine (vor-)bewusste Symptomdarbietung vorliege. Die nicht hirnschädigungsbedingten psychischen Funktionsstörungen seien nämlich im Gegensatz zu den organischen Hirnschäden des Versicherten behandelbar. Weiter gaben die Sachverständigen an, dass sich ihrerseits teils unterschiedliche Einschätzungen gegenüber den Ergebnissen der Vorbegutachtung ergeben hätten. Sie seien von einer Neurolues-bedingten Hirnschädigung ausgegangen, mit sehr wahrscheinlich leichten hirnorganisch bedingten kognitiven und affektiven psychischen Einschränkungen, im Verlauf zunehmend überlagert durch eine nicht organisch bedingte psychische Funktionsstörung unklarer Ursache. Da auch Hinweise für eine demonstrativ-aggravierende Symptomatik mit möglicher Begehrenshaltung bestünden, sei ihnen jedoch eine verlässliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ohne stationäre Diagnostik bzw. ohne weitere rechtlich mögliche Massnahmen zur Überprüfung der Funktion nicht möglich gewesen. Zum Zeitpunkt der aktuellen gutachterlichen Untersuchung habe der Versicherte von ausgeprägten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen berichtet, was zu einem sozialen Rückzug geführt habe. Zusätzlich leide er unter den Schmerzen, vor allem Kopfschmerzen. Er könne so gut wie nichts machen und belaste seine Frau. Die Sachverständigen führten weiter aus, die Symptomatik könne auch im Rahmen eines depressiven Erkrankungssyndrom eingeordnet werden, wobei ein kausaler Zusammenhang mit der Lues-Erkrankung im Sinne einer organisch-affektiven psychischen Störung möglich sei. Diese depressive Symptomatik werde immer noch medikamentös mit 60mg Duloxetin behandelt, obwohl bereits eine Umstellung empfohlen worden sei. Es sei auch möglich, dass der Versicherte infolge von Ängsten im Rahmen der depressiven Störung unangenehme Tätigkeiten im Sinne von Vermeidungstendenzen vermeide. Wie oben dargestellt seien aber die genauen kausalen Zusammenhänge dieser Funktionsstörungen unklar und der empfohlenen weiteren Diagnostik vorbehalten. Aus allgemein-internistischer Sicht fänden sich keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zur neuropsychologischen Testung führten die Sachverständigen weiter aus, dass, inkonsistent mit einer rein somatischen Genese, signifikante Schwankungen im Ausprägungsgrad der Funktionsstörungen mit vereinzelt verschlechterten, jedoch auch vereinzelt verbesserten Leistungen aufgefallen seien. Die kognitiven Minderleistungen hätten sich in den Aufmerksamkeits-, mnestischen- und Exekutivfunktionen gezeigt. Im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen habe der Versicherte in der computergestützten Aufmerksamkeitsprüfung zunächst eine erstaunlich gute Leistung erbracht, die



beim zweiten Durchgang aber abgesunken sei. Im mnestischen Bereich hätten sich zunächst deutliche bis weit unterdurchschnittliche Auffälligkeiten mit ebenfalls deutlichen Leistungsschwankungen in der verbalen sowie auch der visuellen Merkspanne und im nonverbalen Lernen und Gedächtnis ergeben. Die Behaltensleistung der gelernten Figuren hätte sich nach einer 25-minütigen Verzögerung als genügend präsentiert, jedoch habe sich die Fehleranfälligkeit beim Wiedererkennen massgebend erhöht. Im Bereich der Exekutivfunktionen sei hauptsächlich die Fehlerkontrolle nicht zuverlässig erfolgt. In der computergestützten Messung zur Interferenzresistenz habe sich ein sehr atypisches Muster mit schnelleren Reaktionszeiten und weniger Fehlern in der schwierigeren Variante gezeigt. Eine sinnvolle neuropsychologische Interpretation dieses Ergebnisses sei kaum möglich. Die im Dossier auftauchende Diagnose einer Demenz bzw. auch eines demenziellen Syndroms könne diagnostisch und ätiopathogenetisch nicht gestützt werden, da es sich nicht um eine degenerative, progredient verlaufende Erkrankung, sondern um eine erworbene entzündliche Störung des Gehirns handle, deren Progredienz durch die antibiotische Therapie gestoppt werde. Im Übrigen sei die frühere Bezeichnung der Neurolues als «progressive Paralyse» irreführend. Seit der Möglichkeit, diese Erkrankung zu behandeln, bestehe nur so lange eine Progredienz bzw. Progression, bis eine ausreichende Therapie den Entzündungsprozess gestoppt habe. Danach komme es eben nicht mehr zu einer Progredienz. Die Serumspiegel der bestimmten Präparate Duloxetin und Gabapentin lägen im therapeutischen Bereich, sodass eine therapeutische Adhärenz anzunehmen sei. Diagnostisch sei unter Bewertung aller vorliegenden Daten mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit von der Diagnose eines leichten hirnanorganischen Psychosyndroms durch entzündliche Hirnschädigung auszugehen, mit der Folge leichter kognitiver Funktionsstörungen, aber auch hinsichtlich der Quantität schwieriger einzustufender organisch-affektiver Störungen. Von einer nicht validen neuropsychologischen Untersuchung könne im Übrigen keinesfalls rückgeschlossen werden, dass die neurokognitiven Leistungen normal sein müsse. Massgeblich sei in diesem Fall der klinische Eindruck unter Berücksichtigung sonstiger Parameter. Hiernach und auch nach den sich konsistent in bestimmten Bereichen darstellenden Auffälligkeiten bei der neuropsychologischen Untersuchung ergäben sich jedoch durchaus Zeichen für eine leichte hirnanorganische kognitive Einschränkung. Nach den neuropsychologischen Testergebnissen, auch nach den aktuellen, könne aber umgekehrt auch festgestellt werden, dass keine sehr hohe kognitive Leistungseinschränkung bestehe. Insofern sei der Rückschluss naheliegend, dass – unter Mitbewertung der unauffälligen bildmorphologischen Darstellung des Hirnparenchyms – keine sehr starke entzündliche Hirnsubstanzschädigung bestehe. Daher lege dies auch den Rückschluss nahe, dass die organischen affektiven Veränderungen nicht sehr ausgeprägt sein sollten. Ein «Mehr» an Quantifizierung und verlässlicher kausaler Zuordnung könne aber nach der vorliegenden Diagnostik nicht ausgesagt werden. Diese Ausführungen bedeuteten aber, dass das sich aktuell darstellende Gesamtdefizit (sowohl neuropsychologisch als auch die affektiven Störungen) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich somatisch (hirnbedingt) zu erklären sei. Es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass auch ein



überbauendes psychisches Konstrukt entstanden sei, sei es bewusst oder unbewusst, denn die dargebotene Symptomatik lasse sich vom Störmuster her nicht rein somatisch erklären. Leider sei auch die Abgrenzung zum organisch-affektiven Anteil der psychischen Gesamtstörung rein ambulant nicht ausreichend sicher möglich. Diese Situation erfordere eine weitere stationäre Diagnostik. Es sei darauf hinzuweisen, dass der rein psychische Überbau der Erkrankung – im Gegensatz zum somatischen Anteil – therapierbar sei. Die Einschätzung, dass keine psychischen Auffälligkeiten bestünden, könne jedoch in Übereinstimmung mit den Behandlern nicht gestützt werden. Der Versicherte habe bei der Begutachtung ein psychisches Beschwerdebild mit Krankheitswert, auch mit depressiven Anteilen, unabhängig von der schwierigen Zuordenbarkeit der Beschwerden geboten. Das tatsächliche Ausmass der durch den Versicherten angegebenen Beschwerden könne bei auffälligen Validierungstests und einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine Symptomausweitung nicht sicher genug beurteilt werden. Davon ausgehend, dass eine Symptomausweitung vorliege, könne diese sicherlich durch die depressive Symptomatik verstärkt, jedoch auch nur fraglich vollständig geklärt werden. Am ehesten sei das betonende Verhalten mit einem hohen Leidensdruck, auch hinsichtlich psychosozialer Belastungsfaktoren (v.a. der finanziellen Situation), zu erklären. In dieser Situation sei die Beurteilung massiv eingeschränkt, vor allem hinsichtlich der Abgrenzungen einer dauerhaft verbleibenden Schädigung von einer therapierbaren Schädigung. Damit sei aber auch eine abschliessende «Abteilung» hinsichtlich Invalidität aktuell nicht möglich. Auf das vorhandene Vorgutachten der PMEDA vom April 2017 könne aus zwei Gründen nicht abgestellt werden: Die Ansicht, dass kein die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden vorliege, könne nicht gänzlich geteilt werden. Allerdings könne der Aussage zugestimmt werden, dass eine Leistungseinschätzung nicht ausreichend sicher möglich sei. Auch habe sich die Erkrankungssituation seit der Begutachtung durch die PMEDA verändert. Nach dem PMEDA-Gutachten sei beim Versicherten die Diagnose eines Rezidivs der Neurolues gestellt und erneut behandelt worden. Im Zeitraum vom Januar 2016 bis zum Januar 2018 hätte medizintheoretisch auch eine Zunahme der hirnentzündlichen Schädigung auftreten können, wofür sich aber bildmorphologisch und nach den aktualisierten Befunden einschliesslich neuropsychologischen Untersuchungen keine Belege hätten finden lassen. Klinisch habe die aktuelle Untersuchung keine überzeugenden Hinweise für ein ausschliesslich hirnorganisch erklärbares Erkrankungsbild ergeben. Ob es sich bei den darüber hinaus vorliegenden psychischen Gesundheitsstörungen um eine eigenständige psychiatrische Erkrankung oder um unter-/vorbewusste Erkrankungssymptome handle, müsse durch weitere diagnostische Instrumente im Rahmen einer stationären Abklärung begründet werden. Dies sei deshalb wichtig, weil diese Anteile therapierbar seien. Dennoch sei beim Versicherten teilweise vom Bestehen eines dauerhaften Gesundheitsschadens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen, den sie (die medexperts-Sachverständigen) aber leider ohne die Ergebnisse der stationären Diagnostik hinsichtlich der Invalidität nicht genauer einschätzen könnten, sodass die Arbeitsunfähigkeit nicht genau bemessen könne. Nach den sich aktuell darstellenden Defiziten sei aber zumindest davon auszugehen, dass eine



volle Arbeitsfähigkeit nicht mehr erreichbar sei. Entsprechend führten die Sachverständigen in ihrer polydisziplinären Arbeitsfähigkeitsschätzung (zur bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit) aus, dass für die bisherige Tätigkeit aus polydisziplinärer Sicht seit dem Dezember 2018 wegen eines instabilen Gesundheitszustandes keine verlässliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit möglich sei.

**B.d** Die RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, notierte am 8. Juni 2022 (IV-act. 285), die medexperts-Gutachter, insbesondere die psychiatrische Sachverständige, seien nicht in der Lage gewesen, eine definitive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzugeben; sie hätten eine stationäre Beurteilung für nötig erachtet. Auf das Gutachten in der vorliegenden Form könne daher nicht abgestellt werden; es sei nicht verwertbar. Der RAD habe erhebliche Zweifel, ob eine stationäre Begutachtung eine andere Beurteilung zur Folge haben würde. Zudem hätten die Gutachter auch keine Verlaufsbeurteilung vorgenommen. Daher seien folgende Rückfragen an die medexperts-Sachverständigen nötig: «1. Bitte formulieren Sie klar, welchen Nutzen Sie aus einer stationären Begutachtung gegenüber der ambulanten Beurteilung erwarten und beschreiben Sie, in welchen Beurteilungssituationen [sie] genauere Ergebnisse erwarten. Dabei soll die Einschränkung der Beurteilungsmöglichkeit möglichst genau beziffert werden. 2. Wir bitten Sie eine Beurteilung vorzunehmen, die der bestmöglichen Beurteilung im medizinisch-ambulanten Setting entspricht, inklusive einer Stellungnahme zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit.» Am 20. Juni 2022 verfassten die medexperts-Sachverständigen ihre Antwort (IV-act. 288). Die psychiatrische Sachverständige führte zur ersten Frage aus, dass eine stationäre Begutachtung es ermöglichen würde, den Versicherten über längere Zeit zu beobachten, um so seine tatsächliche Leistungsfähigkeit genauer ermittelt und das Ausmass des aggravierenden Verhaltens festgestellt werden könne. Die Beurteilbarkeit der vom Versicherten gebotenen Symptomatik werde unter der Voraussetzung einer stationären Behandlung von mindestens 4 Wochen erheblich gesteigert werden können. Der neurologische Sachverständige gab an, die Notwendigkeit einer stationären Beobachtung und gegebenenfalls auch weiterer Therapien ergäben sich aus psychiatrischen Gründen. Nur die weitere stationäre Beobachtung ermögliche die Erzielung der Daten für eine exakte Leistungsbeurteilung. Auch sollte im Rahmen der stationären Therapie nochmals eine neuropsychologische Diagnostik mit Validierungstest durchgeführt werden. Zur zweiten Frage führte die psychiatrische Sachverständige aus, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund verschiedener Faktoren erheblich erschwert. Wenn nun dennoch eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgen solle, so müsse davon ausgegangen werden, dass der Versicherte höchstwahrscheinlich seine Beschwerden betont habe und daher über mehr Ressourcen verfüge, als er angegeben habe, aber dass auch nachvollziehbare Beschwerden bestünden, deren Ausmass unklar bleibe. Die Arbeitsfähigkeit liege höchstwahrscheinlich im Bereich zwischen 50-80%. Eine genauere Einschätzung sei leider, auch hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit, nicht möglich. Der neurologische Sachverständige führte aus, dass die Beurteilung, insbesondere auf psychiatrischem Fachgebiet, aufgrund verschiedener Faktoren erheblich erschwert gewesen sei. Auf neurologischem



Gebiet sei hinsichtlich der neurokognitiven Einschränkungen auch durch chronische Kopfschmerzen, unter Berücksichtigung des klinischen Befundes sowie der neuropsychologischen Testungen einschliesslich der für die Begutachtung durchgeführten Testung, von einer Arbeitsfähigkeit von 50% in der angestammten und von 70% in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Diese Einschätzung sei diejenige, die sie als begründet nachvollziehbar erkennen könnten. Grundlage für diese Einschätzung seien die bei der Begutachtung erhobenen Befunde, die Ressourcen bei der neuropsychologischen Untersuchung und der Status vor der Therapie. Das darüber hinaus (also nach der Therapie) bestehende Funktionsdefizit erscheine ihnen angesichts der zahlreichen Inkonsistenzen und des Verlaufs unter bzw. nach der Therapie und unter Wertung der oben genannten zusätzlichen Daten/Befunde als nicht plausibel, vorbehältlich anderer Ergebnisse durch die empfohlene stationäre Diagnostik und einer aussagekräftigen (validen) neuropsychologischen Untersuchung. Allerdings sei auch bei einer neuen neuropsychologischen Untersuchung nicht mit der überwiegend wahrscheinlichen Feststellung einer bereits leichten bis mittelgradigen oder bereits mittelgradigen neuropsychologischen Funktionsstörung zu rechnen, denn hierfür seien die aktuellen neuropsychologischen feststellbaren Ressourcen des Versicherten zu gut. Das Hauptproblem in der Gesamteinschätzung bereite insofern auch nicht die neurologische, sondern die psychiatrische Gesundheitsstörung, insbesondere der Ausschluss einer Schlechterdarstellung des objektiv noch vorhandenen Leistungsvermögens. In Zusammenarbeit mit dem fallführenden Gutachter ergäben sich keine Änderungen an der interdisziplinären Gesamtbeurteilung.

**B.e** Der RAD-Arzt Dr. F. \_\_\_ notierte am 5. Juli 2022 (IV-act. 289), das medexperts-Gutachten müsse gesamthaft, insbesondere auch was den psychiatrischen Teil angehe, als mindestens teilweise nicht plausibel beurteilt werden. Die Begründung der psychiatrischen Sachverständigen im Schreiben vom 20. Juni 2022 als Antwort auf die Rückfrage des RAD vermöge hinsichtlich einer stationären Begutachtung nicht zu überzeugen. Es erschliesse sich dem Referenten auf psychiatrischer Ebene nicht, was die eigentliche (gutachterliche) Indikation für eine stationäre Begutachtung sei. Die von der psychiatrischen Sachverständigen gemachte Aussage, dass sich das Ausmass des aggravierenden Verhaltens in einer stationären Begutachtung besser feststellen lasse, erscheine als unerheblich, da im vorliegenden Gutachten die Aggravation bereits auf neuropsychologischer Ebene festgehalten worden sei. Zudem seien die Funktionseinschränkungen respektive das Funktionsniveau gutachterlich erhoben worden, sodass es nicht nachvollziehbar sei, warum eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zum Begutachtungszeitpunkt nicht möglich gewesen sei. Es sei nicht die primäre Aufgabe des Gutachters, eine 100% genaue Differenzialdiagnose zum Ursprung von möglichen psychischen Erkrankungssymptomen zu eruieren und hierfür das Mittel einer stationären Betreuung mit erneuter Begutachtung anzuwenden, insbesondere wenn im Rahmen der normalen ambulanten Begutachtungssituation Differenzialdiagnosen mit festgestellten und ausgeführten Funktionsstörungen aufgeführt werden könnten. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei zu konstatieren, dass eine



stationäre Begutachtung als nicht notwendig beurteilt werden müsse, da es nicht plausibel sei, warum eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der Begutachtung mit Bericht vom 27. Mai 2022 nicht möglich gewesen sein solle. Im Schreiben vom 20. Juni 2022 werde im Gegensatz zu der originären Begutachtung von der psychiatrischen Sachverständigen festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit auf psychiatrischer Ebene höchstwahrscheinlich im Bereich zwischen 50-80% liege, wobei eine genaue Einschätzung auch hinsichtlich des Verlaufes der Arbeitsfähigkeit nicht möglich gewesen sei. Vom neurologischen Teilgutachter werde in diesem Schreiben konstatiert, dass hinsichtlich der Feststellungen bei der Begutachtung unter Berücksichtigung der neurologischen und psychiatrischen Gesundheitsschäden von einer Arbeitsfähigkeit von 50% in der angestammten und von 70% in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen sei. In diesem Zusammenhang sei auch formal festzuhalten, dass die Gutachter im Gutachten vom 27. Mai 2022 (auf S. 9 unter 4.3) die Funktionseinschränkungen gemäss Mini-ICF-App aufgeführt und bewertet hätten. Wie bereits die RAD-Ärztin Dr. I.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 8. Juni 2022 festgehalten habe, sei nicht davon auszugehen, dass eine stationäre Begutachtung eine andere Beurteilung zur Folge haben würde; die Begründung der Gutachter erscheine nicht schlüssig. Im Gutachten sei hinsichtlich der neuropsychologischen Begutachtung eine Aggravation und somit eine ausgewiesene Inkonsistenz festgehalten worden. In diesem Zusammenhang empfehle sich insbesondere aus rechtlicher Sicht die Bewertung der Konsistenz auch hinsichtlich eines Ausschlussgrundes. Zudem sei im Rahmen der Feststellungen des Gutachtens gegebenenfalls die Frage der Beweislosigkeit zulasten der Versicherten auf juristischer Ebene zu bewerten.

**B.f** Am 19. Mai 2023 hielt der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ fest (IV-act. 298), in der angestammten Tätigkeit sei unter Beachtung des Zumutbarkeitsprofils von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, wobei angemerkt werden müsse, dass die letzte Tätigkeit das Bedienen einer Fräsmaschine beinhaltet und ein mögliches Gefährdungspotential aufgewiesen habe, was in Bezug auf die Arbeitssicherheit problematisch sei. Diese Einschätzung gelte ab Abschluss der zweiten antibiotischen Therapie und der objektivierbaren Verbesserung der Befundkonstellation im MRI vom 14. August 2018. In einer optimal leidensadaptierten Tätigkeit sei von einer leicht höheren Arbeitsfähigkeit auszugehen. Er gehe von einem Mittelwert zwischen 50 und 80% (Schätzung der psychiatrischen Teilgutachterin), also von 65% aus, ebenfalls ab dem 14. August 2018. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei primär mit einem vermehrten Pausenbedarf trotz optimaler Adaption zu erklären.

**B.g** Bereits am 24. Dezember 2021 hatten Fachpersonen des Rehasentrums berichtet (IV-act. 321), dass der Versicherte vom 29. November bis zum 24. Dezember 2021 in stationärer Rehabilitation gewesen sei. Sie hielten folgenden, beim Klinikaustritt erhobenen Neurostatus fest: «Wacher, grob orientierter Patient. Gedankengang beschränkt, neuropsychologisch verlangsamt. GCS 15. Leichte Wortfindungsstörungen. Kein Meningismus. [...]» Die Ergotherapeutin gab an, dass der Versicherte im



Alltag auf Unterstützung angewiesen sei. Er benötige bei einfachen Alltagsaufgaben ohne körperlich starke Anstrengung mehrere Pausen, um seinen Husten wieder zu beruhigen. Er zeige sich verlangsamt und unsicher in seinen Handlungen. Auch sei er sehr emotional gewesen. Bei einfachen Konzentrationsaufgaben sei er langsam, aber sehr sicher vorgegangen. Sobald das Tempo gesteigert worden sei, habe er komplett blockiert und selbst einfachste Aufgaben nicht mehr lösen können. Beim Training habe er gute Ergebnisse gezeigt, nachdem er die Aufgaben verstanden habe (geringe Fehlerquote, schnelle Reaktionsfähigkeit). Die Physiotherapeutin gab an, dass der Versicherte für Gehstrecken über die Stationsebene hinaus eine Begleitung gewünscht habe, obwohl keinerlei Gangunsicherheit oder gar Sturzgefahr ersichtlich gewesen sei. Er habe auch wiederholt Schmerzen (v.a. in der linken Körperseite) angegeben, die nicht genauer hätten definiert werden können, aber therapielimitierend gewesen seien.

**B.h** Am 23. Oktober 2023 notierte der RAD-Arzt Dr. J. \_\_\_ sinngemäss (IV-act. 330), er halte an seiner Einschätzung fest. Mit einem Vorbescheid vom 1. Mai 2024 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an (IV-act. 332), dass sie beabsichtige, sein Leistungsbegehren abzuweisen. Sie führte aus, dass im Vergleich zum medizinischen Referenzzeitpunkt (polydisziplinäres Gutachten vom 18. April 2017 und neuropsychologisches Gutachten vom 21. Dezember 2018) keine objektive Verschlechterung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Ein medizinischer Revisionsgrund seit der abweisenden Rentenverfügung vom 17. Mai 2019 sei damit nicht ausgewiesen. Hiergegen liess der Versicherte am 6. Juni 2024 einwenden (IV-act. 337), ihm sei ab dem April 2020 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei zur rechtsgenügelichen Abklärung des Sachverhalts eine Abklärung im ZBA Luzern in Auftrag zu geben. Er liess einen Bericht von dipl. med., dipl. psych. K. \_\_\_ vom 31. Mai 2024 einreichen (IV-act. 337-4 ff.). K. \_\_\_ hatte ausgeführt, dass eine «Aggravation» im Sinne einer Verdeutlichung bei einer vorhandenen leichten Demenz gegebenenfalls auch entgleisen könne. Es sei bekannt, dass gerade die leichte, beginnende Demenz zu Übertreibungen neige, da die Feinabstimmung den Erkrankten als erstes verlasse. Da dies aber krankheitsimmanent sei, sei dies nicht dem Erkrankten anzulasten. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der Begutachtung durch das PMEDA verschlechtert. Im Einzelnen bestehe keine Psychotherapiefähigkeit mehr und es liege eine beginnende dementielle Entwicklung vor. Am 15. August 2024 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt die Abweisung des Rentenbegehrens. Sie führte aus, dass im Vergleich zum medizinischen Referenzzeitpunkt (polydisziplinäres Gutachten vom 18. April 2017 und neuropsychologisches Gutachten vom 21. Dezember 2018) keine objektivierbare Verschlechterung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Ein medizinischer Revisionsgrund seit Erlass der abweisenden Rentenverfügung vom 17. Mai 2019 sei demnach nicht ausgewiesen.



## **C.**

**C.a** Am 17. September 2024 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 15. August 2014 erheben (act. G 1). Er beantragte, ihm sei ab April 2020 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei zur rechtsgenügenden Abklärung des Sachverhalts eine Abklärung im ZBA Luzern in Auftrag zu geben. Zur Begründung führte er insbesondere aus, dass auf das PMEDA-Gutachten aufgrund der gesundheitlichen Veränderungen nicht mehr abgestellt werden könne. Weiter sei wegen den überzeugenden Ausführungen der psychiatrischen medexperts-Sachverständigen eine stationäre Begutachtung durch das Gericht anzuordnen. Der neurologische und die psychiatrische medexperts-Sachverständigen hätten angegeben, dass nur eine stationäre Begutachtung die Erzielung der Daten für eine exakte Leistungsbeurteilung ermöglichen.

**C.b** Am 3. Dezember 2024 liess der Beschwerdeführer einen Kurzbericht der L.\_\_\_\_ AG vom 17. Oktober 2024 mit dem Titel «Kurzbericht Abklärung Anfrage für ein Aufbautraining» einreichen (act. G 7).

**C.c** Am 2. Dezember 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Gestützt auf die RAD-Stellungnahmen vom 19. Mai und vom 23. Oktober 2023 sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zu 50% und in einer adaptierten Tätigkeit zu 65% (Mittelwert zwischen 50-80% gem. Angabe der Arbeitsfähigkeit von der psychiatrischen medexperts-Sachverständigen) arbeitsfähig sei. Damit sei keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber dem medizinischen Referenzzeitpunkt nachgewiesen. Von weiteren Abklärungsmassnahmen seien keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten.

**C.d** Die verfahrensleitende Versicherungsrichterin bewilligte am 14. Januar 2025 das Gesuch um die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung; act. G 13).

**C.e** In einer Replik vom 11. März 2025 liess der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdeanträgen festhalten (act. G 17). Er führte ergänzend insbesondere aus, dass die RAD-Stellungnahmen und die verbleibende Arbeitsfähigkeit von 65% in adaptierten Tätigkeiten nicht überzeugten. Die Voruntersucher und die Ärzte hätten mehrmals festgestellt, dass er voll arbeitsunfähig sei. Bei dem nicht vollständig ermittelten Sachverhalt sei es dem RAD überhaupt nicht möglich gewesen, eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben; wie diese dennoch zustande gekommen sei, sei ein Rätsel. Wie eine adaptierte Tätigkeit aussehen solle, werde nicht erläutert.



**C.f** Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 13. März 2025 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 19).

**C.g** Am 26. August 2025 verfasste der zuständige Abteilungspräsident des Versicherungsgerichts ein Schreiben an das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV; act. G21). Er fragte beim BSV nach, ob unter den zugelassenen Gutachterstellen eine geeignete Institution vorhanden sei, in welcher der Beschwerdeführer über mehrere Wochen umfassend und vertieft begutachtet werden könnte, sodass im Rahmen der stationären Begutachtung allfällige Aggravationstendenzen von den tatsächlichen Symptomen mit Krankheitswert klar abgegrenzt werden könnten und damit eine fundierte und überzeugende Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit möglich wäre.

**C.h** Am 11. September 2025 liess der Beschwerdeführer in einem Schreiben vernehmen (act. G 23), dass es bei der MEDAS Interlaken einen Psychiater (Prof. Dr. M.\_\_\_\_) gebe, der im stationären Bereich arbeite.

**C.i** Mit einem Schreiben vom 24. September 2025 teilte das BSV mit (act. G 24), die Abklärungen hätten ergeben, dass keine Gutachterstelle in der Deutschschweiz in der Lage sei, eine mehrwöchige stationäre Begutachtung durchzuführen.

**C.j** Am 30. September 2025 fragte der Abteilungspräsident des Versicherungsgerichts beim BSV nach (act. G 25), ob Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, Privatklinik N.\_\_\_\_, die stationäre Begutachtung vornehmen und dabei das Ganze über Medas Interlaken laufen gelassen werden könnte.

**C.k** Am 17. November 2025 gab der Beschwerdeführer an (act. G 26), dass das Zentrum O.\_\_\_\_ eine spezialisierte, berufliche Arbeits- und Abklärungsstelle für Menschen mit Hirnverletzungen oder neurologischen Erkrankungen sei. Das O.\_\_\_\_ könnte die Abklärung in Zusammenarbeit mit der Klinik für Neurologie abwickeln.

**C.l** Das BSV liess am 14. November 2025 vernehmen (act. G 27), dass es keine Antwort auf seine Nachfrage bei der Privatklinik N.\_\_\_\_ erhalten habe. Wie weit allfällige Universitätskliniken, mit denen die IV im Übrigen keine Vereinbarung über die Erstellung von bi- und polydisziplinären Gutachten abgeschlossen habe, solche Begutachtungen durchführe, entziehe sich seiner Kenntnis.

**C.m** Der Beschwerdeführer führte am 25. November 2025 unter anderem Folgendes aus (act. G 30): «Neurolues ist eine degenerative neurologische Erkrankung. Wenn Sie in einer Klinik, die keine psychiatrische ist, anfragen wegen einer mehrwöchigen stationären Begutachtung, dann wird jede Klinik, die Neurologie anbietet, das Ansinnen abweisen.»



## Erwägungen

### 1.

**1.1** Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 15. August 2024 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint. Sie hat ausgeführt, dass im Vergleich zum medizinischen Referenzzeitpunkt (polydisziplinäres Gutachten vom 18. April 2017 und neuropsychologisches Gutachten vom 21. Dezember 2018) keine objektivierbare Verschlechterung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Ein medizinischer Revisionsgrund seit dem Erlass der abweisenden Rentenverfügung vom 17. Mai 2019 sei demnach nicht ausgewiesen. Mit dem Schreiben vom März 2020 ist kein Revisionsverfahren eingeleitet worden. Das Verfahren zum Rentenbegehren vom März 2016 ist mit der rentenabweisenden Verfügung vom 17. Mai 2019 abgeschlossen worden. Mit Datum vom 17. Mai 2019 hat damit auch die Sachverhaltsermittlung bezüglich dem Rentenbegehren vom März 2016 als abgeschlossen betrachtet werden müssen. Spätere, nach der Verfügung ergangene Verschlechterungen des Gesundheitszustandes sind im Rahmen eines neuen Verwaltungsverfahrens, also als sogenannte Neuanmeldung zu berücksichtigen. Dass die Gerichtsurteile zur Erstanmeldung nach der Neuanmeldung im März 2020 ergangen sind, ändert nichts an der Tatsache, dass die Verfügung vom 17. Mai 2019 die Sachverhaltsermittlung des Rentenbegehrens vom März 2016 abgeschlossen hat. Das Schreiben des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom März 2020 ist entsprechend als sogenannte Neuanmeldung gemäss dem Art. 87 Abs. 3 IVV zu qualifizieren.

**1.2** Wurde ein Rentenbegehren wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades abgewiesen, wird eine neue Anmeldung gemäss dem Art. 87 Abs. 3 IVV in Verbindung mit dem Art. 87 Abs. 2 IVV nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft gemacht hat, dass sich der für die Bemessung des Invaliditätsgrades massgebende Sachverhalt in einer anspruchsrelevanten Weise verändert hat. Der RAD-Stellungnahme vom 25. Mai 2021 lässt sich entnehmen (IV-act. 257-3 ff.), dass der Beschwerdeführer mit den neu eingereichten Berichten (vgl. dazu im Sachverhalt Bst. B.a.) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus psychiatrisch-neurologischer Sicht (insbes. aufgrund von Hinweisen auf eine beginnende Demenz im Rahmen der bestehenden Neurolues und auf eine mittelschwere depressive Episode mit grosser Wahrscheinlichkeit im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung) glaubhaft dargelegt hat. Der Beschwerdeführer hat damit glaubhaft gemacht, dass sich sein Gesundheitszustand anspruchsrelevant verschlechtert hat. Die Beschwerdegegnerin ist folglich zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten.

**1.3** Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung den Anspruch auf eine Invalidenrente abgewiesen. Nachfolgend ist daher nur zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.



**1.4** Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen des IVV in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2022 Anwendung (vgl. auch Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz. 9101). Der Beschwerdeführer hat sich im März 2020 erneut zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Ein Rentenanspruch kann damit frühestens im September 2020 entstehen. Damit sind die seit dem 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Bestimmungen des IVG anwendbar.

## **2.**

Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (sog. Wartejahr) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

## **3.**

**3.1** Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist massgebend, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigung in welchem Umfang noch zugemutet werden können. Auf das im vorangehenden Verwaltungsverfahren in Auftrag gegebene PMEDA-Gutachten kann nicht mehr abgestellt werden. Die Gutachter der medexperts ag haben nämlich überzeugend dargelegt, dass sich die Erkrankungssituation seit der Begutachtung durch die PMEDA verändert hatte (vgl. dazu auch im Sachverhalt Bst. B.c), womit das PMEDA-Gutachten für



den vorliegenden Sachverhalt nicht mehr relevant ist. Vorliegend gilt es daher, das medexperts-Gutachten vom 27. Mai 2022 auf seinen Beweiswert zu prüfen.

**3.2** Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a).

**3.3** Die medexperts-Sachverständigen haben den Anlass der Begutachtung umschrieben; sämtliche Vorakten haben ihnen zur Verfügung gestanden. Wo notwendig haben die Sachverständigen zu den Vorakten Stellung genommen. Die Sachverständigen haben den Beschwerdeführer je persönlich untersucht, seine subjektiven Klagen aufgenommen und die objektiven Befunde festgehalten. Weiter haben sie die von ihnen erhobenen Diagnosen aufgelistet und deren Herleitung umschrieben. Die Sachverständigen haben auch zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität Ausführungen gemacht (vgl. die Ausführungen im Sachverhalt Bst. B.c) und Symptomvalidierungen vorgenommen. Die Sachverständigen für Allgemeine Innere Medizin und für Neurologie haben dargelegt, weshalb einzelne Einschätzungen oder Schlussfolgerungen der Behandler nicht plausibel gewesen sind bzw. welche von den Behandlern gestellten Diagnosen haben nachvollzogen werden können. Nichts deutet darauf hin, dass diese beiden Sachverständigen eine wesentliche medizinische Tatsache übersehen oder versehentlich ignoriert hätten. Diese beiden Sachverständigen haben sich auch mit den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Sie haben ein ausführliches Belastungsprofil des Beschwerdeführers angegeben. Die ausformulierten Adaptionskriterien sind ohne weiteres nachvollziehbar. Die von den Sachverständigen für Allgemeine Innere Medizin und für Neurologie aus der Sicht ihrer jeweiligen Disziplin abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen überzeugen.

**3.4** Die neuropsychologische Sachverständige hat festgehalten, die Untersuchungsergebnisse seien schwankend und nicht durchgängig plausibel gewesen. Die Validität der erfassten Befunde müsse als eingeschränkt erachtet werden, da die drei durchgeführten Symptomvalidisierungsverfahren Hinweise auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft geliefert hätten. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Untersuchungsbefunde nicht das tatsächliche kognitive Leistungsvermögen widerspiegeln. Dementsprechend hat die neuropsychologische Sachverständige keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Auch die psychiatrische Sachverständige hat ausgeführt, sie könne die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht angeben. Begründet hat sie dies damit, dass die Validisierungstests auffällig gewesen seien und dass mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine Symptomausweitung bestehe. Ein dauerhafter Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht sicher feststellen, aber auch nicht sicher ausschliessen. Aufgrund einer Anfrage des RAD hat die



psychiatrische Sachverständige dann doch eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben (50% bis 80%). Sie hat aber darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer seine Beschwerden höchstwahrscheinlich betont habe und somit über mehr Ressourcen verfüge, als er angegeben habe. Andererseits bestünden aber auch nachvollziehbare Beschwerden, deren Ausmass unklar geblieben sei. Die nachträglich abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung von 50% bis 80% (nach der - wohl gesetz- und verfassungswidrigen – bundesgerichtlichen Rechtsprechung also 65%) vermag nicht zu überzeugen, da das erforderliche Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in Bezug auf die Beschwerden und deren jeweilige Art und Stärke und damit natürlich auch in Bezug auf die Diagnosen aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht nicht erreicht ist. Die psychiatrische Sachverständige hat nämlich in ihrer Antwort auf die Rückfrage des RAD erneut auf die fehlende Validität der medizinischen Befunde hingewiesen. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung, die sich auf einen noch nicht ausreichend ermittelten medizinischen Sachverhalt abstützt, vermag offensichtlich nicht zu überzeugen.

#### 4.

Somit hat die Beschwerdegegnerin den massgebenden Sachverhalt nicht vollständig abgeklärt, weshalb die angefochtene Verfügung in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ergangen ist und als rechtswidrig aufgehoben werden muss. Die Sache ist zur Sachverhaltsermittlung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Nach der Auffassung des Bundesgerichts ist die Rückweisung in diesem Fall zulässig (vgl. BGE 137 V 210, E. 4.4.1.4, denn eine Sache ist an die IV-Stelle zurückzuweisen, wenn dies allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2019, 8C\_525/2019, E. 3.3). Ob die umfassende Erhebung des medizinischen Sachverhalts tatsächlich eine stationäre Begutachtung erfordert und, wenn ja, ob eine Institution existiert, die eine solche Begutachtung ermöglicht, wird die Beschwerdegegnerin zu entscheiden bzw. abzuklären haben. Würde das Gericht der Beschwerdegegnerin diesbezüglich Vorgaben machen, so würde es in aufsichtsrechtlicher Weise auf ein zukünftiges Verwaltungsverfahren Einfluss nehmen. Dies wäre durch die Beurteilungskompetenz nicht abgedeckt, denn diese beschränkt sich auf die angefochtene Verfügung und damit auf das dieser Verfügung vorausgegangene, abgeschlossene Verwaltungsverfahren.

#### 5.

**5.1** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Die Rückweisung einer Sache gilt hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen



rechtsprechungsgemäss als ein vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten sind deshalb der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

**5.2** Der Beschwerdeführer hat einen Anspruch auf eine volle Parteientschädigung. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor dem Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der st.gallischen Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint praxisgemäss ein Honorar von Fr. 4'000.-- als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit insgesamt Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

## Entscheid

### 1.

Die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen.