

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/116 vom 2. Februar 2007

Sg Versicherungsgericht, 2007-02-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_116

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/116 du 2 février 2007

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/116 del 2 febbraio 2007

Regeste

Art. 28 IVG, Art. 7 f. ATSG. Würdigung verschiedener medizinischer Beurteilungen über einen längeren Zeitraum hinweg, darunter zweier in Kenntnis von Observationsergebnissen abgegebener Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Oktober 2018, IV 2017/116).

Erwägungen

E. 1

Im Streit liegt die Verfügung vom 17. Februar 2017, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 30. Januar/2. Februar 2007 abwies. Der Beschwerdeführer beantragt im Hauptstandpunkt die Ausrichtung einer Rente. - Mit Mitteilung vom 20. August 2010 war die Arbeitsvermittlung abgeschlossen worden, nachdem eine berufliche Abklärung vom 19. April bis 16. Juli 2010 einen nur geringfügigen Leistungsgrad ergeben hatte.

E. 2

2.1 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. 2.2 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). 2.3 Art. 8 Abs. 1 ATSG umschreibt Invalidität als die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.3.1 Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann daher nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid 9C_125/2015 E. 5.3, BGE

130 V 396). Die subjektiven Angaben der versicherten Person genügen für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität allein nicht; vielmehr muss verlangt werden, dass die Angaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (vgl. zu Schmerzleiden BGE 130 V 352 E. 2.2.2).

2.3.2 Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.1). Nach der jüngsten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen, denn bei sämtlichen psychischen Störungen bestehen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind nach dem genannten BGE 141 V 281 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. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder unter dem Einfluss der Folgen der Erzielung eines sekundären Krankheitsgewinns steht (der rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben hat, vgl. BGE 130 V 352), liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Hinweise darauf ergeben sich (im Zusammenhang mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt) namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2).

2.3.3 Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1). - Die Rechtsanwender überprüfen die ärztlichen bzw. gutachterlichen Angaben frei, insbesondere darauf hin, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (vgl. Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2).

2.3.4 Hinsichtlich der Beweiserhebung durch eine Observation (verdeckte Datenerhebung in systematischer Weise und für konkrete Zwecke), die im Auftrag eines Unfallversicherers (Sozialversicherungsträger) durch einen Privatdetektiv erfolgt war, hat der Europäische

Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in einem Urteil gegen die Schweiz vom 18. Oktober 2016 (61838/10) erkannt, dass hierfür keine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehe und durch eine solche Observation deshalb Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privatlebens) verletzt worden sei (vgl. § 77). Das Bundesgericht hat in der Folge entschieden, dass das trotz Art. 59 Abs. 5 IVG auch im Bereich der Invalidenversicherung gelte (mit der Folge, dass solche Handlungen ebenfalls Art. 8 EMRK bzw. den einen im Wesentlichen gleichen Gehalt aufweisenden Art. 13 BV verletzen; vgl. BGE 143 I 377, Bundesgerichtsurteil vom 9. Mai 2018, 8C_605/2017). - Was die Verwertbarkeit des auf die betreffende Art erlangten Beweismaterials betrifft, hat der EGMR festgehalten, Art. 6 EMRK garantiere zwar das Recht auf eine faire Verhandlung, lege aber keine Regeln über die Zulässigkeit eines Beweismittels oder über die Art fest, wie es eingeschätzt werden müsse. Das sei in erster Linie Sache des nationalen Rechts und der nationalen Gerichtshöfe (vgl. § 92). Der EGMR prüfe nur (aber immerhin), ob das Verfahren als Ganzes fair gewesen sei (vgl. § 93). Die Frage, ob die Verwertung eines in Verletzung von Art. 8 EMRK erhobenen Beweismittels eine Verletzung (des so umschriebenen Rechts von Art. 6 EMRK) bewirke, müsse mit Blick auf alle Umstände einschliesslich (der Frage) der Beachtung der Verteidigungsrechte des Betroffenen und der Qualität und Bedeutung des Beweismittels bestimmt werden (vgl. § 94), insbesondere sei zu prüfen, ob Gelegenheit zur Bestreitung der Authentizität des Beweises und zur Ablehnung dessen Verwendung gegeben worden sei (vgl. § 95). Das Bundesgericht legte zur Verwertbarkeit rechtswidrig erlangter Beweismittel in BGE 143 I 377 (E. 5.1.1) dar, ein Beweisverwertungsverbot finde sich im Sozialversicherungsrecht nicht. Mangels dortiger fachspezifischer Kodifizierung sei die Rechtsprechung aus dem Bereich des Strafprozesses eingeflossen. Dort (vgl. Art. 141 Abs. 2 StPO, wonach Beweise, die Strafbehörden in strafbarer Weise oder unter Verletzung von Gültigkeitsvorschriften erhoben haben, nicht verwertet werden dürfen, es sei denn, ihre Verwertung sei zur Aufklärung schwerer Straftaten unerlässlich) sei eine Interessenabwägung anzustellen: Je schwerer die zu beurteilende (Straf-) Tat sei, umso eher überwiege das öffentliche Interesse an der Wahrheitsfindung das private Interesse des Angeklagten daran, dass der fragliche Beweis unverwertet bleibe (vgl. für das Strafprozessrecht BGE 131 I 272 E. 4.1.2). Eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme sei zu (straf-) prozessualen Zwecken so lange verwertbar, als der Beschuldigte die aufgezeichneten Handlungen aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung gemacht habe und ihm dabei keine Falle gestellt worden sei (so wiederum BGE 131 I 272 E. 4.2). In der Invalidenversicherung habe der Gesetzgeber eine Observationsmöglichkeit durch eine Privatdetektei ausdrücklich installieren wollen, diese jedoch nicht hinreichend legiferiert, was allerdings durch eine geplante ATSG-Revision behoben werden solle. Ferner rechtfertige es sich mit Blick auf die seit 2011 in Kraft stehende Regelung in der Schweizerischen Zivilprozessordnung (vgl. Art. 152 Abs. 2 ZPO, wonach rechtswidrig beschaffte Beweismittel nur berücksichtigt werden, wenn das Interesse an der Wahrheitsfindung überwiegt), für den Entscheid über die Verwertbarkeit des rechtswidrig erlangten Beweises hauptsächlich die Interessenabwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen als massgebend zu betrachten (vgl. E. 5.1.1). Anzumerken ist, dass eine gezielte verdeckte Observation in der ZPO mit ihrem Numerus clausus der Beweismittel als solches allerdings gar nicht vorgesehen ist. In E. 5.1.3 (des genannten BGE 143 I 377) erwog das Bundesgericht weiter, im Sozialversicherungsrecht sei wohl insoweit von einem absoluten Verwertungsverbot auszugehen, als es sich um Beweismaterial handle, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum (vgl. dazu BGE 137 I

327) zusammengetragen worden sei. Das Ergebnis könne indessen verwertet werden, wenn das Beweismaterial nicht im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen worden ist, die betroffene Person weder einer systematischen noch ständigen Überwachung ausgesetzt war, wenn Handlungen aufgezeichnet wurden, die sie aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung machte und wenn ihr keine Falle gestellt worden ist (E. 5.1.1, vgl. dazu auch die Bundesgerichtsurteile vom 14. Mai 2018, 9C_462/2017 E. 2.3, und vom 14. November 2017, 9C_261/2017 E. 4.1).

E. 3

Der vorliegend zu beurteilende medizinische Sachverhalt erstreckt sich über den langen Zeitraum von 2005 bis 17. Februar 2017. - Zu beachten ist bei der zunächst vorzunehmenden Würdigung der ärztlichen Beurteilungen in den verschiedenen (sechs) Phasen (E. 4.1 bis 4.6) vorweg, dass (abgesehen von der RAD-Beurteilung vom 29. April 2011) erstmals das Gutachten des Neurologicums von 2014 Kenntnisse aus der Observation (dazu unten E. 4.5.6) von März/April 2011 berücksichtigen konnte.

E. 4

4.1 Zunächst (Phase 1) hatte sich der Beschwerdeführer wegen einer Lumboischialgie zum Leistungsbezug angemeldet, nachdem er gemäss Unfallmeldung am 2. November 2005 auf einer Treppe gestürzt war. Ein MRI vom 10. November 2005 hatte ergeben, dass sich der früher (2004) gefundene Bandscheibenvorfall praktisch vollständig zurückgebildet hatte. Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen hielt am 23. November 2005 fest, es sei damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer mit anfänglich zurückhaltender und später etwas verstärkter Physiotherapie wieder vollständig beschwerdefrei werden könne (vgl. IV-act. 18-9). Nach einer notfallmässigen Untersuchung am 14. Dezember 2005, bei welcher der Beschwerdeführer von einem Verhebetauma vom 13. Dezember 2005 berichtet hatte, war das Beschwerdebild regredient erschienen (IV-act. 18-7). Am 21. Februar 2006 war eine Nervenwurzelinfiltration erfolgt, worauf sich der Beschwerdeführer offenbar lange Zeit (mindestens bis zum Datum des Berichts vom 16. Februar 2007) in der Klinik nicht mehr gemeldet hat. Nach kreisärztlicher Beurteilung vom 31. August 2006 hatten sich damals in der Folge keine organischen Unfallfolgen mehr (hingegen noch vorbestehende deutliche degenerative Veränderungen L5/S1) nachweisen lassen. Es war im entsprechenden Bericht zudem festgehalten worden, nach der Infiltration sei es zu einer deutlichen Schwäche im Bereich des rechten Beins, jedoch auffallenderweise nicht zu einer akuten Schmerzlinderung gekommen. Es hatte somit eine mögliche Diskrepanz vorgelegen.

4.2 Im August 2008 sowie Februar und März 2009 (Phase 2) wurden der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ein erstes Mal bidisziplinär begutachtet. In somatischer Hinsicht ergaben sich dabei gemäss dem Gutachten der Klinik H.____ vom 15. April 2009 in erster Linie ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits und daneben ein chronisches rezidivierendes Thorakovertebralsyndrom. Als angepasst umschriebene Tätigkeiten wurden als ganztags zumutbar betrachtet. Rheumatologisch wurde daher diesbezüglich keine Einschränkung festgelegt. - Allerdings wurde aufgrund der psychischen Symptomatik eine um maximal 20 % verminderte Leistungsfähigkeit angenommen (IV-act. 60-9). Die im psychiatrischen Teilgutachten vorgenommene Einschätzung, wonach (erst) nach einem Arbeitstraining mit stufenweisem Aufbau - als erforderlich bezeichnet wegen der langen Arbeitsabsenz und der psycho-physischen Dekonditionierung mit subjektiv negativer Einschätzung der Leistungsfähigkeit und daraus folgender reduzierter Leistungsmotivation - in absehbarer

Zeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (ca. 6.75 Stunden Präsenzzeit pro Tag) zumutbar wäre, wurde bidisziplinär offenbar nicht entsprechend übernommen. Es wurde allerdings eine drei- bis vierwöchige stationäre Rehabilitation (mit Infiltrationen der Intervertebralgelenke und psychologischer/psychiatrischer Betreuung) empfohlen. - Nachträglich (bei Beantwortung von Ergänzungsfragen des RAD) wurde die Beurteilung am 1. Juli 2009 dann insofern geändert, als in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Februar 2007 eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % und erst nach der empfohlenen stationären Rehabilitation (von neu sechs bis maximal neun Monaten) im Herbst 2009 und allerspätestens Ende 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % angenommen werden könne, unter fortgesetztem Training innerhalb eines Jahres nach der Begutachtung sogar eine volle Arbeitsfähigkeit. - Die nachträgliche Änderung der Beurteilung wurde nicht begründet, weshalb sie nicht nachvollziehbar erscheint. - Des Weiteren ist das Gutachten zu einem Zeitpunkt vor der Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 (am 3. Juni 2015) erstellt worden, was allerdings nicht bedeutet, dass es deswegen den Beweiswert per se verlöre (vgl. BGE 141 V 281 E. 8; vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 18. Mai 2017, 8C_842/2016). Wird das Gutachten nach den entsprechenden Vorgaben betrachtet, ist zunächst festzuhalten, dass eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurden. Diese Diagnosen seien unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer als bedrohlich empfundenen Belastungsfaktoren durch die anstehende Kündigung des Arbeitsplatzes (allerdings bereits vor dem Unfall erfolgt) und die Exacerbation der lumboischialgieformen Symptomatik durch den Unfall und die materielle Unsicherheit nach der Einstellung der UV-Zahlungen samt schwelender Versicherungsproblematik mit nachfolgendem Paarkonflikt gestellt worden. Das habe zu ausgeprägten dysfunktionalen Verhaltensmustern mit Symptomausweitung, Selbstlimitierung, regressivem Verhalten, einer fixierten Schonhaltung und einer psychogen überlagerten Gangstörung mit schliesslich Verharren in einer Krankenrolle mit subjektiver Leistungsinsuffizienz und vorwiegend psychischer Dekonditionierung geführt. Die Entwicklung sei überwiegend durch psychosoziale Faktoren bedingt (vgl. IV-act. 60-21 f. und 25). Bei der EFL war festgestellt worden, dass die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers schlecht, das Leistungsverhalten nicht adäquat, die Schmerzbeschreibung undifferenziert und die Konsistenz schlecht gewesen seien. Der Beschwerdeführer habe sich sehr auffällig verhalten, etwa sich stets extrem langsam bewegt. Wenn er sich gemäss dem Gutachten bei der Anamnese nur sehr gebrochen und einsilbig mitteilen konnte, bei der Schmerzbefragung jedoch sehr wortreich und ausführlich, lag darin ebenfalls eine gewisse Inkonsistenz. Es wurde auch Selbstlimitierung festgestellt. Bei diesen Gegebenheiten sind auch unter dem Blickwinkel der jüngeren Rechtsprechung zur Objektivierung der psychischen Gesundheitsschäden entscheidende Vorbehalte gegen den Beweiswert einer Beurteilung mit Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers erheblichen Ausmasses zu machen. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang im Übrigen, dass das in der nachträglichen Änderung der gutachterlichen Beurteilung als bedeutsam betrachtete Arbeitstraining aus psychiatrischen und nicht etwa aus somatischen Gründen für erforderlich gehalten worden war. - Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat dem Gutachten denn auch schon in seiner Entscheid vom 8. Oktober 2013 bei damaliger Aktenlage den Beweiswert (bei Annahme eines Attests von Arbeitsunfähigkeit von 50 %) abgesprochen, wenn auch aus anderen als den oben genannten Gründen (noch keine Rehabilitation, wie für 80 % Arbeitsfähigkeit vorausgesetzt). 4.3 Bei der beruflichen Abklärung von April bis Juli 2010 (Phase 3) zeigte

der Beschwerdeführer eine selbst für einen geschützten Arbeitsplatz kaum ausreichende Leistung. Von den behandelnden Stellen wurde er ganz oder teilweise arbeitsunfähig geschrieben (Medizinisches Zentrum K.____, 3. September 2010: 100 %; Dr. D.____, 22. Oktober 2010: 50 %). - Die RAD-Beurteilung vom 29. April 2011 nach Kenntnisnahme von den Ergebnissen der Observation vom 29. März bis 1. April 2011 stellte eine Aktenbeurteilung dar, ohne dass der Beschwerdeführer vom RAD selber untersucht worden wäre. Deshalb war die Einschätzung nicht ausreichend beweiskräftig. 4.4 Im Februar/März 2014 (psychiatrische Expertise des Neurologicums) und im Mai 2014 (rheumatologische Expertise des Neurologicums) wurde der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erneut begutachtet (Phase 4), und zwar unter Berücksichtigung der Observationsergebnisse. 4.4.1 Rheumatologisch gesehen ergab sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die objektivierbaren Befunde hätten sich seit der Begutachtung von 2009 nicht verändert. Damals sei aber ein deutlich stärkeres demonstratives Verhalten gezeigt worden, während die aktuellen klinischen Befunde deutlich weniger ausgeprägt und deutlich besser mit den radiologischen Befunden korrelierend seien. Die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % sei nicht nachvollziehbar. Der Gutachter erkannte im Übrigen mit Recht, dass die spätere Korrektur der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Vorgutachter der Klinik H.____ auf dieses Ausmass an Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar ist (wie oben dargelegt). Das Begutachtungsergebnis des Gutachters der Rheumatologie des Neurologicums vom 26. Juni 2014 ist schlüssig begründet und es kann darauf abgestellt werden, auch was die zurückliegende Zeit betrifft. 4.4.2 Unter psychiatrischem Aspekt wurde vom Neurologicum festgehalten, die Arbeitsfähigkeit sei nicht mit notwendiger Sicherheit feststellbar. Diagnostiziert wurde allerdings lediglich eine Dysthymia, welche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei. Eine affektive Störung finde sich zurzeit nicht; abgesehen von einer fluktuierenden gereizten Dysphorie habe der Beschwerdeführer keine affektiven Besonderheiten gezeigt. Eine depressive Episode habe nicht mit nötiger Sicherheit diagnostiziert werden können; ihr Vorliegen scheine jedoch eher unwahrscheinlich zu sein. Die Psychomotorik des Beschwerdeführers sei intakt gewesen. Eine somatoforme Schmerzstörung oder eine narzisstische Persönlichkeitsstörung würden nicht vorliegen. Die auf dem Observationsvideo festgehaltenen Aktivitäten seien mit dem Vorliegen von invalidenversicherungsrechtlich relevanten Defiziten im Antrieb nicht und mit entsprechenden konzentrativen Defiziten nur in begrenztem Ausmass vereinbar. Hingegen gäben sie keinen Aufschluss über die affektive Lage des Beschwerdeführers und seien daher mit der Diagnose einer Dysthymia vereinbar. Die Beschwerdeschilderung sei mit Nachdruck und spürbarer Demonstrativität erfolgt. Die Angaben über die subjektiven Defizite hätten zum weitgehend blanden psychopathologischen Befund differiert. - Obwohl keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erfolgte, kommt den gutachterlichen Angaben zum Befund und der Auseinandersetzung mit den abweichenden Diagnosen bei der Beurteilung des damaligen Zustands des Beschwerdeführers Gewicht zu. 4.5 Nachdem Dr. G.____ im August 2014 von einer Verschlechterung mit unberechenbar auftretenden Dekompensationen und intensiv pathologisch paranoid-aggressiven Reaktionen berichtet hatte, der Beschwerdeführer von 2. Oktober bis 14. November 2014 in der Klinik Q.____ hospitalisiert gewesen war und Dr. G.____ im Dezember 2015 angegeben hatte, es sei dem Beschwerdeführer lediglich noch Arbeit in therapeutisch geführtem geschütztem Rahmen möglich, erfolgte im Mai 2016 (Phase 5) eine Verlaufsbeurteilung durch das Neurologicum. 4.5.1 Aufgrund der rheumatologischen Begutachtung vom Mai 2016 wurde festgehalten, es habe sich keine

Veränderung im Vergleich zur Vorbegutachtung 2014 ergeben. Der Gutachter berücksichtigte die Angaben des Beschwerdeführers zu den (unveränderten und neu angegebenen) Beschwerden. Er benannte die vorgefundenen Unterschiede (Bewegungseinschränkung der LWS nun etwas akzentuierter demonstriert mit allerdings eindeutiger aktiver Gegeninnervation bei passiver Bewegungsprüfung; normale Kraftprüfung der radikulären Kennmuskeln, während 2014 noch eine generelle Schwäche demonstriert worden sei). Die klinischen und radiologischen Befunde hätten keine relevanten neuen Aspekte gezeigt. - Die Begutachtung erscheint vollständig und ihr Ergebnis nachvollziehbar begründet. 4.5.2 Die psychiatrische Exploration fand ebenfalls im Mai 2016 statt. Der Gutachter hat gemäss seinem Teil des Gutachtens die Vorakten zur Kenntnis genommen und den Beschwerdeführer befragt. Um ihm Gelegenheit zu geben, allenfalls auf Formulierungen Einfluss zu nehmen oder anknüpfende Tatsachen mitzuteilen, erfolgte während des Gesprächs das Diktat seiner Angaben. Der Gutachter nahm die Anamnese auf. - Er legte dar, das vom Beschwerdeführer (bei der Begutachtung) gezeigte Verhalten stehe in deutlichem Kontrast zum Verhalten, das in den Observationsvideos dokumentiert sei. Deshalb sei eine diagnostische Festlegung nicht möglich bzw. die Gesamtbewertung mit einer erheblichen Unsicherheit behaftet (vgl. IV-act. 219-33). Zwei wesentliche Faktoren würden die diagnostische Einschätzung in Frage stellen bzw. eine definitive Zuordnung nicht zulassen. Nämlich zum einen dieser genannte diametrale Gegensatz und zum andern das Ergebnis des SFSS-Tests (vgl. IV-act. 219-23). Dieser Test (Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome) hatte mit einem Wert von 54 ein deutlich über dem cut off von 16 liegendes Ergebnis geliefert. Damit ist nach gutachterlicher Beurteilung eine Beschwerdeverdeutlichung vor allem auf den Skalen neurologischer Beeinträchtigung, affektiver Störung und amnestischer Störung wahrscheinlich gemacht (vgl. IV-act. 219-30 f.). - Der Experte hält weiter fest, die Angaben zu Erlebnissen in der Heimat (erst nach längerem Untersuchungsgespräch und nach Nachfragen) seien durchgehend inkonsistent gewesen (vgl. IV-act. 219-22). - Der Gutachter hatte als Beurteilungsgrundlage die Befunde erhoben. Dabei fand er abgesehen von einer etwas angespannten Stimmungslage keine Anhaltspunkte für pathologische Zustände. Der Beschwerdeführer sei moros gewesen, aber nicht melancholisch (vgl. IV-act. 291-21 f.), mit wechselnden Klagen und einem deutlichen Ausdruck des Gequält-Seins (vgl. IV-act. 219-23). Funktionseinschränkungen auf psychiatrischem Fachgebiet seien eigentlich nicht zu erkennen gewesen (vgl. IV-act. 219-34). Die geklagten Beschwerden hätten sich nicht objektivieren lassen; die Zusammenschau der klinischen Befunde, der Testpsychologie und der Observationsvideos liessen die Annahme einer gravierenden psychischen Störung nicht zu (vgl. IV-act. 219-39). Im Vordergrund stehe eine morose, offenbar chronische dysthyme Verstimmung nach Art einer Dysthymia, wobei allerdings die Beobachtungen in Zeiten, zu denen der Beschwerdeführer observiert worden sei, keinerlei Anzeichen für eine solche Verstimmung geboten hätten (vgl. IV-act. 219-32). - Der Gutachter erklärte, zurzeit liege keine krankheitswertige Störung auf dem Gebiet der Psychiatrie vor, welche die geltend gemachten Beschwerden erklären könnte (vgl. IV-act. 219-39). Zu stellen sei die rein deskriptive Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (vgl. IV-act. 219-32). Mit hinreichender überwiegender Wahrscheinlichkeit könne für das psychiatrische Fachgebiet keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden (vgl. IV-act. 219-32). Es bestehe zurzeit keine krankheitswertige Störung auf psychiatrischem Fachgebiet und keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung (vgl. IV-act. 219-41 f. und IV-act. 219-37;

allerdings eine massive jahrelange Dekonditionierung, vgl. IV-act. 219-37). Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung lasse sich zurzeit sicherlich nicht stellen, auch nicht jene einer ausgeprägten affektiven Störung (aus dem Bereich der depressiven Episoden oder einer bipolaren Störung; vgl. IV-act. 219-23, ebenfalls IV-act. 219-32); auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung lasse sich nicht positiv belegen bzw. bestehe zurzeit nicht (vgl. IV-act. 219-23 und 32 f.). - Was die zurückliegende Zeit betrifft, legte der Gutachter dar, in der Vergangenheit, insbesondere in der Klinik Q.____, seien sehr weitgehende diagnostische Festlegungen zum Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer erheblichen Depressivität des Beschwerdeführers getroffen worden. Naturgemäss könne retrospektiv keine Einschätzung der damaligen Situation erfolgen, doch müsse deutlich festgestellt werden, dass die bei der Begutachtung gemachten Angaben des Beschwerdeführers zu den damals geschilderten Zusammenhängen inkonsistent gewesen seien (vgl. IV-act. 219-34 f.). Jedenfalls für die Zeit bei der Observation 2011 und für jene bei der Begutachtung (also Mai 2016) sei keine gravierende psychische Störung anzunehmen. Dass in der Zwischenzeit eine gravierende Störung bestanden habe, sei damit nicht ausgeschlossen (vgl. IV-act. 219-41). - Auch diese (Teil-) Begutachtung kann als umfassend betrachtet werden; namentlich stütze der Experte Ergebnisse und diagnostische Feststellungen (nebst den testpsychologischen Befunden und der Aktenkenntnis samt Observationsvideos) auf die erhobenen klinischen Befunde. Die Schlussfolgerungen sind begründet worden. Sie haben den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für sich. - Im bidisziplinären Konsens wurde bestätigt, dass aus psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. IV-act. 219-44). Das Gutachten insgesamt und sein Ergebnis voller Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sind nach dem Dargelegten beweiskräftig. Hieran ändern die Beanstandungen nichts: 4.5.3 Der Beschwerdeführer lässt verschiedene Einwände erheben, so etwa, der Gutachter der Rheumatologie sei - da es sich (im Mai 2016) um seine zweite Begutachtung (nach derjenigen vom Mai 2014) gehandelt habe - vorbefasst und das Ergebnis des Gutachtens von vornherein absehbar gewesen. - Ausstands- oder Ablehnungsgründe müssen so früh wie möglich geltend gemacht werden. Wenn dies schon vorher möglich gewesen wäre, ist es nicht angebracht, sie erst im Rechtsmittelverfahren vorzubringen. Wird die sachverständige Person nicht unverzüglich als befangen abgelehnt, wenn die betroffene Person vom Ablehnungsgrund Kenntnis erhält, verwirkt sie den Anspruch auf spätere Anrufung der Verfahrensgarantie (vgl. BGE 137 V 210 E. 6.1.1, BGE 132 V 93 E. 7.4.2; Bundesgerichtsurteil vom 12. November 2013, 8C_545/2013 E. 4.3). Dass der gleiche Gutachter der Rheumatologie beigezogen wird wie bei der ersten Begutachtung durch das Neurologicum, wurde dem Beschwerdeführer am 20. Januar 2016 bekannt gegeben. Erst nach der Begutachtung, auf den Vorbescheid hin, liess der Beschwerdeführer allerdings den Einwand der Befangenheit vorbringen. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Anordnung einer (erneuten) Begutachtung (auch) in rheumatologischer Hinsicht deshalb vorgesehen worden war, weil von psychiatrischer Seite im Verlauf seit der letzten Begutachtung auch rezidivierende Schmerzexazerbationen der vorbestehenden lumbalen Symptomatik beschrieben worden seien und eine eventuelle Verschlechterung der somatischen Situation nicht verpasst werden wollte (vgl. RAD IV-act. 196-2). Fraglich war daher ein allfälliger rheumatologischer Verlauf seit der letzten Begutachtung. Eine Beurteilung der Frage, ob sich seit einer Begutachtung eine allfällige Veränderung des Sachverhalts im Zeitablauf ergeben habe, ist sinnvollerweise wieder beim gleichen Gutachter in Auftrag zu geben ist, zumal von ihm damit nicht verlangt wird, seine eigenen

Erhebungen und Folgerungen einer (selbst-) kritischen Neubeurteilung zu unterziehen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 18. Juni 2014, 9C_441/2014 E. 2.2.3; vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 20. August 2008, 8C_89/2007 E. 6.2). Der Umstand, dass ein Sachverständiger sich schon einmal mit einer Person befasst hat, schliesst denn auch seinen späteren Beizug als Gutachter nicht von vornherein aus. Er tut dies nur, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit objektiv zu begründen vermögen (vgl. Bundesgerichtsurteil 21. August 2015, 9C_700/2014 E. 4.2.2, BGE 132 V 93 E. 7.2.2). Vorliegend gibt es keinen Anhaltspunkt dafür, dass das Ergebnis der rheumatologischen Begutachtung nicht mehr als offen hätte betrachtet werden können.

4.5.4 Hinsichtlich der psychiatrischen Begutachtung wendet der Beschwerdeführer des Weiteren ein, wegen Übermüdung sei er bei einem psychiatrischen Test nicht in der Lage gewesen, richtige Antworten zu geben, und die Dolmetscherin habe das selbständig erledigt. Auf einen solchen Sachverhalt gibt es keinen Hinweis. Das Gutachten ist ausserdem das Ergebnis einer Beurteilung verschiedener Erhebungen insgesamt.

4.5.5 Der Beschwerdeführer bringt ferner vor, der bei der zweiten Begutachtung tätig gewesene Psychiater sei der einzige, der seine psychische Erkrankung bestritten habe und der behaupte, er aggraviere, simuliere und sei psychisch nicht erkrankt, sondern voll arbeitsfähig. Zahlreiche Psychiater und Ärzte hätten bei ihm volle Arbeitsunfähigkeit festgestellt, und zwar nicht nur der Hausarzt oder die behandelnde Psychiaterin, sondern auch Spitäler und medizinische Zentren. - Es trifft zu, dass mehrere Ärzte und die berufliche Abklärungsstelle (sowie ihr folgend in einer damaligen Stellungnahme der RAD) dem Beschwerdeführer eine volle oder hälftige Arbeitsunfähigkeit attestiert haben. Alle medizinischen Berichte und Gutachten sind jedoch bei der Beweiswürdigung je auf ihre Aussagekraft hin zu prüfen.

4.5.6 Konkret ist darauf hinzuweisen, dass die Atteste der behandelnden Stellen ohne Kenntnis von den Ergebnissen einer Observation des Beschwerdeführers durch die Beschwerdegegnerin abgegeben wurden, was ihren Beweiswert (ggf. rückblickend) schwächt. Das Versicherungsgericht hat am 8. Oktober 2013 eine medizinische Abklärung unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse angeordnet (bei damaliger Annahme einer gesetzlichen Grundlage, E. 2.2; vgl. zur Bindungswirkung von Erwägungen mit Ausnahme von allenfalls zulässigen Noven das Bundesgerichtsurteil vom 27. März 2018, 8C_824/2017 E. 2.2 m.H.; vgl. zum Eingriff in Rechtskraft von Verfügungen bei Praxisänderungen BGE 120 V 128 E. 3c, BGE 112 V 387 E. 3c, BGE 141 V 585 E. 5.2). Zwar ist gemäss jüngerer Rechtsprechung nun davon auszugehen, dass Observationen auch im Bereich der Invalidenversicherung keine genügende gesetzliche Grundlage haben, doch hindert das ihre Verwertbarkeit vorliegend wie entschieden nicht. Es wurden alltägliche Verrichtungen aufgezeichnet, welche aus eigenem Antrieb erfolgten; dem Beschwerdeführer wurden keine Fallen gestellt. Von einer systematischen oder ständigen Überwachung ist ebenfalls nicht auszugehen. Massgebend sind schliesslich nicht die Observationsergebnisse als solche, sondern die medizinischen Beurteilungen, die nun in Kenntnis der entsprechenden Umstände abgegeben wurden.

4.5.7 Das aufgezeichnete Verhalten des Beschwerdeführers wurde denn auch aus medizinischer Sicht gewertet und es wurde festgehalten, dass ein lockeres Gangbild und diverse Betätigungen des Beschwerdeführers beobachtet worden seien, unter anderem in gebückter Haltung und in der Hocke, jeweils ohne Anhaltspunkte für Schmerzschonung oder eine Bewegungsbeeinträchtigung, für depressive Antriebshemmung oder depressive Mimik (vgl. IV-act. 219-19 f.). Dass die Diskrepanzen nicht ersichtlich sein sollten, wie im Bericht des Medizinischen Zentrums K.____ vom 15. Februar 2017 bzw. 27. Februar 2017 angegeben, erscheint angesichts der Aktenlage nicht erklärlich. Auch wenn der Beschwerdeführer von

den behandelnden Ärzten zu Aktivitäten angehalten worden ist, ändert das nichts an den genannten medizinisch relevanten Beobachtungen seines unauffälligen Verhaltens ausserhalb der Untersuchungssituation. Darauf, dass der betreffende Gutachter der Psychiatrie den Erkenntnissen aus der Observation übermässige Bedeutung zugemessen haben könnte, besteht kein Hinweis. Dass er hinsichtlich der retrospektiven Beurteilung früherer medizinischer Einschätzungen Zurückhaltung übte, bietet nicht Grund zur Beanstandung wegen einer ungenügenden Auseinandersetzung mit den abweichenden Standpunkten, sondern zeigt seine sachgerechte Einschätzung, dass medizinische Angaben zu einem lang zurückliegenden Zustand naturgemäss schwieriger zu machen sind. Auch der Bericht von Dr. J. ___ ist im Gutachten (IV-act. 219) erwähnt worden; eine weitere Auseinandersetzung war bei den vorhandenen Gegebenheiten nicht erforderlich.

4.5.8 Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Beschwerden erheblich verdeutlicht schildert und darstellt, sind die auf den entsprechenden Anamnese- und Beschwerdeaufnahmen basierenden ärztlichen Berichte entsprechend zu relativieren. Dasselbe gilt auch für die Ergebnisse der bei der Begutachtung erfolgten psychologischen Tests.

- Ein Gutachter mag zudem zwar bei seiner Untersuchung eine Momentaufnahme des Gesundheitszustands machen, doch stützt er sich daneben auf eine umfassende Aktenkenntnis. Dieser Umstand verleiht der Beurteilung bedeutendes Gewicht.

- Dass das Gutachten (IV-act. 219) erst aus einiger Zeit nach der Begutachtung datiert, schadet dem Beweiswert nicht, denn es haben sich keine Indizien für einen Mangel gezeigt.

- Bei diesen Gegebenheiten kann der Beschwerdeführer schliesslich auch aus dem Umstand einer jahrelangen psychiatrischen Behandlung nichts für sich ableiten.

4.5.9 Was den Bericht des Medizinischen Zentrums K. ___ vom 19. April 2016 im Besonderen betrifft, fällt auf, dass darin verschiedentlich durch entsprechende Überschriften Angaben zu Veränderungen nach dem 4. Mai 2011 bezeichnet wurden, während solche Fakten ausblieben. Namentlich wurde unter dem Titel "neue Arbeitsversuche ab 04.05.11" nebst verschiedenen Versuchen an der Arbeitsstelle 2005 (gemäss Arbeitgeberbescheinigung nicht ersichtlich) lediglich derjenige bei der I. ___ im Jahr 2010 genannt (vgl. IV-act. 231-16). Bei den als "(neue) Diagnosen ab 04.05.2011" (IV-act. 231-14) beschriebenen Leiden deutet nichts auf eine Änderung hin. Neue Bilder wurden erklärter Weise nicht gemacht (IV-act. 231-16). Beim Thema Verlauf bzw. Verschlechterung der Symptomatik seit 2009 wurden zwar Verschlechterungen beschrieben (z.B. deutliche Zunahme der Schmerzen und der Depression), allerdings ohne zeitliche Angaben. Allfällige Erhebungen oder Untersuchungen wurden - soweit ersichtlich - nirgends datiert, weder bei den "(veränderten) Befunden ab 04.05.11" aus anästhesiologischer, noch aus wirbelsäulenchirurgischer oder aus psychosomatischer Sicht (IV-act. 231-16 f.), auch nicht der Medikamentenspiegel (IV-act. 231-16). Unter dem Titel durchgeführter Behandlungen ab 04.05.11 wurden ausdrücklich neu durchgeführte psychosomatische Interventionen erwähnt, dann allerdings nur offenbar vom Beschwerdeführer angegebene Beschäftigungen aufgezählt (z.B. etwas lesen, Aufgabenhilfe bei Kindern; IV-act. 231-17). Die volle Arbeitsunfähigkeit wurde 2016 wiederum mit den Beobachtungen bei den gescheiterten Arbeitsversuchen (wie erwähnt I. ___, 2010) begründet (IV-act. 231-18). Auf diesen Bericht kann daher nicht abgestellt werden.

4.6 Aufgrund des nach der zweiten Begutachtung durch das Neurologicum (im Mai 2016) abgegebenen Berichts von Dr. G. ___ vom 10. März 2017 und des Berichts der Krankenversicherung vom 10. März 2017 ergibt sich auch für die Zeit nach der Begutachtung von Mai 2016 (Phase 6) nichts vom oben Dargelegten Abweichendes.

- Der Bericht von Dr. R. ___ schliesslich stammt vom 11. Juli 2017 und

kann vorliegend nur insofern von Bedeutung sein, als zu prüfen ist, ob er geeignet sei, die Beurteilung des Sachverhalts bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses - hier 17. Februar 2017 - zu beeinflussen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 4. Juli 2012, 9C_67/2012 E. 2.2, BGE 99 V 98). Das ist nicht der Fall.

E. 5

5.1 Zusammenfassend ist nach dem Dargelegten festzuhalten, dass anlässlich der Begutachtungen des Neurologicums in den Jahren 2014 und 2016 beim Beschwerdeführer keine für eine adaptierte Tätigkeit relevanten Gesundheitsschäden festgestellt wurden, worauf angesichts der stichhaltigen Grundlagen und Begründungen für die betreffenden Zeitpunkte abgestellt werden kann. 5.2 Was den Sachverhalt in der Zeit vor diesen Gutachten betrifft, äusserten die Gutachter des Neurologicums selbst sich zurückhaltend. Auch dies ist wie erwähnt nachvollziehbar. Weitere diesbezügliche Erkenntnisse können denn auch von keinen weiteren Abklärungen mehr erwartet werden. - Angesichts der gesamten Aktenlage kann aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass rheumatologisch gesehen bereits zum Zeitpunkt der kreisärztlichen (objektiven und begründeten) Beurteilung keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeit mehr bestand, denn schon bei einem MRI der LWS vom 10. November 2005 hatte sich gezeigt, dass der Bandscheibenvorfall praktisch vollständig verschwunden war. Der degenerative Befund ist als nicht schwerwiegend zu bezeichnen; der Kreisarzt hatte im Übrigen das Ausbleiben der Schmerzklinderung nach Infiltration als eine auffällige Reaktion bezeichnet. Auf die Berichte von Dr. C.____ vom 28. Februar 2007 und von Dr. D.____ vom 24. April 2007 (beide mit Attest einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %) kann nach dem oben Dargelegten nicht abgestellt werden, zumal auch die Rehaklinik E.____ am 14. Februar 2008 das Schwergewicht einer Arbeitsunfähigkeit in psychischen und nicht in somatischen Gründen sah. - Die (ehemaligen) psychiatrischen Beurteilungen ihrerseits sind bei der nun gegebenen Aktenlage nach der Observation und angesichts der zwei Begutachtungen durch das Neurologicum auch für eine relevante Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit in der zurückliegenden Zeit nicht (auch nicht etwa für April 2009) beweisend. Zwischen den Schilderungen über die beim Beschwerdeführer vorhandenen Befunde im Bericht des Medizinischen Zentrums K.____ vom 4. Mai 2011 (unter anderem starke Schmerzen im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in beide Beine, die sich nach einer halben Stunde Sitzen oder langsamem Gehen verstärkten), und seinem bei der zeitnah erfolgten Observation vom März/April 2011 beobachteten Verhalten bestand nach gutachterlichen Angaben eine erhebliche Diskrepanz. Ausserdem war wie erwähnt schon bei der damaligen Begutachtung in der Klinik H.____ festgestellt worden, dass die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers schlecht war, sein Leistungsverhalten nicht adäquat, die Schmerzbeschreibung undifferenziert und die Konsistenz schlecht, was unter dem Aspekt der Indikatoren (oben E. 2.3.2) zu berücksichtigen ist. 5.3 In Bezug auf die Verhältnisse nach der Begutachtung vom Mai 2016 ist festzuhalten, dass bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung nicht von einer Veränderung des Sachverhalts auszugehen ist, weshalb es beim Ergebnis der gutachterlichen Beurteilung voller Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für adaptierte Tätigkeiten bleibt.

E. 6

Bestand demnach keine ein Jahr lang andauernde relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und - angesichts der ab August 2006 bis Februar 2017 anzunehmenden vollen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten - auch keine Invalidität des

Beschwerdeführers, so erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig.

E. 7

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 7.2 Nach Art. 69 Abs. 1bis 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. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.

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