



**Fall-Nr.:** IV 2017/116  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.09.2019  
**Entscheiddatum:** 24.10.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.10.2018**

**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).**

Besetzung

Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Versicherungsrichterin Monika Gehrer-Hug, Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2017/116

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand



### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 30. Januar/2. Februar 2007 bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug an (eingereicht durch Mitarbeiter einer Stelle "B.\_\_\_\_"). Er gab an, er habe in der Schweiz von Oktober 2000 bis November 2005 als S.\_\_\_\_ gearbeitet und leide seit dem 2. November 2005 an einer Lumboischialgie bei DH L5/S1 links (IV-act. 1 f.). Am 27. September 2005 (IV-act. 11-5) war ihm sein Arbeitsverhältnis infolge schlechter Auftragslage auf Ende November 2005 gekündigt worden. Letzter Arbeitstag war der 5. November 2005 gewesen (IV-act. 11-1). In einer Schadenmeldung UVG war am 16. November 2005 (IV-act. 33-108) angegeben worden, der Versicherte sei am 2. November 2005 während der Arbeit beim Heruntertragen einer Maschine ausgerutscht und die Treppe heruntergefallen und habe sich eine Rückenprellung zugezogen.

A.b In einem IV-Arztbericht vom 28. Februar 2007 (IV-act. 21) gab Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, an, es lägen beim Versicherten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor: ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Diskopathie L5/S1 mit Ischialgien links und konsekutiver Instabilität im dritten Segment, eine Osteochondrose und Spondylarthrose, mässig, in der LWS, eine depressive Verstimmung sowie eine Zervikobrachialgie rechts. Der Versicherte sei in seiner bisherigen Tätigkeit seit dem 2. November 2005 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Leichte, nicht rückenbelastende Tätigkeiten seien ihm anfänglich mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % zumutbar, falls aus psychischen Gründen keine andere Beurteilung erfolge. Der Versicherte sei im Verlauf der Krankheit zunehmend nervös und gegenüber seiner Umgebung aggressiv geworden, weshalb er mit Verdacht auf eine Depression an eine Fachärztin der Psychiatrie überwiesen worden sei.

A.c Gemäss den Akten der Kollektiv-Krankenversicherung hatte die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen schon am 8. Juni 2004 (IV-act. 18-10 f.) eine LDH L5/S1 links nach caudal luxiert bei akutem Lumboischialgiesyndrom links



diagnostiziert. Ein CT LWS vom 29. Mai 2004 (Eintrittstag; Austritt: 3. Juni 2004) hatte auch ein massives Wurzelödem für die Nervenwurzel S1 links gezeigt. Der Versicherte war bis 13. Juni 2004 arbeitsunfähig geschrieben worden. Am 23. November 2005 (IV-act. 18-8 f.) hatte die Klinik berichtet, ein MRI der LWS vom 10. November 2005 habe eine kleinste, subligamentäre LDH L5/S1 links mit gering möglicher Affektion der Wurzel S1 links bei ventral betonter Osteochondrose L5/S1 und Verschmälerung der Bandscheibenhöhe gezeigt. Der Bandscheibenvorfall sei praktisch vollständig verschwunden. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte wie vor dem Sturz wieder vollkommen beschwerdefrei sein werde. Nach notfallmässiger Untersuchung vom 14. Dezember 2005 war in einem Bericht vom 22. Dezember 2005 (IV-act. 18-6 f.) festgehalten worden, die Motorik sei weiterhin erhalten und ein Caudasyndrom ausgeschlossen worden. Über den Verlauf nach einer periduralen Nervenwurzelinfiltration S1 links vom 21. Februar 2006 war der Klinik bis zu einem Bericht vom 16. Februar 2007 (IV-act. 18-2) nichts bekannt geworden. - Gemäss den Suva-Akten hatte Dr. C. \_\_\_ am 29. November 2005 (IV-act. 33-105) eine Kontusion im Bereich der LWS diagnostiziert. Eine Hämatombildung oder eine ossäre Läsion hätten nicht vorgelegen. Nach kreisärztlicher Beurteilung vom 31. August 2006 (IV-act. 33-65 f.) hatten sich organische Unfallfolgen nicht nachweisen lassen, hingegen vorbestehende deutliche degenerative Veränderungen der LWS. Die Leistungseinstellung der Unfallversicherung (Verfügung vom 7. September 2006, Einspracheentscheid vom 8. Januar 2007) wurde am 16. August 2007 gerichtlich beurteilt (Abweisung der Beschwerde; IV-act. 33-15 ff.). Die aktuell noch geklagten lumbalen Beschwerden seien jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen, sondern somatisch gesehen bestenfalls mit den Befunden degenerativer Art zu erklären.

A.d In einem IV-Arztbericht vom 24. April 2007 (IV-act. 25) hatte Dr. med. D. \_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, als Diagnosen ein lumbovertebrales Syndrom bei Diskopathie L5/S1 mit Ausstrahlung links und konsekutiver Instabilität in diesem Segment, ein sensibles Wurzelreizsyndrom S1 links und eine kleine subligamentäre Diskushernie L5/S1 links genannt. Er behandle den Versicherten seit dem 8. September 2006; dieser sei als S. \_\_\_ seit dem 2. November 2005 arbeitsunfähig. In einer leichten wechselbelastenden angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %.



## St.Galler Gerichte

A.e Am 21. Januar 2008 veranlasste der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung die Anfrage nach einer allfälligen psychiatrischen Behandlung und die Einholung aktueller Verlaufsberichte (IV-act. 35).

A.f Im Austrittsbericht der Rehaklinik E.\_\_\_\_ vom 14. Februar 2008 (IV-act. 46) über den Aufenthalt des Versicherten vom 14. Januar bis 11. Februar 2008 wurden als Diagnosen erwähnt (erstens) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, (zweitens) eine mittelgradige depressive Episode, (drittens) ein lumbovertebrales Syndrom, (viertens) interscapuläre muskuläre Schmerzen intermittierend sowie (fünftens) Spannungskopfwegh. In der letzten Aufenthaltswoche habe der Versicherte überraschend von mehrfachen, stark traumatisierenden Erlebnissen in der Jugend während des Krieges erzählt. Da vorwiegend aus psychiatrischen Gründen Arbeitsunfähigkeit bestehe, sei er in der Tagesklinik angemeldet worden. - Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 28. Februar 2008 (IV-act. 40), die Arbeitsfähigkeit des Versicherten werde zurzeit anlässlich des Aufenthalts in der Rehaklinik beurteilt.

A.g Nach einem Vorgespräch gab die Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums F.\_\_\_\_ am 4. März 2008 (IV-act. 46-6 ff.) bekannt, die Behandlung in der Rehaklinik habe nach Angaben des Versicherten eine deutliche Verbesserung gebracht. Zur Aufrechterhaltung der erreichten (stabilen) Fortschritte werde er ambulant behandelt werden.

A.h Dr. D.\_\_\_\_ gab am 13. Mai 2008 (IV-act. 45) an, der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär.

A.i Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, teilte im IV-Arztbericht vom 20. Mai 2008 (IV-act. 46) mit, sie behandle den Versicherten seit dem 1. Februar 2007. Es bestünden bei ihm eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine darauf folgende depressive Entwicklung mit im Vordergrund stehender Nervosität, verbaler Aggressivität, Gedankengrübeln und Schlafstörungen. Aufgrund der andauernden depressiven Grundstimmung sei zurzeit lediglich eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zu 50 % zumutbar.



A.j Die Klinik H.\_\_\_\_ erstattete am 15. April 2009 (IV-act. 60) ein bidisziplinäres Gutachten. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen vor (erstens, seit Frühjahr 2004) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei mittelgradiger/ausgeprägter Osteochondrose L5/S1 und bei Status nach lumboradikulärem Syndrom S1 links, (zweitens, seit ca. Februar 2004) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, (drittens, seit ca. Beginn 2006) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie (viertens, erstmals im Frühsommer 2007 beschrieben) ein chronisches rezidivierendes Thorakovertebralsyndrom bei segmentalen Dysfunktionen am Übergang vom kranialen zum mittleren Drittel der Brustwirbelsäule. Die Beweglichkeit der LWS sei etwa hälftig eingeschränkt gewesen. Für die frühere Arbeit in der S.\_\_\_\_ wäre der Versicherte theoretisch nicht mehr arbeitsfähig. Andere, körperlich leichte bis allenfalls mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten (mit genannten Voraussetzungen) seien ganztags mit einer aufgrund der psychischen Symptomatik um maximal 20 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar (IV-act. 60-9). Im psychiatrischen Teilgutachten vom 3. Februar 2009 war unter anderem noch dargelegt worden, aus rein psychiatrischer Sicht wäre nach einem Arbeitstraining mit stufenweisem Aufbau - erforderlich 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; längerfristig sei eine weitere Steigerung vorstellbar. Über die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom August 2008 war berichtet worden, die Leistungsbereitschaft des Versicherten sei schlecht gewesen, das Leistungsverhalten nicht adäquat, die Schmerzbeschreibung undifferenziert, die Konsistenz schlecht. Er habe sich sehr auffällig verhalten, sich stets extrem langsam bewegt, die Augen stets halb geschlossen gehalten und auf gewisse Aufforderungen überhaupt nicht reagiert. Bei der Anamnese habe er sich nur sehr gebrochen und einsilbig mitteilen können, bei der Schmerzbefragung jedoch sehr wortreich und ausführlich. Nach einer Beurteilung, die auf den von Selbstlimitierung geprägten Tests beruhe und daher nur eine Aussage über die mindestens zumutbare Arbeitsbelastung erlaube, seien dem Versicherten mindestens leichte, wechselbelastende Arbeiten ohne vorgeneigte und rotatorische Arbeitsbelastungen und ohne Anforderungen an das Gleichgewicht ganztags mit



## St.Galler Gerichte

Kurzpausen von insgesamt ca. einer Stunde pro Tag zumutbar (IV-act. 60-28). - Auf Ergänzungsfragen des RAD (IV-act. 61 f.) antworteten die Gutachter am 1. Juli 2009 (IV-act. 67), der Versicherte sei in der körperlich zum Teil schweren Arbeit als S.\_\_\_\_ seit dem 2. September (wohl: November) 2005 durchgängig nicht mehr arbeitsfähig gewesen. In einer leidensangepassten Tätigkeit könne aufgrund der Akten ab Februar 2007 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen werden. Mit der empfohlenen stationären Rehabilitation sollte im Herbst 2009 und allerspätestens Ende 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % erreicht werden können, unter fortgesetztem Training innerhalb eines Jahres nach der Begutachtung sogar eine volle Arbeitsfähigkeit. Diese gutachterlich angegebenen Arbeitsfähigkeiten übernahm der RAD gemäss seiner Stellungnahme vom 13. August 2009 (IV-act. 68).

A.k Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen veranlasste in der Folge eine berufliche Abklärung für die Zeit vom 19. April bis 16. Juli 2010 (Mitteilung vom 14. April 2010, IV-act. 75). Die Institution I.\_\_\_\_ gab im Schlussbericht vom 14. Juli 2010 (IV-act. 79) an, der Versicherte habe sich willig und kooperativ gezeigt und die ihm aufgetragenen Arbeiten qualitativ erfüllt. Die grosse Schwierigkeit sei das Tempo. Der Versicherte funktioniere sehr verlangsamt (zwei bis drei Mal langsamer als ein Gesunder). In diesem Zustand sei es sogar schwierig, einen geschützten Arbeitsplatz für ihn zu finden. Möglich sei eine Präsenzzeit von vier Stunden. Alle halbe Stunde brauche er eine Pause von 5 bis 15 Minuten. Der durchschnittliche Leistungsgrad in dieser Präsenzzeit betrage 10 bis 20 %.

A.l Dr. C.\_\_\_\_ gab im IV-Arztbericht vom 6. August 2010 (IV-act. 80-1 f.) an, mit der Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit durch den Versicherten könne nicht gerechnet werden. Er legte Arztberichte des Departements Innere Medizin (Gastroenterologie/Hepatology) am Kantonsspital St. Gallen vom 2. März 2010 (IV-act. 80-3 ff.; diagnostiziert unter anderem leichte Antrumgastritis, Polypektomie, depressive Störung), von Dr. D.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2009 (IV-act. 80-8 ff.) und von Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 8. Mai 2009 (IV-act. 80-11 ff.; diagnostiziert unter anderem Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems, geringgradige kognitiv-mnestische Funktionsstörung, mittelgradige depressive Episoden, anhaltende Schmerzstörung bei V.a. analgesic overuse-Syndrom) bei.



## St.Galler Gerichte

A.m Die IV-Eingliederungsverantwortliche hielt am 16. August 2010 (IV-act. 84) fest, weitere Eingliederungsmassnahmen seien nicht möglich, da sich der Versicherte subjektiv nicht arbeitsfähig fühle. Mit Mitteilung vom 20. August 2010 (IV-act. 86) wurde die Arbeitsvermittlung abgeschlossen.

A.n Am 18. August 2010 (IV-act. 87) erstattete Dr. G.\_\_\_\_ einen Verlaufsbericht. Es lägen eine anhaltende depressive Störung auf dem Hintergrund eines chronischen Schmerzsyndroms, mittelschwerer bis periodisch schwerer Ausprägung, eine narzisstische Persönlichkeitsstörung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Es sei zu einer Intensivierung der Schmerzsituation mit einer zunehmenden dissoziationsähnlichen Symptomatik und schwerer Selbstwertproblematik gekommen. Leidensangepasste Tätigkeiten seien lediglich in einem geschützten Rahmen an maximal zwei Stunden pro Tag zumutbar. - Das Medizinische Zentrum K.\_\_\_\_ (Zweigstelle des Medizinischen Zentrums L.\_\_\_\_; med. pract. M.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. phil. N.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Supervisor), gab am 3. September 2010 (IV-act. 93) bekannt, es lägen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine mittelgradige depressive Episode, ein lumbovertebrales Syndrom bei Diskopathie L5/S1 mit Ausstrahlung li. und konsekutiver Instabilität in diesem Segment, ein sensibles Wurzelreizsyndrom S1 li. und eine kleine subligamentäre Diskushernie L5/S1 li. vor. Mit einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit könne beim Versicherten nicht gerechnet werden. - Dr. D.\_\_\_\_ schätzte gemäss seinem Bericht vom 22. Oktober 2010 (IV-act. 96) die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht nach wie vor auf 50 %. - Der RAD stellte am 9. Dezember 2010 (IV-act. 97) fest, die berufliche Abklärung habe ergeben, dass die gutachterlich als zumutbar betrachtete Arbeitsfähigkeit nicht umsetzbar gewesen sei.

A.o Nachdem ein RAD-Arzt am 23. Februar 2011 (IV-act. 104) dafürgehalten hatte, die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten könne aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden, es sei nicht klar, ob sein als kontraproduktiv geschildertes Verhalten krankhaft oder missbräuchlich sei, und es sei, da weitere medizinische Abklärungen nicht zielführend seien, eine Observation durchzuführen, wurde ein entsprechender Auftrag erteilt (IV-act. 106). - Die beauftragte Unternehmung erstattete am 7. April 2011 (IV-act. 110) Bericht. Danach sei der Versicherte vom 29. März bis 1.



## St.Galler Gerichte

April 2011 überwacht und dabei bei verschiedenen Tätigkeiten beobachtet worden, namentlich beim T.\_\_\_\_, beim Fahren eines Autos und beim Tragen von Taschen und eines Zeitungsbündels. Er habe sich normal und ohne sichtbare körperliche und psychische Einschränkungen oder Beschwerden bewegt; es hätten keine Schonhaltungen beobachtet werden können. Der Versicherte habe sehr aufmerksam, körperlich fit und kontaktfreudig gewirkt.

A.p Der RAD-Arzt erklärte daraufhin am 29. April 2011 (IV-act. 111), es sei davon auszugehen, dass beim Versicherten keine Einschränkungen bestünden, die einer angepassten vollen Tätigkeit entgegenstünden. Anhand der Videosequenzen seien bei ihm in medizinischer Hinsicht eine starke Beugehaltung in der Lendenregion mit gestreckten Beinen über mindestens eine Minute, ein In-die-Hocke-Gehen (und so Verweilen) ohne Zeichen eines Schmerzerlebens und ohne Schonverhalten, ein rascher Wechsel der Körperstellungen ohne Anzeichen von erlebten Schmerzen, ein Gang in unebenem, glitschigem Gelände ohne Einschränkung und das Auffangen eines drohenden Sturzes durch Ausbalancieren, problemloses manuelles Arbeiten, freie und rasche Kopfdrehungen, ein der Situation angepasster Antrieb und ein altersentsprechendes Aussehen mit situativ angepasster unauffälliger Mimik und Gestik zu sehen gewesen. Eine leichte depressive Verstimmung könne durch das Observationsmaterial zwar nicht ausgeschlossen werden, doch lasse sich während der Beobachtungsphase sicherlich die beklagte mittelschwere bis schwere, durch allgemeine und starke Verlangsamung gekennzeichnete depressive Störung widerlegen bzw. es habe die bei der beruflichen Abklärung in der I.\_\_\_\_ im Sommer 2010 gezeigte allgemeine Verlangsamung nicht vorgelegen. Da es keinen Hinweis auf eine Veränderung seit dem Befund gemäss dem bidisziplinären Gutachten vom 15. April 2009 gebe, könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 20 % mit Sicherheit ausgeschlossen werden (IV-act. 111).

A.q Nach einem Vorbescheid vom 12. Mai 2011 (IV-act. 114 f.) wandte der Versicherte, vertreten durch den am 16. Februar 2011 beauftragten O.\_\_\_\_ (IV-act. 102), am 14. Juni 2011 (IV-act. 116) - unter Beilage eines Berichts (wohl des Medizinischen Zentrums K.\_\_\_\_, unter anderem Dr. D.\_\_\_\_, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie FMH, Dr. N.\_\_\_\_) vom 4. Mai 2011 - ein, sämtliche behandelnden Ärzte hätten eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt. Im genannten Bericht vom 4. Mai 2011



(IV-act. 116-9 ff.) war festgehalten worden, aus anästhesistischer Sicht sei der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit zu 40 % arbeitsfähig, aus wirbelsäulenchirurgischer zu 50 %, aus orthopädisch-chirurgischer zu 40 % und aus rheumatologischer Sicht zu 100 %. Psychiatrisch weise der Versicherte kognitive Defizite auf. Aus der Gesamtsicht aller Facetten der Persönlichkeit und aufgrund der Beobachtungen während der Beschäftigungsversuche (I.\_\_\_\_) sei dem Versicherten eine Arbeitstätigkeit nicht zuzumuten (IV-act. 116-9 ff.). Mit einer Verfügung vom 18. Juli 2011 (IV-act. 117) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Rentengesuch des Versicherten ab. - Auf eine Beschwerde vom 22. August 2011 (IV-act. 118) mit dem Antrag auf Zusprache einer ganzen Invalidenrente hin wurde die Verfügung vom 18. Juli 2011 mit Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Oktober 2013 (IV-act. 124) aufgehoben und die Sache zur weiteren medizinischen Abklärung an die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zurückgewiesen. Weil keine Rehabilitation in der von den Gutachtern der Klinik H.\_\_\_\_ hierfür vorausgesetzten Art stattgefunden habe, könne nicht ohne weiteres von der prognostizierten Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50 auf 80 % ausgegangen werden. Weder auf diese Einschätzung noch auf jene des RAD-Arztes vom 29. April 2011 könne abgestellt werden. Ausserdem wäre vor Erlass einer Verfügung (bei mehr als zwei Jahren Abstand) eine Verlaufsbeurteilung unter Einbezug der Observationsergebnisse angezeigt gewesen.

B.

B.a Nachdem ein Verlaufsbeurteilungsauftrag von der Klinik H.\_\_\_\_ retourniert worden war, wurde das Institut für interdisziplinäre Beurteilung Neurologicum Zürichsee (fortan kurz Neurologicum) beauftragt (IV-act. 138). Der Gutachter der Rheumatologie gab in seinem Gutachten vom 26. Juni 2014 (IV-act. 154) bekannt, es bestünden beim Versicherten als Hauptdiagnosen eine Osteochondrose L5/S1 ohne Nachweis einer segmentalen Instabilität und ein Status nach radikulärem Syndrom S1 links bei Diskushernie L5/S1 2004. Bezüglich einer dem Rückenleiden angepassten (d.h. den Beschreibungen entsprechenden) Tätigkeit gebe es keine Begründung für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die objektivierbaren radiologischen Befunde am Bewegungsapparat hätten sich seit 2009 nicht verändert. Mindestens damals schon habe aus rein rheumatologischer Sicht volle Arbeitsfähigkeit für eine angepasste



## St.Galler Gerichte

Arbeit bestanden. - Der Gutachter der Psychiatrie hatte in seinem Fachgutachten (vom 5. Mai 2014; IV-act. 155) erklärt, eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht zu erheben gewesen; ohne Einfluss sei eine Dysthymia. Die Arbeitsfähigkeit könne zurzeit nicht mit notwendiger Sicherheit beurteilt werden. Die Videoaufnahmen gäben keinen Aufschluss über das tatsächliche aktuelle Funktionsniveau und gäben zu psychiatrisch relevanten Momenten nur sehr begrenzt Aufschluss. Die Aktenangaben würden mit dem aktuellen Befund nur teilweise übereinstimmen; am ehesten sei die nur begrenzte Mitwirkung des Versicherten verantwortlich gewesen. Es sei von einer unter kontinuierlicher Behandlung stattgefundenen Besserung des psychischen Zustandsbildes auszugehen, wobei mit notwendiger Sicherheit nur eine chronische depressive Entwicklung im Sinn einer Dysthymia festgestellt werden könne.

B.b Der RAD hielt am 31. Juli 2014 (IV-act. 159) fest, in einer adaptierten Tätigkeit sei der Versicherte voll arbeitsfähig.

B.c Am 21. August 2014 (IV-act. 160) teilte der Rechtsvertreter des Versicherten mit, gemäss einem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 10. August 2014 sei der Versicherte schwer erkrankt und nicht arbeitsfähig. Da es zur Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands gekommen sei, werde er bald in einer Klinik behandelt werden. Dr. G.\_\_\_\_ hatte dargelegt (IV-act. 161), es seien wiederholte unberechenbar auftretende Dekompensationen zu beobachten. Der Gutachter der Psychiatrie habe das Verhalten des Versicherten sehr präzise beschrieben. Auf die Observation angesprochen reagiere dieser schwer narzisstisch gekränkt und intensiv pathologisch paranoid-aggressiv. Die Ehefrau werde inzwischen von der IV bei einer Umschulung unterstützt. Die repressiven Druckmethoden der IV dienten der Stabilisierung der Gesamtsituation nicht.

B.d Am 14. Oktober 2014 (IV-act. 164) reichte der damalige Rechtsvertreter des Versicherten einen Bericht der Klinik Q.\_\_\_\_ vom 14. November 2014 (IV-act. 165) ein. Darin wurden als Diagnosen benannt: eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, eine komplexe chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung mit massiven Intrusionen, Flashbacks, Albträumen und psychosenahen Verfolgungsideen, Benzodiazepinabhängigkeit, Opiatabhängigkeit durch Targin und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Es sei von einer Retraumatisierung - wahrscheinlich durch den Unfall und eventuell auch durch die



## St.Galler Gerichte

Observation - gekommen. Der Versicherte gebe an, die Observation durch verschiedene Versicherungen nicht mehr auszuhalten und die erste Person, die ihn beobachte, umzubringen. Von einer weiteren Observation sei abzuraten.

B.e In einem IV-Verlaufsbericht vom 11. Dezember 2015 (IV-act. 194; die Ärztin war im Übrigen am 24. Februar 2015, IV-act. 183, zu einer Stellungnahme zum Bericht der Klinik Q.\_\_\_\_ aufgefordert worden; Antwort IV-act. 184) gab Dr. G.\_\_\_\_ an, es träten beim Versicherten häufig schon in wenig stressigen Umständen psychophysische Dekompensationen auf. Betont paranoides Denken und verbale Aggressionsausbrüche hätten sich intensiviert, die Frustrationstoleranz sei deutlich gesunken, eine konfrontative therapeutische Arbeit sei nicht möglich, sondern kontraproduktiv. Dem Versicherten seien nur Arbeiten in therapeutisch geführtem geschütztem Rahmen möglich, anfänglich an zwei Stunden an zwei Tagen pro Woche. Die Leistungsfähigkeit sei zu 50 % vermindert.

B.f Auf Vorschlag des RAD (IV-act. 196) wurde eine bidisziplinäre Begutachtung unter Einschluss der Beurteilung des medizinischen Verlaufs seit der Begutachtung vom Mai 2014 vorgesehen (IV-act. 198, 200). Das Neurologicum gab in seinem Gutachten vom 21. November 2016 (IV-act. 219; vgl. auch IV-act. 220; Untersuchungen je vom Mai 2016) an, nach bidisziplinärem Konsens lasse sich eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Störung nur auf rheumatologischem Fachgebiet nachweisen. Die bisherige Tätigkeit sei unter diesem Aspekt (seit Juni 2014 [d.h. dem Zeitpunkt des Vorgutachtens als Vergleichszeitpunkt]; bis zur Begutachtung ohne Veränderung) nicht mehr möglich. In einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ohne längerdauernde Zwangshaltungen der Wirbelsäule und ohne repetitives Heben oder Tragen von Lasten über 7.5 kg bzw. ohne Arbeit mit Einzellasten über 15 kg liege aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Aus psychiatrischer Sicht seien ein erhebliches Beschwerdeverdeutlichungsverhalten und erhebliche Inkonsistenzen festzustellen. Eine retrospektive Einschätzung sei immer nur mit grosser Zurückhaltung möglich. Es sei durchaus möglich, dass zu Zeiten etwa der Behandlung in der Klinik Q.\_\_\_\_ sehr gravierende Beschwerden bestanden hätten und die entsprechenden Diagnosen hätten gestellt werden müssen, dass diese jedoch möglicherweise vorher (2011) nicht vorgelegen hätten und hinterher (d.h. zurzeit) nicht vorlägen.



## St.Galler Gerichte

B.g Der RAD hielt am 20. Dezember 2016 (IV-act. 223) fest, aus rheumatologischer Sicht habe seit November 2005 keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit (gemeint wohl in adaptierter Tätigkeit) vorgelegen, aus psychiatrischer Sicht lasse sich der Verlauf aufgrund der aktuell ausgeprägten Beschwerdeverdeutlichung des Versicherten und der Inkonsistenzen retrospektiv nicht genügend rekonstruieren.

B.h Mit Vorbescheid vom 10. Januar 2017 (IV-act. 226) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem damaligen Rechtsvertreter des Versicherten eine Abweisung dessen Leistungsgesuchs in Aussicht. Dieser wandte am 9. Februar 2017 (IV-act. 231) ein, auf das Gutachten des Neurologicums könne nicht abgestellt werden. Zahlreiche Psychiater hätten festgestellt, dass der Versicherte voll arbeitsunfähig gewesen sei und sei. Mindestens eine befristete Rente sei auszurichten. Der bei der zweiten Begutachtung explorierende Gutachter der Psychiatrie des Neurologicums scheine vom Observationsmaterial übermässig beeindruckt gewesen zu sein; dieses könne zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht gebraucht werden. Die Urteile des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte hierzu seien zu beachten. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen habe entschieden, dass weitere Abklärungen erforderlich seien. Einzig der genannte Psychiater behaupte, der Versicherte aggraviere, simuliere und sei psychisch nicht erkrankt, und er sei voll arbeitsfähig. Eine Simulation oder Aggravation lasse sich aber nur in einem Spital abklären, wo der Versicherte unter 24-stündiger Beobachtung stehe. Eine solche Abklärung werde vorgeschlagen. Der Gutachter der Rheumatologie am Neurologicum sei bei der zweiten Begutachtung befangen gewesen. Der Versicherte habe ausserdem Anrecht auf einen Leidensabzug. Er (der Rechtsvertreter) habe in der Zwischenzeit fachärztliche Stellungnahmen zum Gutachten veranlasst. Er legte einen Bericht des Medizinischen Zentrums K.\_\_\_, vom 19. April 2016 (unter anderem Dr. D.\_\_\_, med. pract. M.\_\_\_, Dr. N.\_\_\_; IV-act. 231-13 ff.) bei, wonach dem Versicherten aufgrund der Beobachtungen während der Beschäftigungsversuche auch angepasste Tätigkeiten nicht zumutbar seien.

B.i Mit Verfügung vom 17. Februar 2017 (IV-act. 232) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch des Versicherten ab.

C.



Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 16. März 2017. Der Beschwerdeführer beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei eine Oberbegutachtung, wenn möglich in einem Spital, zu veranlassen, subeventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen einschliesslich der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Lauf der zehn Jahre seit der Anmeldung habe sich sein gesundheitlicher Zustand erheblich verschlechtert, was die behandelnden Fachärzte bestätigt hätten. So hätten ihm Dr. C.\_\_\_\_ am 6. März 2007 [soweit ersichtlich nicht aktenkundig] und 28. Februar 2008 volle Arbeitsunfähigkeit, Dr. G.\_\_\_\_ am 28. August 2008 [soweit ersichtlich nicht aktenkundig] eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in geschütztem Rahmen, Dr. D.\_\_\_\_ am 28. Februar 2008 eine volle und am 13. Mai 2008 eine 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit und die I.\_\_\_\_ am 14. Juli 2010 und der RAD am 9. Dezember 2010 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Für 2005 bis 2010 sei also volle Arbeitsunfähigkeit bestätigt worden. Nach der Begutachtung 2011 und der Abweisung des Anspruchs vor allem aufgrund des Observationsmaterials seien weitere Abklärungen angeordnet worden. Der bei der ersten Begutachtung tätige Experte der Psychiatrie des Neurologicums habe festgestellt, er könne keine sicheren Angaben zur Arbeitsunfähigkeit machen. Dr. G.\_\_\_\_ habe am 21. August 2014 [soweit ersichtlich nicht aktenkundig; ev. gemeint 10. August 2014] wiederum volle Arbeitsunfähigkeit für ihn angegeben, ebenso wie die Klinik Q.\_\_\_\_ am 14. November 2014. Auf das zweite Gutachten des Neurologicums könne nicht abgestellt werden. Der Rheumatologe sei vorbefasst gewesen. Die Untersuchung beim Psychiater sei nicht nach der Regel durchgeführt worden; die Assistentin des Arztes habe die Fragen bei der Testdurchführung selber beantwortet. Es habe sich ausserdem bei der Begutachtung nur um eine Momentaufnahme gehandelt. Die Ärzte des Medizinischen Zentrums K.\_\_\_\_ hätten im beigelegten Bericht vom 15. Februar 2017 (beigelegt auch mit dem Datum vom 27. Februar 2017, unterschiedlich signiert) festgestellt, dass sich der Psychiater mit den Vorberichten, vor allem jenen der Klinik Q.\_\_\_\_ und von Dr. G.\_\_\_\_, zu wenig befasst habe. Auch mit den Berichten von Dr. J.\_\_\_\_ hätten sich die Gutachter nicht befasst. Gemäss dem ebenfalls beigelegten Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 10. März 2017 sei er (der Beschwerdeführer) schwer psychisch krank. - Dr. G.\_\_\_\_ hatte im letztgenannten Bericht erklärt, der Beschwerdeführer stehe seit 1. Februar 2007 in Behandlung. Er leide an einer rezidivierenden depressiven Störung auf dem



Hintergrund einer infantil-narzisstischen Persönlichkeitsstörung und eines chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms. Aufgrund schwerer persönlichkeitsstruktureller Defizite reagiere er konsequent pathologisch bzw. mit einer massiven narzisstischen Kränkung und paranoid-aggressiv mit einem intensiven Selbsthassempfinden und mit selbst- und fremdaggressiven Phantasien. - Nach einem Bericht der Krankenversicherung vom 10. März 2017 empfahl deren Vertrauensarzt, Kosten der IPPB (Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung) zu übernehmen.

D.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen habe im Entscheid vom 8. Oktober 2013 festgestellt, dass es hinreichende Anhaltspunkte gebe, um die vom Beschwerdeführer behaupteten Beeinträchtigungen in Zweifel zu ziehen. Damit sei auch gesagt, dass auf die medizinischen Einschätzungen der behandelnden Ärzte kein Verlass sei. Für das vorliegende Verfahren verbindlich habe das Gericht auch die Observation als rechtmässig und die erhobenen Beweismittel als verwertbar bezeichnet. Durch die Observation habe gezeigt werden können, dass der Beschwerdeführer über ein sehr viel höheres Funktionsniveau verfüge, als aufgrund der Einschätzungen der behandelnden Ärzte zu erwarten wäre. Es hätten keinerlei objektive Anhaltspunkte für die sonst dramatisch präsentierten Beschwerden dokumentiert werden können. Damit sei grundsätzlich auf die Einschätzungen der Gutachter abzustellen. Bei beiden bidisziplinären Gutachten hätten keine Diagnosen gestellt werden können, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könnten. Die Rüge der Befangenheit des begutachtenden Rheumatologen sei, da der Beschwerdeführer auf die Information über die begutachtenden Ärzte hin nicht opponiert habe, nicht mehr zu hören. Ohnehin handle es sich nicht um eine Ober-, sondern um eine Verlaufsbeurteilung, bei der es gerade von Vorteil sei, dass eine versicherte Person durch den gleichen Arzt untersucht werde, da dieser sich ein präziseres Bild von allfälligen Veränderungen machen könne. Was der Beschwerdeführer mit seiner Angabe meine, dass die "Assistentin des Arztes" die Fragen selber beantwortet habe, sei nicht klar. Es mache den Anschein, dass er damit die anwesende Dolmetscherin meine. Dass die Dolmetscherin aber in direktem verbalem Kontakt mit dem Gutachter stehe, sei notwendig und nicht zu beanstanden. Es sei davon auszugehen, dass sich



der Gutachter der Psychiatrie sehr wohl mit den Vorberichten befasst habe. Er sei nicht umhingekommen, auf die erheblichen Diskrepanzen hinzuweisen. Die Ursache der unterschiedlichen Beurteilung durch die behandelnden Ärzte und durch die Gutachter liege in zwei Faktoren, nämlich im therapeutischen Ansatz der Ersteren und in einer nicht authentischen Beschwerdepräsentation durch den Beschwerdeführer. Auch die neu eingereichten Arztberichte seien vor diesem Hintergrund zu werten. Medizinisch ergebe sich nichts wesentlich Neues, formell hingegen, dass die betreffenden Ärzte als befangen zu gelten hätten, da sie für den Beschwerdeführer Stellung bezogen hätten.

E.

E.a Mit Replik vom 24. Juni 2017 legt der Beschwerdeführer dar, er sei überzeugt, dass die Beschwerdegegnerin seine Sache willkürlich behandelt habe. Das Gutachten sei mehr als sechs Monate nach der Begutachtung und somit unzuverlässig verfasst worden. Der Gutachter der Rheumatologie sei vorbefasst und sein Begutachtungsergebnis im Voraus bekannt oder mindestens zu vermuten gewesen. Bei den abweichenden Einschätzungen (der Arbeitsfähigkeit) handle es sich nicht nur um solche des Hausarztes oder behandelnden Psychiaters, sondern auch um Berichte von Spitälern und medizinischen Zentren, bezüglich derer BGE 125 V 351 nicht anwendbar sei. Nach neuster Rechtsprechung sei die Observierung als solche nicht erlaubt. Ausserdem könne entsprechendes Material in keiner Weise eine genügende Aussage über die Arbeitsfähigkeit machen. Einige Minuten Observation könnten bestimmt keinen Beweis für ein höheres Funktionsniveau des Beschwerdeführers erbringen. Bei der psychiatrischen Begutachtung habe der Experte einen Test durchführen wollen. Da er (der Beschwerdeführer) übermüdet gewesen sei, sei er nicht in der Lage gewesen, richtige Antworten zu geben. Die Dolmetscherin habe das selbständig erledigt. Auf die Testergebnisse könne daher nicht abgestellt werden. Der bei der zweiten Begutachtung tätige Psychiater sei der einzige, der seine psychische Erkrankung bestritten habe. Er (der Beschwerdeführer) stehe seit zehn Jahren in psychiatrischer Behandlung, in letzter Zeit sogar wöchentlich, denn es gehe ihm psychisch schlecht.

E.b Am 13. Juli 2017 hat O.\_\_\_\_ für den Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, vom 11. Juli 2017 eingereicht, wonach der Beschwerdeführer allein wegen rheumatologischer Beschwerden zu 60 %



## St.Galler Gerichte

arbeitsunfähig sei. - Dr. R.\_\_\_\_ hatte (bei den Angaben zum Leiden des Beschwerdeführers) festgehalten, anlässlich eines Gerichtsverfahrens sei eine neue medizinische Begutachtung verlangt worden. Die Beschwerden des Beschwerdeführers würden sich bei langem Sitzen, beim Vornüberneigen und beim Tragen von Lasten verstärken. Die Einnahme von Medikamenten habe vorübergehend eine leicht lindernde Wirkung.

F.

In ihrer Duplik vom 8./11. September 2017 hält die Beschwerdegegnerin dafür, sie habe das Abklärungsverfahren stets beförderlich behandelt. Es fehle auch eine nachvollziehbare Begründung dafür, dass die Gutachten unzuverlässig verfasst worden sein sollten. Die Verwertbarkeit des Observationsmaterials sei vorliegend rechtskräftig beurteilt und bejaht worden. Auch bei Anwendung der vom Bundesgericht in einem Grundsatzentscheid skizzierten Kriterien zur Verwertbarkeit solchen Materials zeige sich, dass dieses keinem Verwertungsverbot unterstehe und bei der Beweiswürdigung voll zu berücksichtigen sei, denn der Beschwerdeführer sei weder einer systematischen noch ständigen Überwachung ausgesetzt gewesen und habe einen relativ bescheidenen Eingriff in die grundrechtliche Position erlitten. Nicht nur der als Zweiter begutachtende Psychiater des Neurologicums, sondern schon der erste Gutachter habe lediglich eine Dysthymia diagnostiziert, die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Dr. R.\_\_\_\_ habe wenig auffällige somatische Befunde erhoben. Seine Einschätzung stütze sich wesentlich auf die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers. Er habe betont, dass die psychische Seite das somatische Leiden erheblich überlagere. Es ergebe sich aus dem Bericht weder, dass die Beurteilung des Gutachters der Rheumatologie falsch gewesen wäre, noch, dass seither eine wesentliche Verschlechterung eingetreten wäre.

## Erwägungen

1.

Im Streit liegt die Verfügung vom 17. Februar 2017, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 30. Januar/2.



Februar 2007 abweis. 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.

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 legifertiert, 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



einsehbarer Raum (vgl. dazu BGE 137 I 327) zusammengetragen worden sei. Das Ergebnis könne indessen verwertet werden, wenn das Beweismaterial nicht im nicht öffentlich frei einsehbarer 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).

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.

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 lumboschialgieformen 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 seinem 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 Beurteilung vom Mai 2016 wurde festgehalten, es habe sich keine Veränderung im Vergleich zur Vorbeurteilung 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 stützte 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, simulierte 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.

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 Schmerzlinderung 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.

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.

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.