

200 16 1119 IV  
SCJ/SHE/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 20. November 2017**

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin und Notarin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**IV-Stelle Bern**  
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 14. Oktober 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der im Jahre 1975 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich am 17. November 2011 unter Hinweis auf eine Depression und eine Diskushernie bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) für berufliche Integration / Rente an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2) und am 28. Mai 2013 (AB 32) für eine Hilflosenentschädigung. Die IVB tätigte Abklärungen erwerblicher und medizinischer Art. Insbesondere liess sie den Versicherten durch die Dres. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, sowie D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, begutachten (vgl. bidisziplinäres Gutachten vom 5. bzw. 7. Februar 2014 [AB 42.1, 42.2, 42.3]) und durch den Abklärungsdienst der IVB eine Abklärung vor Ort durchführen (vgl. Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung vom 4. April 2014 [AB 44]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 45) verneinte die IVB mit Verfügung vom 7. Juli 2014 (AB 53) einen Anspruch des Versicherten auf eine Hilflosenentschädigung. Die Verfügung blieb unangefochten.

Bereits ab dem 28. April 2014 liess die IVB den Versicherten bis zum 4. Juli 2014 an mehreren Tagen observieren (vgl. Bericht über die Beweissicherung vor Ort [BvO] vom 17. September 2014 [AB 59]). Gestützt auf die Erkenntnisse der BvO holte sie bei den beiden Gutachtern eine Stellungnahme vom 10. April 2015 ein. Weiter liess sie den Versicherten am 7. März 2016 durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), untersuchen (vgl. Berichte vom 15. März 2016 [AB 72, 73]) und holte bei den Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Stellungnahmen ein (vgl. Beurteilungen vom 30. August 2016 [AB 79, 80]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 81) verneinte die IVB mit Verfügung vom 14. Oktober 2016 (AB 84) bei einem Invaliditätsgrad von 28% den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente.

**B.**

Mit Eingabe vom 16. November 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 14. Oktober 2016 sei aufzuheben.
2. Es sei dem Beschwerdeführer ab Ablauf des Wartejahres bis mindestens Februar 2016 eine ganze Rente zuzusprechen.
3. Für die Zeit ab Februar 2016 seien nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen unter Anordnung einer polydisziplinären Abklärung und einer beruflichen Abklärung die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
4. Es seien sämtliche Dokumente aus den Akten zu entfernen und zu vernichten, welche auf die Observation Bezug nehmen oder diese betreffen. Bei der Verfügung vom 14. Oktober 2016 und beim Vorbescheid seien die entsprechenden Abschnitte unkenntlich zu machen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 16. Dezember 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Standpunkten und gestellten Anträgen fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. August 2017 erhielten die Parteien Gelegenheit, sich zum Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 14. Juli 2017, 9C\_806/2016, zur gesetzlichen Grundlage hinsichtlich der Observation einer versicherten Person in der Invalidenversicherung sowie den entsprechenden Konsequenzen für die Beweiswürdigung zu äussern. Hiervon machten diese am 28. August bzw. 27. September 2017 Gebrauch und hielten an den bisherigen Anträgen und Rechtsbegehren fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 14. Oktober 2016 (AB 84). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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).

**2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

## **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 12. April 2011 (AB 11/24) wurde eine akute Lumbago diagnostiziert. Der Versicherte habe über seit gestern Morgen bestehende tieflumbale, immobilisierende Rückenschmer-

zen (VAS 8) mit Ausstrahlung in beide Beine dorsal geklagt (S. 24). Die untersuchenden Ärzte gingen von mechanischen Lumbalgien aus (S. 25).

**3.1.2** PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 5. Juli 2011 (AB 11/21) die Diagnose einer grossen nach dorsal luxierten Diskushernie L5/S1 links. Seit einer Woche bestünden heftige Ischialgien links, die im Gesäss, dorsalen Oberschenkel und in der linken Wade lokalisiert werden könnten und mit starken Rückenschmerzen einhergehen würden. Gleichzeitig habe der Versicherte eine Taubheit im Dermatom S1 links an der Oberschenkelrückseite und Wade bemerkt, wobei Paresen und Sphinkterstörungen nicht angegeben würden (S. 21). Aufgrund des massiven Schmerzsyndroms ohne motorische Ausfälle und kurzer Anamnese sei eine intensive konservative Therapie installiert worden. Bei regredienten Beschwerden habe der Versicherte auf eigenen Wunsch einen Tag nach Eintritt ins Spital dieses wieder verlassen (S. 22).

**3.1.3** Im Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2011 (AB 11/9) wurde ein psychotisches Zustandsbild unklarer Genese, Differentialdiagnose Demenz, eine Diskushernie L5/S1, klinisch pseudoradikuläre Sensibilitätsstörung sowie eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Im Eintrittsgespräch vom 20. September 2011 habe der Versicherte weitgehend adäquat Auskunft geben können. Am Folgetag habe er verwirrt und unruhig gewirkt. Die Ehefrau habe angegeben, dass die Verwirrtheit und Vergesslichkeit bereits seit zwei bis vier Wochen bestehen würden. Am 23. September 2011 habe der Versicherte erstmalig visuelle Halluzinationen beschrieben. Ferner hätten eine örtliche und zeitliche Desorientierung sowie eine Denkstörung und generelle Verlangsamung und gleichzeitige Unruhe imponiert (S. 9).

**3.1.4** Im Bericht der psychiatrischen Dienste I. \_\_\_\_\_ vom 2. November 2011 (AB 11/6) wurde u.a. eine schwere depressive Episode mit synthymen psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.30) diagnostiziert. Das Eintrittsgespräch habe sich als sehr schwierig gestaltet. Der Versicherte habe sich formalgedanklich verlangsamt und teils desorientiert präsentiert. Er habe stark in sich gekehrt gewirkt und sei im Gespräch kaum zugänglich gewesen. Es habe sich eine Affektstarre mit aufgehobener Schwingungsfähigkeit gezeigt. Ein affektiver Rapport sei nicht herstellbar gewesen. Der

Versicherte habe über optische und akustische Halluzinationen in Form einer weissen Gestalt mit einem schwarzen Hund berichtet. Zusätzlich sehe er eine kleine weisse Kuh neben sich (S. 6).

**3.1.5** Die behandelnde Hausärztin, Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 9. Dezember 2011 (AB 11) aus, der Versicherte leide an massiven panvertebralen Rückenschmerzen, einer Ischialgie vor allem links, einer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit sowie eine Affektstarre. Bei länger gleich bleibender Haltung und den meisten Bewegungen würden die Schmerzen zunehmen. Der Antrieb sei vermindert. Seit dem 27. Juni 2011 bestehe als Mitarbeiter in einer ... eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Auch eine leidensangepasste Tätigkeit sei nicht möglich (S. 2 f. Ziff. 1.6 f.).

**3.1.6** Wie dem Bericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2011 (AB 21/3) zu entnehmen ist, leide der Versicherte unter Rückenschmerzen, die caudal hin zum Fuss und kranial bis in den Kopf ausstrahlen würden. Weiter spreche er häufig unklar und komisch. Sodann leide er unter Angst, sehe unrealistische Bilder (kleine Kuh und Hund) und höre Stimmen, die ihn auffordern würden, sich umzubringen. Wie der untersuchende Arzt festhielt, stünde aktuell die psychiatrische Erkrankung im Vordergrund. Der Versicherte habe sich angespannt, unruhig und agitiert präsentiert. Er habe dem normalen Gesprächsverlauf nicht folgen können (S. 4).

**3.1.7** Neben den bereits gestellten Diagnosen äusserten die psychiatrischen Dienste I.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 14. März 2012 (AB 24) den Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychologischen Anteilen (ICD-10 F45.41; S. 2 Ziff. 1.1). Der Versicherte habe wenig Blickkontakt und einen starren Blick ins Leere. Er wirke abwesend. Psychomotorisch sei er unruhig, laufe auf und ab. Gleichzeitig sei er arm an Spontanbewegungen. Die Exploration sei erschwert, die Orientierung sei nicht überprüfbar. Die Konzentration und die Aufmerksamkeit seien stark reduziert. Der Versicherte sei ablenkbar. Das Gedächtnis sei nicht beurteilbar. Formalgedanklich sei er verlangsamt, eingeengt auf Schmerzen. Zum Teil bestehe ein Gedankenabbruch. Der Versicherte habe optische Halluzinationen (weisses beschützendes Kalb, böser schwarzer Hund, böse weisse Gestalt) und akustische Halluzinationen (imperative

Stimme auf ... befehle Suizid). Die Grundstimmung sei gedrückt. Er wirke hoffnungslos, ratlos und verzweifelt. Er sei affektstarr und habe keine Schwingungsfähigkeit. Der affektive Rapport sei nicht herstellbar. Weiter bestehe eine Durchschlafstörung (S. 3 Ziff. 1.4). Die psychiatrischen Dienste I.\_\_\_\_\_ attestierten ab dem 29. September 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 1.6).

**3.1.8** Die behandelnde Psychiaterin, med. pract. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 30. Mai 2012 (AB 26) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine unklare Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (ICD-10 F68?) mit/bei chronischem Schmerzsyndrom, Diskushernie L5/S1, klinisch pseudoradikuläre Sensibilitätsstörung, therapierefraktär seit Juli 2011, anamnestisch Rückenoperation als 26-jähriger, bestehend seit Juli 2011. Weiter bestehe der Verdacht auf eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (S. 1 Ziff. 1.1). Es handle sich um eine Psychopathologie, die schwierig zu beurteilen und einzuordnen sei. Ein depressives Syndrom sei möglich, aber nicht richtig fassbar. Der Versicherte scheine Angstsymptome zu haben, schwitze stark. Die Orientierung könne nicht richtig abgefragt werden, da er kaum auf die Fragen eingehe. Aus psychiatrischer Sicht sei es ihr (med. pract. K.\_\_\_\_\_) nicht möglich, die Arbeitsfähigkeit einzuschätzen. Der Versicherte sei jeweils total blockiert, krümme sich in alle Richtungen, wenn er zur Konsultation komme und gebe an, dass er mit seinen Schmerzen, die sich überall ausgebreitet hätten (Rücken-, Bauch- und Kopfschmerzen) nicht arbeiten könne (S. 3 Ziff. 1.6). Es lägen geistige, körperliche und psychische Blockierungen sowie ein autistisches Verhalten vor. Man könne sich vorstellen, dass der Versicherte einer Arbeit nachgehen könnte. Ob ihm die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sei, sei eigentlich nicht beurteilbar (S. 3 Ziff. 1.7).

**3.1.9** Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD, diagnostizierte im Bericht vom 17. April 2013 (AB 31) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Diskusprotrusion BWK L5/S1, eine depressive Episode (ICD-10 F32), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) sowie Probleme verbunden mit Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73.3; S. 5). Mit überwiegender Wahr-

scheinlichkeit sei die depressive Störung, die der Versicherte nach Schmerzbeginn entwickelt habe, nicht anhaltend schwer oder mit psychotischen Symptomen, sondern eine depressive Episode, die mit der geeigneten Behandlung überwindbar sei, resp. zumindest teilremittiert (S. 6). Der stark übergewichtige Versicherte sei verstimmt, verlangsamt und habe Schmerzen. Er schone sich und ziehe sich zurück oder zeige ein appellatives regressives Verhalten oder spreche über psychotische Symptome. Er sei wenig konzentriert, mache bei alltäglichen Verrichtungen nicht mit und lasse sich pflegen oder halte sich im Zimmer auf. Die Müdigkeit sei zum Teil auf die Sedierung durch die Medikamente zurückzuführen. Dem Versicherten sei weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar, jedoch eine Belastbarkeitsabklärung beginnend eine bis zwei Stunden täglich und steigendem Pensum. Dazu solle eine Ernährungsumstellung und eine Tagestruktur mit weniger Dienstleistungen der Ehefrau, mehr Eigenmotivation und mit dem Beginn eines körperlichen Trainings eingeleitet werden (S. 5 f.).

**3.1.10** Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 4. Juni 2013 (AB 35) aus, seit dem 27. Juni 2011 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 lit. B). Der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär (S. 2 lit. C Ziff. 1). Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (Ziff. 2). Er gebe an, überall an Schmerzen zu leiden und nichts machen zu können. Es gehe ihm schlecht (lit. D. Ziff. 4). Der Versicherte sei unruhig, wirke abwesend, schwitze und weise eine ausgeprägte Berührungs- und Druckdolenz vor allem über der Lendenwirbelsäule, aber auch im übrigen Rücken auf. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei in alle Richtungen schmerzbedingt massiv eingeschränkt (Ziff. 5). Er sei seit Juni 2011 in sämtlichen alltäglichen Lebensverrichtungen (An-/Auskleiden, Aufstehen, Absitzen, Abliegen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft [nur Körperreinigung], Fortbewegung, Pflege gesellschaftlicher Kontakte) regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen. Er bedürfe tagsüber und nachts der dauernde Pflege sowie persönlichen Überwachung (S. 3).

**3.1.11** Vom 25. bis 27. Juni 2013 und vom 2. Juli bis 11. Juli 2013 war der Versicherte in den psychiatrischen Diensten I. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im

Kurzaustrittsbericht vom 30. Juli 2013 (AB 42.4/3) wurde ausgeführt, der Versicherte habe sich submutistisch präsentiert. Ein Eintrittsgespräch sei kaum möglich gewesen. Laut Ehefrau habe er die Tage zuhause liegend oder sitzend verbracht. Aufgrund der Rückenschmerzen seien seine Aktivitäten eingeschränkt. Er habe ein chronisches Schmerzsyndrom und zeige eine starke Unruhe (S. 3). Er habe das Spital am 11. Juli 2013 auf dringenden eigenen Wunsch und gegen den ärztlichen Rat verlassen (S. 4).

**3.1.12** Die Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ diagnostizierten im bidisziplinären Gutachten vom 7. Februar 2014 (AB 42.1) eine therapieresistente undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10 F20.3) mit Anteilen einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) und einer Schizophrenia simplex (ICD-10 F20.6) bei jetzt ganz im Vordergrund stehender Negativsymptomatik vom Ausmass eines schizophrener Residuums (ICD-10 F20.5), anamnestisch ein generalisiertes Schmerzsyndrom auf der Basis einer Diskushernie L5/S1 ohne sichere neurologische Ausfälle (ICD-10 M51.1), eine morbide Adipositas, BMI 45 (ICD-10 E66.82), eine kardiovaskuläre Risikokonstellation (ICD-10 E68; arterielle Hypertonie [ICD-10 I10.9], fortgesetzter Nikotinkonsum [ICD-10 F17.2], Diabetes mellitus Typ 2 [ICD-10 E14.8], Schlafapnoe [ICD-10 J98.8]) und rezidivierende Perianalabzesse sowie rezidivierende Hidradenitis suppurativa (S. 3).

Es lägen körperliche Funktionsbeeinträchtigungen betreffend die Belastbarkeit des Halte- und Bewegungssystems durch Heben und Tragen schwerer Lasten vor, die sich mit den vorliegenden somatischen Befunden an der LWS begründen lassen würden (S. 3). Die klinische Untersuchung sei bei fehlender Mitwirkung des Versicherten derart erschwert, dass die Leistungsfähigkeit nur medizinisch-theoretisch diskutiert werden könne (S. 2). Entscheidend für die derzeitige – und langfristige – Leistungsbeurteilung sei ausschliesslich der psychische Gesundheitsschaden (S. 2). Psychische Funktionsbeeinträchtigungen würden praktisch alle Lebensbereiche betreffen. Insbesondere komme es durch die schwere psychische Störung zu hochgradiger Unselbstständigkeit im Sinne einer Hilfsbedürftigkeit, einer nahezu aufgehobenen Kommunikationsfähigkeit selbst innerhalb der Familie, einer Beeinträchtigung des formalen und wahrscheinlich auch des inhaltlichen Denkens sowie der akustischen und wahrscheinlich auch visuel-

len Sinneswahrnehmungen. Die Orientierung sei ebenfalls erheblich reduziert. Der Versicherte sei zum gegenwärtigen Zeitpunkt sogar als nicht mehr geschäftsfähig einzuschätzen, da er die Folgen aus z.B. vertraglichen oder anderen Vereinbarungen nicht mehr abschätzen könnte. Weiter lägen geistige Funktionsbeeinträchtigungen vor, wobei es sich nach den bisher vorliegenden Befunden nicht um hirnganisch begründbare geistige Funktionsbeeinträchtigungen handeln könne. Diese Funktionsbeeinträchtigungen seien ebenfalls durch die schwere psychische Störung bedingt (S. 3).

Dem Versicherten seien jetzt und auf nicht absehbare Zeit (mit hoher Wahrscheinlichkeit > zwei Jahre) keine Erwerbstätigkeiten oder die Unterbringung in einer geschützten Werkstatt zumutbar. Die Unterbringung in einem Pflegeheim für psychisch Kranke sollte zur Entlastung der Familie und insbesondere der Ehefrau erwogen werden (S. 3).

**3.1.13** Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führte im Schreiben vom 22. April 2014 (AB 47) an die Beschwerdegegnerin aus, der Versicherte sei vor allem aufgrund seiner depressiven Störung wie auch aufgrund seines Rückenleidens und von Diabetes mellitus auf Hilfe für die alltäglichen Lebensverrichtungen und auf persönliche Überwachung angewiesen. Diese würden von der Ehefrau geleistet. Er leide aufgrund seiner depressiven Störung unter Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen und innerer Unruhe. Dies führe dazu, dass er ohne Anleitung/Überwachung durch die Ehefrau seine Körperpflege vernachlässige, seine Medikamente nicht einnehme, die notwendige Diät nicht einhalte, die dringend empfohlene körperliche Bewegung in Form von regelmässigen Spaziergängen nicht durchführe, (Arzt-)Termine nicht wahrnehme und keinerlei sozialen Kontakte pflege.

**3.1.14** Im Zeitraum vom 28. April bis 4. Juli 2014 wurde der Versicherte an insgesamt dreizehn Tagen observiert. Im entsprechenden Bericht über die BvO vom 17. September 2014 (AB 59) wurde festgehalten, dass der Versicherte an den Tagen, an welchen er observiert worden sei, fast täglich sein Domizil verlassen habe. Er sei meistens zu Fuss weggegangen und habe längere Fussmärsche zurückgelegt oder sei mit einem Personenwagen abgeholt worden. Er sei allein oder in Begleitung einkaufen gegangen, habe Restaurants besucht, sei in die Stadt ... gefahren und zum Sozialdienst der Stadt ... gegangen. Es hätten nie körperliche Beschwerden beim Ge-

hen festgestellt werden können. Weiter habe er auch Post- und Bankgeschäfte erledigt. Er habe oft mit verschiedenen Personen Kontakt gehabt und häufig mit seinem Natel telefoniert. Er habe mehr als einmal beobachtet werden können, wie er in seinem Stammlokal durch Handheben via grosse Fensterfront Kaffee oder andere Getränke bestellt und auch erhalten habe. Er habe mehrmals vorbeifahrende Lenker von Personenwagen gegrüsst. Zudem habe beobachtet werden können, wie er selbstständig einkaufen gegangen und auch so in Kontakt mit unbekanntem Personen gekommen sei. Der Versicherte habe diskutiert und gelacht, wenn er mit anderen Personen Kontakt gehabt habe. Beim Arbeiten habe er nie angetroffen werden können.

**3.1.15** Am 20. März 2015 (AB 56 f.) wurde der BvO-Bericht vom 17. September 2014 (AB 59) den Gutachtern zur Stellungnahme vorgelegt. Die Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ stellten im Bericht vom 10. April 2015 (AB 55) fest, es bestünden Diskrepanzen zwischen ihrer Begutachtung und den neuen Akten. Der Versicherte erscheine weniger hilfsbedürftig bzw. abhängig von der Unterstützung seiner Ehefrau zu sein, als er im Rahmen der Begutachtung erschienen habe. Sein kommunikatives Verhalten wirke zudem deutlich lebendiger als im Rahmen der Begutachtung. Es erscheine allerdings unmöglich, aus einer Video-Dokumentation (die gewissermassen ein Stummfilm sei) zu schliessen, dass jemand diskutiere. Auch „Telefonate“ eines Psychotikers seien nicht vorbehaltlos mit Telefonaten eines geistig und psychisch normalen Menschen vergleichbar (S. 2 Ziff. 1 lit. a). Seine Mimik und Gestik zeige eine affektive Vielfalt (Lachen, keine mimische Affektstarre mehr), die im Rahmen der Begutachtung nicht zu beobachten gewesen sei, wobei es ganz generell so sei, dass Probanden im Rahmen einer Begutachtung weniger affektive Modulationsvielfalt erkennen lassen würden. In der Regel herrsche ein „ernster, leidender und betroffener affektiver mimischer und gestischer Ausdruck“ vor (lit. b). Das Resultat der Begutachtung sei weiterhin gültig (Ziff. 2).

**3.1.16** Am 23. Juni 2016 (AB 60) führte die Beschwerdegegnerin mit dem Versicherten ein Verlaufsgespräch durch. Die Ehefrau beantwortete die gestellten Fragen, der Versicherte könne nichts sagen. Er ging „wegen Rückenschmerzen“ im Besprechungszimmer auf und ab. Die Ehefrau gab zu

Protokoll, die Schmerzen ihres Mannes hätten sich seit der Begutachtung im Januar 2014 nicht verändert, es gehe ihm schlecht. Er gehe nie alleine aus dem Haus, sie begleite ihn immer. Er sei sehr unselbstständig, rede wenig und sage immer „ich weiss nicht“. Er bleibe immer zu Hause bei ihr. Der Versicherte spreche mit niemandem. Er rede „für sich“. Die Vorbehalte der Beschwerdegegnerin, man habe festgestellt, dass der Versicherte die Wohnung alleine verlasse, wenn er ausser Haus sei, nicht orientierungslos wirke, mit anderen Personen spreche und mit dem Handy telefoniere, nicht hilflos wirke und offensichtlich selbstständig an einem Banco-/Postomat Geld abheben und im Restaurant Bestellungen aufgeben könne, dementierte die Ehefrau. Dies sei alles unmöglich bzw. der Versicherte sei hierzu nicht fähig (S. 2 f.).

**3.1.17** Dr. med. J. \_\_\_\_\_ führte im Verlaufsbericht vom 29. Juni 2015 (AB 62) aus, die Kommunikation des Versicherten sei eingeschränkt. Er sei weiterhin auf regelmässige Hilfe bzw. Überwachung im Alltag angewiesen. Der Gesundheitszustand sei stationär (S. 2 Ziff. 1). Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten vor allem die schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen sowie das panvertebrale Schmerzsyndrom bei Diskushernie L5/S1 (Ziff. 3). Unverändert beständen ein reduzierter Allgemeinzustand, eine psychomotorische Unruhe sowie panvertebrale Schmerzen (Ziff. 4). Der Versicherte klagte über Schmerzen am ganzen Rücken. Es gehe ihm schlecht (Ziff. 4). Er wirke unruhig, stehe nach kurzem Sitzen wieder auf, gehe herum, habe eine starre Mimik und keinen spontanen Augenkontakt. Auf direkte Ansprache erfolge ein kurzer Augenkontakt. Teilweise gebe er Antwort, sage aber oft, er wisse nicht und schaue dann zur Ehefrau (Ziff. 6). Der Versicherte könne nicht mehr als einige Minuten in gleicher Position bleiben, beginne dann unruhig umher zu gehen. Seit dem 27. Juni 2011 und bis auf Weiteres bestehe eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit von 100% (S. 3 Ziff. 11). Eine Eingliederung in einen Arbeitsplatz sei zurzeit nicht möglich (Ziff. 12). Weder die bisherige Erwerbstätigkeit noch eine leidensangepasste Tätigkeit sei zumutbar (S. 3 f. Ziff. 13 f.). Seit Juni 2011 sei er beim An-/Auskleiden, der Körperpflege und Verrichten der Notdurft (nur Körperreinigung) regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen. Er bedürfe tagsüber und nachts der dauernden Pflege und persönlichen Überwachung (S. 7).

**3.1.18** Med. pract. K. \_\_\_\_\_ hielt im Verlaufsbericht vom 29. Juli 2015 (AB 64) bezüglich der Kommunikationsfähigkeit fest, der Versicherte sei weiterhin fast mutistisch. Es gebe aber immer wieder Momente, wo er eine Frage stelle, die auf ein adäquates Situationsverständnis schliessen lasse. Es habe sich eingebürgert, dass anstatt er seine Frau rede. Es brauche einiges an Aufwand, den Versicherten direkt anzusprechen und darauf zu warten, dass er irgendein Zeichen bzw. Antwort gebe. Die Selbstständigkeit sei in weiten Teilen gegeben. Auch sei ein Gewöhnungseffekt im Sinne eines Hospitalismus auszumachen. Die Ehefrau habe sehr viele Aufgaben übernommen. Es sei nicht klar, ob der Versicherte diese Aufgaben selbstständig erledigen könnte, wenn sie nicht da wäre. Er delegiere das Reden, Handeln und Entscheiden an seine Frau und dies seit geraumer Zeit. Immer wieder sei versucht worden, die Angehörigen zu motivieren, ihn ihrerseits aufzufordern, sich aktiv zu betätigen, mit den Kindern etwas zu unternehmen, selbstständig aus der Wohnung zu gehen, einen Spaziergang zu machen, im Haushalt etwas zu helfen. Sie (med. pract. K. \_\_\_\_\_) sei sich nicht sicher, ob der Versicherte die Orientierung verloren habe. Sicher sei aber, dass er abhängig sei von seiner Frau, sich an ihr orientiere und dies in sehr auffälliger Form. Der Gesundheitszustand habe sich betreffend die körperliche Situation vielleicht ein bisschen verbessert (S. 2). Im Moment habe der Versicherte mehr Bereitschaft, sich körperlich zu bewegen (S. 3 Ziff. 4). Er sei bei der Fortbewegung und der Pflege gesellschaftlicher Kontakte regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen, bei der persönlichen Überwachung teilweise (S. 6).

Med. pract. K. \_\_\_\_\_ gab am 8. März 2016 (AB 70) gegenüber dem RAD-Psychiater Dr. med. E. \_\_\_\_\_ telefonisch an, eine Verbesserung des psychischen Befundes sei ca. ab Herbst 2015 zu beobachten gewesen. Der Versicherte sei im Vergleich zu früher zugänglicher und offener gewesen. Er habe häufiger direkten Kontakt aufgenommen. Die sprachliche Kommunikation sei besser geworden, allerdings weiterhin eingeschränkt, und eine normale Kommunikation sei nicht möglich gewesen.

**3.1.19** Anlässlich einer telefonischen Unterredung zwischen dem RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ und Dr. med. J. \_\_\_\_\_ am 8. März 2016 (AB 69) teilte Letztere mit, aktuell stehe somatisch eine rechtsseitige Lumboischial-

gie im Vordergrund. Im August 2015 sei es psychisch zu einer allgemeinen Verbesserung gekommen. Bei der Konsultation vom 20. August 2015 habe der Versicherte anwesender gewirkt, mehr Blickkontakt aufgenommen, klarer Auskunft gegeben und die Anweisungen besser befolgt. Sie habe keine Erklärung für diese Veränderung/Verbesserung. Bei der letzten Konsultation vom 25. Februar 2016 habe sie den Eindruck gehabt, dass das Befinden des Versicherten wieder schlechter gewesen sei. Er habe den Blick wieder häufiger abgewendet und sei den Fragen wieder häufiger ausgewichen. Aus ihrer Sicht sei der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit weiterhin zu 100% arbeitsunfähig, da sie davon ausgehe, dass es sich um eine körperlich schwere Tätigkeit gehandelt habe. Aber auch in einer körperlich leichten Tätigkeit sei er zu 100% arbeitsunfähig. Generell sei es schwierig, diesen Versicherten zu führen und noch schwieriger, ihm zu helfen.

**3.1.20** Am 7. März 2016 wurde der Versicherte durch den RAD-Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_\_ untersucht. In seinem Bericht vom 15. März 2016 (AB 72) diagnostizierte dieser mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anamnestic ein generalisiertes Schmerzsyndrom auf der Basis einer Diskushernie L5/S1 ohne sichere neurologische Ausfälle (ICD-10 M51.1; S. 4). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden u.a. ein Vortäuschen von psychischen Symptomen / Störungen (ICD-10 Z76.5), sowie aktelanamnestic u.a. ein schweres obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom unter CPAP-Therapie, ein metabolisches Syndrom, ein Diabetes mellitus Typ 2 und eine arterielle Hypertonie. Psychiatrisch sei der Versicherte in seinem Geschlecht, seinem Alter, seiner Bildung und seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten angepassten Tätigkeiten nach einer Phase der Angewöhnung aufgrund einer anzunehmenden Dekonditionierung zu 100% (ca. acht Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche) ohne Verminderung der Leistungsfähigkeit arbeitsfähig. Aus somatischer Sicht seien dem Versicherten – nach Rücksprache mit Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates vom RAD – nur noch Arbeiten zumutbar, welche rückenergonomisch korrekt durchführbar und körperlich nicht schwergradig belastend seien (S. 4 i.V.m. AB 73 S. 32). Auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ könne im Hinblick auf die Diagnose und das Zumutbarkeitsprofil nicht abgestellt

werden. Auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ könne im Hinblick auf die Diagnose und das Zumutbarkeitsprofil abgestellt werden. Das psychiatrische Zumutbarkeitsprofil habe mindestens seit Beginn der BvO ab April 2014 Gültigkeit, das somatische Zumutbarkeitsprofil seit der rheumatologischen Begutachtung im Januar 2014 (S. 5).

**3.1.21** Im RAD-Aktenbericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 30. August 2016 (AB 80) führte diese aus, im Verlaufsbericht von Hausärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 29. Juni 2015 (vgl. E. 3.1.17 hiervor) würden keine objektiven Befunde aufgezählt, welche eine wechselbelastende angepasste Tätigkeit in vollem Tagespensum von achteinhalb Stunden oder 100% verunmöglichen würden. Der ausführliche psychiatrische RAD-Untersuchungsbericht (AB 73) zeige ebenfalls keine objektiven Einschränkungen, welche das Zumutbarkeitsprofil beeinflussen würden. In der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter ... sei aufgrund des körperlichen Einsatzes keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Dies treffe auch auf jede andere Arbeit mit körperlichem Einsatz zu (S. 3).

Gestützt auf den Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ erstellte RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 30. August 2016 (AB 79) ebenfalls einen Aktenbericht und ergänzte die Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_\_\_ dahingehend, dass eine angepasste, wechselbelastende Tätigkeit ohne körperliche Schwerbelastung und in korrekter Rückenergonomie ohne Einschränkung zumutbar sei (S. 3).

## **3.2**

**3.2.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**3.2.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.3** Ein Observationsbericht bildet für sich allein keine sichere Basis für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Er kann diesbezüglich höchstens Anhaltspunkte liefern oder Anlass zu Vermutungen geben. Sichere Kenntnis des Sachverhalts kann in dieser Hinsicht erst die ärztliche Beurteilung des Observationsmaterials liefern. Die Abklärung durch den Arzt kann gestützt auf die Resultate der Überwachung erfolgen, ohne dass es nötig ist, in jedem Fall ein medizinisches Gutachten in Auftrag zu geben. Am Versicherer oder am Gericht ist es, gemäss dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung die Tragweite der Ergebnisse einer Überwachung zu würdigen (SVR 2015 IV Nr. 20 S. 60 E. 4.1).

**3.3** Vorab ist zu prüfen, ob der Bericht über die BvO vom 17. September 2014 (AB 59) überhaupt verwertbar ist, oder ob – wie der Beschwerdeführer beantragt (vgl. u.a. Beschwerde S. 2) – sämtliche Dokumente, welche auf die Observation Bezug nehmen oder diese betreffen, aus den Akten zu entfernen und zu vernichten sind.

**3.3.1** Mit zur Publikation vorgesehenem Entscheid vom 14. Juli 2017, 9C\_806/2016, hat das Bundesgericht unter Berücksichtigung des EGMR-Urteils 61838/10 vom 18. Oktober 2016 in E. 4 entschieden, dass es trotz Art. 59 Abs. 5 IVG auch im Bereich der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage fehlt, welche die verdeckte Überwachung umfassend klar und detailliert regelt. Folglich verletzen solche Handlungen, seien sie durch den Unfallversicherer oder durch die IV-Stelle ver-

anlasst, Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) bzw. den einen im Wesentlichen gleichen Gehalt aufweisenden Art. 13 der Bundesverfassung (BV; SR 101), womit insofern auch an BGE 137 I 327 nicht weiter festgehalten werden kann.

Was die Verwendung des im Rahmen der widerrechtlichen Observation gewonnenen Materials anbelangt, hat das Bundesgericht im soeben vermerkten Entscheid BGer 9C\_806/2016 im Wesentlichen erkannt, dass die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen Beweise) grundsätzlich zulässig ist, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten öffentlichen und privaten Interessen würden Letztere überwiegen (vgl. E. 5.1.1). Mit Blick auf die gebotene Verfahrensfairness hat das Bundesgericht sodann in derselben Erwägung eine Präzisierung angebracht und daran erinnert, dass eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme verwertbar ist, solange Handlungen des „Beschuldigten“ aufgezeichnet werden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung macht und ihm keine Falle gestellt worden war. Ferner hat das Gericht erwogen, dass von einem absoluten Verwertungsverbot wohl immerhin insoweit auszugehen ist, als es um Beweismaterial geht, das nicht im öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde (vgl. E. 5.1.3).

**3.3.2** Die Beschwerdegegnerin liess den Beschwerdeführer vom 28. April 2014 bis zum 4. Juli 2014 an einzelnen Tagen observieren, was mit Video festgehalten wurde. Zudem fanden die wesentlichen Beobachtungen Eingang in einen schriftlichen Bericht vom 17. September 2014 (AB 59). Anlass zu dieser Vorkehr hatte das während der bidisziplinären Begutachtung bei den Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ sowie der Abklärung vor Ort durch den Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin festgestellte auffällige und widersprüchliche Verhalten des Beschwerdeführers gegeben. Was dieser gegen diesen begründeten Anfangsverdacht vorbringen lässt (vgl. Replik S. 1), überzeugt nicht.

Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. Stellungnahme vom 28. August 2017 S. 2 Ziff. 3) ist aufgrund der Dauer der Überwachung nicht von einer schweren Grundrechtsverletzung auszugehen. Es fanden Beobachtungen an insgesamt dreizehn Tagen während fünf bis neun Stun-

den statt; an zehn davon kam es zu Videoaufnahmen (vgl. AB 59). Was den zeitlichen Umfang der Observation betrifft, verneinte das Bundesgericht in einem ähnlichen Fall (vgl. Entscheid vom 21. August 2017, 8C\_802/2016, E. 5.2.2.2 [der Beschwerdeführer wurde während einer Dauer von fast einem halben Jahr an dreizehn Tagen während rund vier bis zehn Stunden beobachtet]) eine schwere Verletzung der Persönlichkeit. Vorliegend erfolgte die Observation nicht über einen längeren Zeitraum hinweg und es ergeben sich auch sonst keine Anzeichen, welche zur Unverwertbarkeit des Überwachungsmaterials führen würden. Auch was die gefilmten Tätigkeiten betrifft, ist nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit auszugehen. Im Wesentlichen bezogen sich die Beobachtungen auf das Verlassen des Domizils, den Besuch von Restaurants, das Telefonieren mit dem Natel, den Kontakt mit anderen Personen, dem Einkauf von Lebensmitteln sowie das Erledigen von Post- oder Bankangelegenheiten. Damit ist von einem verhältnismässig geringen Eingriff in die Privatsphäre des Beschwerdeführers auszugehen, insbesondere kann mit Blick auf die aufgezeichneten alltäglichen Verrichtungen und Handlungen insgesamt nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit gesprochen werden, zumal es sich um alltägliche und unbeeinflusste Handlungen des Beschwerdeführers handelte, die im öffentlichen Raum aufgenommen wurden. Dem gegenübergestellt ist das Interesse der Versicherungsgemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden. Dieses ist unter den hier gegebenen Umständen höher zu gewichten als das Interesse des Beschwerdeführers an einer unbehelligten Privatsphäre. Die Verwendung der Observationsergebnisse in Form des entsprechenden Berichts sowie der Foto- und Videoaufnahmen war und ist daher zulässig. Dies gilt auch für die danach im Wissen dieser Ergebnisse erstellten medizinischen Berichte.

**3.4** Die Beschwerdegegnerin stellte in der Verfügung vom 14. Oktober 2016 (AB 84) im Wesentlichen auf den gestützt auf die psychiatrische Untersuchung vom 7. März 2016 erstellten Bericht des RAD-Psychiaters Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 15. März 2016 (AB 72) sowie seine am 30. August 2016 (AB 79) gestützt auf eine Aktenbeurteilung der RAD-Orthopädin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 30. August 2016 (AB 80) erstellte Stellungnahme, ebenfalls vom 30. August 2016 (AB 79), ab. Danach ist beim Beschwerdeführer vom Vortäuschen von psychischen Symptomen / Störungen

gen auszugehen und er ist aus psychiatrischer Sicht nach einer Phase der Angewöhnung aufgrund einer anzunehmenden Dekonditionierung zu 100% (ca. acht Stunden pro Tag an fünf Tagen die Woche) ohne verminderte Leistungsfähigkeit arbeitsfähig (AB 72 S. 4). Aus orthopädischer Sicht ist in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter ... aufgrund des dabei notwendigen körperlichen Einsatzes keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Eine angepasste, wechselbelastende Tätigkeit ohne körperliche Schwerbelastung und in korrekter Rückenergonomie ist dem Beschwerdeführer ohne Einschränkung zumutbar (AB 79 S. 3). Die Berichte erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte gestellten Anforderungen, weshalb ihnen volle Beweiskraft zukommt (E. 3.2 hiervor). Dr. med. E.\_\_\_\_\_ hat sich in seinen Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie seine Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf seine Untersuchung und die medizinischen Akten, insbesondere derjenigen des bidisziplinären Gutachtens der Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ vom 7. Januar 2014 (AB 42.1) sowie die Ergebnisse der durchgeführten Observation, in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Er hatte Kenntnis aller Vorakten und würdigte die ihm zur Verfügung stehenden Informationen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet und es bestehen – anders als dies der Beschwerdeführer vorbringt (vgl. u.a. Beschwerde S. 9 Ziff. 5) – auch nicht die geringsten Zweifel an deren Beweiswert. Den Berichten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ kommt somit uneingeschränkte Beweiskraft zu und es ist in der Folge darauf abzustellen. Was der Beschwerdeführer hiergegen vorbringt überzeugt nicht.

Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 6 f. Ziff. 3) handelt es sich bei den bei Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eingeholten Berichten nicht um ein unzulässiges Zweitgutachten. Aufgrund der Feststellungen in der BvO sowie des Verlaufsgesprächs vom 23. Juni 2015 (AB 60) war es ohne Weiteres zulässig resp. vielmehr sogar geboten, den Gesundheitszustand nochmals abzuklären, zumal die Rückfrage bei den ursprünglichen Gutachtern trotz der Zurverfügungstellung des Observationsmaterials nicht zielführend war, und diese zwar Diskrepanzen festhielten, sich

jedoch einer ausführlichen medizinischen Würdigung der Feststellungen der BvO sowie einer abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sämtlicher Akten enthielten. Demgegenüber führte RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ überzeugend aus, es sei rückblickend davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer – und seiner Ehefrau – gelungen sei, gegenüber den Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und insbesondere C. \_\_\_\_\_ eine psychische Störung vorzutäuschen. Die Feststellungen der Gutachter, insbesondere dass der Beschwerdeführer vollständig arbeits- und leistungsunfähig ist, wurde denn insbesondere gestützt auf die Ergebnisse der BvO sowie die Untersuchung bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_ durch diesen überzeugend widerlegt. Zur Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eignen sich somit die Begutachtungsergebnisse der Dres. med. C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ (AB 42.1, 42.2, 42.3, 55) – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 4 f. Ziff. 1) – nicht. Was die vom Beschwerdeführer angetönte Verfahrensverzögerung betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass die Länge des Verfahrens insbesondere auf sein eigenes auffälliges und widersprüchliches Verhalten bei den Abklärungen zurückzuführen ist.

Auch die anderen Berichte der behandelnden Ärzte vermögen nichts an der dargelegten vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zu ändern bzw. sind für die Beurteilung derselben nicht massgebend. So teilte die behandelnde Allgemeinärztin Dr. med. J. \_\_\_\_\_ am 8. März 2016 (AB 69) Dr. med. E. \_\_\_\_\_ mit, ihre Angaben zu den alltäglichen Lebensverrichtungen des Beschwerdeführers habe sie von dessen Ehefrau übernommen, die psychiatrische Diagnose vom „Spezialisten“. Die Aussagen der Ehefrau entsprechen jedoch nicht den tatsächlichen Gegebenheiten, welche anlässlich der BvO festgestellt werden konnten. Selbst als die Ehefrau des Beschwerdeführers anlässlich des Verlaufsgesprächs vom 26. Juni 2015 (AB 62) mit den Feststellungen der BvO konfrontiert wurde, hielt sie an ihren Darstellungen fest, ihr Ehemann sei unverändert unselbstständig und auf umfassende Unterstützung im Alltag angewiesen. Damit kommt den Berichten von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ kein Beweiswert zu. Weiter sind die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K. \_\_\_\_\_ für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht aussagekräftig, wies sie doch bereits im Bericht vom 30. Mai

2012 (AB 26) auf gewisse Unklarheiten hin und führte selbst aus, die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilen zu können. Telefonisch gab sie Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 8. März 2016 an, seit ca. Herbst 2015 sei eine Verbesserung des psychischen Befundes beobachtbar gewesen, eine „normale“ Kommunikation aber weiterhin nicht möglich gewesen. Diese Aussage widerspricht den bei der BvO gemachten Feststellungen, wo der Beschwerdeführer beobachtet wurde, wie er uneingeschränkt direkt und telefonisch mit anderen Menschen in Kontakt treten konnte.

Beschwerdeweise bringt der Beschwerdeführer vor, nachdem es ihm nun „im Kopf“ besser gehe, würden die Rückenschmerzen im Vordergrund stehen und eine Arbeitsfähigkeit von bloss 50% zulassen (vgl. Beschwerde S. 7 f. Ziff. 4). Dem kann nicht gefolgt werden, bringt er doch nichts Substantielles vor, was gegen die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 30. August 2016 sprechen würde. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der BvO beobachtet wurde, wie er ein Gebinde von sechs 1,5 Liter Mineralflaschen trug und dieses in einen Personenwagen verladen hat (AB 59 S. 8), was gegen eine erhebliche Einschränkung seitens des Rückens spricht. Zudem lassen die bei der BvO getätigten Beobachtungen zu keiner Zeit die Annahme einer wesentlichen körperlichen Einschränkung zu. Damit kann auch nicht von einem ungenügend erstellten Sachverhalt gesprochen werden und es sind entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7 f. Ziff. 4) keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig.

#### **4.**

**4.1** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**4.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

**4.3** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 S. 188, 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2016 UV Nr. 13 S. 40 E. 2.2). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

**4.4** Frühestmöglicher Rentenbeginn wäre unter Berücksichtigung der Sechsmonatsfrist von Art. 29 Abs. 1 IVG und der Anmeldung am 17. November 2011 (AB 2) Mai 2012, jedoch ist das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erst im Juni 2012 – ein Jahr nach Eintritt der Arbeitsun-

fähigkeit am 27. Juni 2011 (AB 2 S. 3 Ziff. 4.4) – abgelaufen. Damit besteht frühestens ab Juni 2012 Anspruch auf eine Rente, weshalb auf diesen Zeitpunkt hin der Einkommensvergleich durchzuführen ist.

**4.5** Da dem Beschwerdeführer seine Anstellung als Mitarbeiter ... im Hauptberuf am 12. Januar 2012 aus wirtschaftlichen Gründen per 31. März 2012 gekündigt wurde (AB 23.4), wäre er auch im Gesundheitsfall nicht mehr beim damaligen Arbeitgeber angestellt. Da somit die gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht ursächlich für die Kündigung waren, rechtfertigt sich für die Bestimmung des Valideneinkommens rechtsprechungsgemäss ein Abstellen auf Tabellenlöhne (Entscheid des BGer vom 14. April 2010, 9C\_130/2010, E. 3.3.1). Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer lediglich die obligatorische Schulzeit absolvierte, jedoch keinen Beruf erlernte. Damit ist das Valideneinkommen aufgrund des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) zu bestimmen. Ein höheres Kompetenzniveau rechtfertigt sich vorliegend nicht, erzielte der Beschwerdeführer in seiner beruflichen Karriere doch nie ein Einkommen, das dem Kompetenzniveau 2 entsprach. Gestützt auf Kompetenzniveau 1, Metallherzeugung bzw. Herstellung von Metallherzeugnissen der Tabelle TA1 der LSE 2012 hätte er 2012 ein monatliches Einkommen von Fr. 5'200.-- erzielen können. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.4 Stunden (vgl. Tabelle betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche des BfS, Ziff. 24-25 [Herstellung von Metallherzeugnissen]) ergibt dies ein hypothetisches Jahreseinkommen von Fr. 64'584.-- (Fr. 5'200.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.4 Stunden). Zusätzlich ist das Einkommen in den beiden Nebentätigkeiten zu berücksichtigen. Hierzu kann den Akten nicht entnommen werden, dass der Beschwerdeführer diese Stellen aus wirtschaftlichen Gründen verloren hätte. Somit ist davon auszugehen, dass er im Gesundheitsfall diese nach wie vor ausführen würde. Somit sind die konkreten Einkommen in den Nebentätigkeiten massgebend, die der Beschwerdeführer 2010, d.h. im Jahr vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, erzielt hat. Dem IK-Auszug ist zu entnehmen, dass er in den beiden Nebenerwerben als Reiniger 2010 insgesamt ein Einkommen von Fr. 17'661.-- erzielt hat (AB 14). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2012 ergibt dies ein Einkommen von Fr.

17'890.60 (Fr. 17'661.-- / 100 x 101.3 [BfS, Tabelle T1.1.10, Nominallohnindex, Männer, 2011-2016, Sektor 3 Dienstleistungen, Ziff. 77-82 [sonstige wirtschaftliche Tätigkeiten], Index 2010: 100 Punkte bzw. 2012: 101.3 Punkte]). Gesamthaft resultiert somit ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 82'474.60 (Fr. 64'584.-- + Fr. 17'890.60).

**4.6** Da der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Zahlen der LSE 2012 festzulegen (vgl. E. 4.3 hiervor). 2012 hätte er in einer leidensangepassten Tätigkeit, welche rückenergonomisch korrekt durchführbar und körperlich nicht schwergradig belastend ist, gemäss dem Totalwert der Tabelle TA1, Männer, Kompetenzniveau 1, ein monatliches Einkommen von Fr. 5'210.-- erzielen können. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahre 2012 (vgl. Totalwert der Tabelle betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 65'177.10 (Fr. 5'210.-- x 12 Monate / 40 Stunden 41.7 Stunden). Hiervon tätigte die Beschwerdegegnerin einen Abzug vom Tabellenlohn von 15%, da es dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich sei, Schwerarbeit zu verrichten. Damit wurden sämtliche gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers in genügender Form berücksichtigt und es besteht entgegen seiner Ansicht (vgl. Beschwerde S. 10) kein Anlass, einen 15% übersteigenden behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Die übrigen Einzelfallkriterien (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) rechtfertigen vorliegend keinen zusätzlichen Abzug (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5), was vom Beschwerdeführer zur Recht nicht verlangt wird. Damit ergibt sich ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 55'400.55 (Fr. 61'177.10 x 85%).

**4.7** Stellt man das Valideneinkommen von Fr. 82'474.60 dem Invalideneinkommen von Fr. 55'400.55 gegenüber, resultiert eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 27'074.05 (Fr. 82'474.60 – Fr. 55'400.55) bzw. ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 33% (Fr. 27'074.05 x 100 / Fr. 82'474.60). Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür,

dass sich die Verhältnisse bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. Oktober 2016 (AB 84) rentenrelevant geändert hätten.

**4.8** Aufgrund des Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 14. Oktober 2016 (AB 84) als rechters und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin und Notarin lic. iur. Saskia B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.