

BVGer C-1167/2016 vom 23. Januar 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-01-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1167_2016

FR: TAF C-1167/2016 du 23 janvier 2018

IT: TAF C-1167/2016 del 23 gennaio 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Nachdem der Kostenvorschuss innert Frist geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 25. Februar 2016 einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. Urteil des BGer 2C_393/2015 vom 26. Januar 2016 E. 1.2; BGE 132 II 47 E. 1.3 m.H.).

E. 2.3

Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung des Sozialversicherungsgerichts auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger, wohnt aktuell in Deutschland und war in der Schweiz erwerbstätig (act. 11 f.). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681, in Kraft getreten am 1. Juni 2002) und die

Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA zur Anwendung. Der Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 22. Januar 2016 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Bei EU-Staatsangehörigen sind für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer Beitragszeiten mitzuberechnen, die in einem EU-Staat zurückgelegt worden sind, wobei während mindestens eines Jahres Beiträge in der Schweiz geleistet worden sein müssen (vgl. Art. 6 und Art. 57 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/04 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, in Kraft seit 1. April 2012, SR 0.831.109.268.1). Der Beschwerdeführer erfüllt unbestrittenermassen die für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erforderliche Mindestbeitragsdauer (act. 12; 74 S. 1).

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 5.2

Anspruch auf eine Rente haben laut Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des

Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 5.3

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. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Bestimmungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (vgl. FZA und dazugehörige Verordnungen; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1). Die Regelung in Art. 29 Abs. 4 IVG stellt dabei nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 5.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 5.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, 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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkant oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 5.6

Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer eine rentenbegründende Invalidität vorliegt.

E. 6

Da die Vorinstanz das Vorliegen einer rentenbegründenden Invalidität namentlich gestützt auf den Ermittlungsbericht vom 1. September 2014 und der hierzu verfassten Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters Dr. med. D._____ vom 8. Dezember 2014 verneinte, stellt sich zunächst die Frage, ob die Observationsunterlagen im vorliegenden Beschwerdeverfahren überhaupt beigezogen und verwertet werden dürfen.

E. 6.1

Im vorliegenden Fall wurde die Observation durch die F._____ im Zusammenhang mit dem Vertrag des Beschwerdeführers bei der BVG-Sammelstiftung G._____ veranlasst. Mit der Durchführung wurde die H._____ beauftragt. Anschliessend stellte die F._____ der IV-Stelle C._____ die Observationsunterlagen zur Verfügung (vgl. act. 20, 53, 57). Die Observationsunterlagen bestehen aus dem schriftlichen Ermittlungsbericht vom 1. September 2014 inklusive einer Fotodokumentation sowie einer DVD mit tonlosen Videoaufnahmen. Dem Ermittlungsbericht zufolge wurde betreffend den Beschwerdeführer im Zeitraum von März bis August 2014 an insgesamt 12 Tagen operativ ermittelt, wobei der Beschwerdeführer lediglich an 5 Tagen effektiv beobachtet werden konnte. An den anderen 7 Tagen wurde die Observation abgebrochen, da keine Feststellungen im Zusammenhang mit dem Beschwerdeführer gemacht werden konnten. An weiteren 3 Tagen tätigten die Ermittler zufällige Vorbeifahrten, anlässlich welcher sie den Beschwerdeführer jedoch ebenfalls nicht beobachten konnten. Im Einzelnen wurde der Beschwerdeführer wie folgt beobachtet und/oder mit technischen Hilfsmitteln aufgenommen: - am 20. März 2014 im Zeitraum von rund 8 Stunden auf der Strasse im Auto und zu Fuss, im Wartebereich der IV-Stelle C._____ sowie auf einem Spielplatz; - am 26. Juni 2014 im Zeitraum von rund 11 Stunden auf der Strasse im Auto und zu Fuss, in einem Café, im Aussenbereich eines Restaurants und im Parkhaus I._____ in (...); - am 30. Juni 2014 im Zeitraum von rund 2 Stunden auf der Strasse im Auto; - am 13. Juli 2014 im Zeitraum von rund 4 Stunden auf der Strasse im Auto und zu Fuss; - am 26. August 2014 im Zeitraum von rund 5 Stunden auf der Strasse im Auto und zu Fuss sowie in den Räumlichkeiten des Universitätsspitals E._____.

E. 6.2

Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung würdigt das Gericht die Beweise nach freier Überzeugung (vgl. Art. 19 VwVG i.V.m. Art. 40 BZP [SR 273]). Danach ist für den Beweiswert grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch dessen Kennzeichnung massgebend (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43, Rz. 52; BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

E. 6.3

Nach Art. 86a Abs. 2 Bst. b BVG dürfen Organen einer anderen Sozialversicherung Daten bekannt gegeben werden, sofern kein überwiegendes Privatinteresse entgegensteht und sich eine Pflicht zur Bekanntgabe aus einem Bundesgesetz ergibt. Sodann sieht Art. 68bis Abs. 2 Bst. c Ziff. 2 IVG für die IV-Stellen, die Versicherungsträger und die Durchführungsorgane der Sozialversicherungen eine gegenseitige Entbindung von der Schweigepflicht vor, sofern die Auskünfte und Unterlagen dazu dienen, die Ansprüche der betroffenen Personen gegenüber den Sozialversicherungen zu klären. Darüber hinaus hat der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Anmeldung vom 12. Juli 2012 die F. _____ als seine BVG-Versicherung angegeben und ihr damit die Ermächtigung erteilt, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind (act. 5 S. 3 und 6, Ziff. 4.5 und 9). Demnach war die F. _____ zur Herausgabe der Observationsunterlagen an die Invalidenversicherung befugt.

E. 6.4

Im Urteil Vukota-Boji gegen Schweiz vom 18. Oktober 2016, 61838/10, befand der EGMR über die EMRK-Konformität einer Observation einer versicherten Person, die im Auftrag eines (sozialen) Unfallversicherers durch einen Privatdetektiv erfolgt war. Er erkannte, dass mit Art. 28 und Art. 43 ATSG sowie mit Art. 96 UVG (SR 832.20), trotz des durch Art. 28 ZGB und Art. 179quater StGB vermittelten Schutzes von Persönlichkeit und Privatbereich, keine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehe, weshalb er auf eine Verletzung von Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens) schloss (Rz. 72 ff. des EGMR-Urteils). Hingegen verneinte er eine Verletzung von Art. 6 Ziff. 1 EMRK (Recht auf ein faires Verfahren) durch die erfolgte Verwendung der Observationsergebnisse. Dafür war ausschlaggebend, dass bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs im Rahmen des streitigen sozialversicherungsrechtlichen Verfahrens nicht allein auf sie abgestellt wurde und seitens der versicherten Person Einwände möglich waren, namentlich gegen ihre Echtheit und Verwendung sowie bezüglich der Beweiseignung und -qualität. Als bedeutsam galten zudem die Umstände, unter denen der Beweis gewonnen wurde und welchen Einfluss dieser auf den Verfahrensausgang hatte (Rz. 91 ff. des EGMR-Urteils; Urteil des BGer 8C_45/2017 vom 26. Juli 2017 E. 4.2).

E. 6.5

Das Bundesgericht seinerseits hat nunmehr unter Berücksichtigung der betreffenden Erwägungen des EGMR Folgendes entschieden:

E. 6.5.1

Trotz Art. 59 Abs. 5 IVG ("Zur Bekämpfung des ungerechtfertigten Leistungsbezugs können die IV-Stellen Spezialisten beiziehen") fehlt es auch im Bereich der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage, die die Observation

umfassend klar und detailliert regelt. Folglich verletzen solche Handlungen, seien sie durch den Unfallversicherer oder durch eine IV-Stelle veranlasst, Art. 8 EMRK bzw. den einen im Wesentlichen gleichen Gehalt aufweisenden Art. 13 BV. Insofern kann insbesondere auch an BGE 137 I 327 nicht weiter festgehalten werden (vgl. zum Ganzen: Urteil 9C_806/2016 vom 14. Juli 2017 [zur Publikation vorgesehen]; Urteil 8C_45/2017 E. 4.3.1).

E. 6.5.2

Was die Verwendung des im Rahmen der widerrechtlichen Observation gewonnenen Materials anbelangt, richtet sich diese allein nach schweizerischem Recht. Der EGMR prüft dabei nur, ob ein Verfahren insgesamt fair im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gewesen ist (vgl. E. 6.4 vorstehend). In diesem Zusammenhang hat das Bundesgericht im soeben vermerkten Urteil 9C_806/2016 im Wesentlichen erkannt, dass die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) grundsätzlich zulässig ist, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten öffentlichen und privaten Interessen würden diese überwiegen (vgl. Urteil 9C_806/2016 E. 5.1.1). Mit Blick auf die gebotene Verfahrensfairness hat es sodann in derselben Erwägung eine weitere Präzisierung angebracht: Unter Hinweis auf das Urteil des BGer 8C_239/2008 vom 17. Dezember 2009 E. 6.4.2 Abs. 2 und die darin enthaltene Anlehnung an die strafprozessuale Rechtsprechung (vgl. BGE 131 I 272 E. 4.2) hat es 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 machte und ihm keine Falle gestellt worden war. Ferner hat es erwogen, dass von einem absoluten Verwertungsverbot wohl immerhin insoweit auszugehen ist, als es um Beweismaterial geht, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde, was im konkreten Fall jedoch nicht zu beurteilen war (vgl. Urteil 9C_806/2016 E. 5.1.3 m.H. auf Urteil des BGer 8C_830/2011 vom 9. März 2012 E. 6.4; Urteil 8C_45/2017 E. 4.3.2).

E. 6.5.3

Bei seiner Entscheidung, die Verwertbarkeit des rechtswidrig erlangten Observationsmaterials hauptsächlich von einer Interessenabwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen abhängen zu lassen, war für das Bundesgericht nebst anderem die Annahme ausschlaggebend, dass das Manko hinsichtlich einer in allen Belangen genügenden gesetzlichen Grundlage rasch behoben werden soll (vgl. Urteil 9C_806/2016 E. 5.1.1 mit Hinweis auf den erläuternden Bericht des BSV vom 22. Februar 2017 zur Eröffnung des Vernehmlassungsverfahrens über die Revision des ATSG, S. 5 f. unten). In rechtlicher Hinsicht hat es zudem auf Art. 152 Abs. 2 der am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen schweizerischen Zivilprozessordnung verwiesen (vgl. dazu BGE 140 III 6 E. 3.1 m.H.), mit der nebst dem Strafprozessrecht ein weiterer Teil des Verfahrensrechts aktualisiert wurde (Urteil 8C_45/2017 E. 4.3.3).

E. 6.5.4

Die so für den Bereich des sozialversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahrens gewonnene Lösung mit einer Abwägung der infrage stehenden Interessen entspricht inhaltlich dem Konzept, das der Gesetzgeber für den Bereich des Zivilrechts gemäss Art. 28 Abs. 2 ZGB verfolgt. Es verträgt sich zudem mit Stimmen im öffentlich-rechtlichen Schrifttum, die in diesem Zusammenhang - nebst der Interessenabwägung - folgerichtig auch die Unverletzlichkeit des Kerngehalts der Grundrechte vorbehalten (vgl.

Kölz/Häner/Bertschi, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. Aufl. 2013, S. 169 Rz. 481; Urteil 8C_45/2017 E. 4.3.4).

E. 6.6

In diesem Lichte ist zum Begehren des Beschwerdeführers auf Nichtberücksichtigung der Observationsunterlagen Folgendes zu erwägen:

E. 6.6.1

Vorweg ist festzuhalten, dass im vorliegenden Fall die Observation durch den BVG-Versicherer des Beschwerdeführers veranlasst wurde. Die BVG-Sammelstiftung G._____ ist als Vorsorgeeinrichtung im Register für die berufliche Vorsorge des Kantons J._____ eingetragen und nimmt an der Durchführung der obligatorischen Versicherung teil (vgl. Art. 48 BVG [SR 831.40]). Soweit sie das Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vollzieht, übernimmt sie - ähnlich wie die obligatorische Unfallversicherung oder die Invalidenversicherung - öffentlich-rechtliche Aufgaben. Hingegen ist im Bereich der beruflichen Vorsorge das ATSG grundsätzlich nicht anwendbar. Zudem weist der Bereich der beruflichen Vorsorge, gerade was die überobligatorischen Leistungen betrifft, privatrechtliche Komponenten auf. Insgesamt erscheint es dennoch sachgerecht, die Vorsorgeeinrichtungen nach BVG aufgrund ihres Gesetzesauftrags auf dem Feld der Sozialversicherungen hinsichtlich der sich vorliegend stellenden Frage nach dem Umgang mit Observationen analog den öffentlich-rechtlichen Sozialversicherungen, wie namentlich der obligatorischen Unfallversicherung und der Invalidenversicherung, zu behandeln. Da es im Bereich der beruflichen Vorsorge bislang ebensowenig wie in den Bereichen der obligatorischen Unfallversicherung oder der Invalidenversicherung eine gesetzliche Grundlage für die Durchführung von Observationen gibt, die den in den Urteilen des EGMR 61838/10 und des BGer 9C_806/2016 skizzierten Anforderung genügt, verletzt die vorliegend in Frage stehende Observation Art. 8 EMRK bzw. Art. 13 BV und erweist sich damit als widerrechtlich.

E. 6.6.2

Aus dem Schreiben der F._____ vom 2. September 2014 an den Beschwerdeführer ergibt sich, dass sie die Observation aufgrund der unklaren medizinischen und sozialen Situation des Beschwerdeführers veranlasste (act. 53 S. 1). Hinzu kommt, dass die Krankentaggeldversicherung den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 7. März 2013 aufforderte, sich wieder in stationäre Behandlung zu begeben, andernfalls sie davon ausgehen werde, dass er wieder voll arbeitsfähig sei. Sie bezog sich dabei auf den Bericht von Dr. med. K._____ vom 2. März 2013, wonach eine stationäre Behandlung dringend indiziert sei. Dr. med. K._____ führte zudem aus, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer nach nur drei Wochen in offenbar wenig gebessertem Zustand nach Hause entlassen worden sei. Ferner seien die Argumente, weshalb sich der Beschwerdeführer derart vehement gegen eine erneute stationäre Behandlung wehre, nicht stichhaltig (vgl. act. 18 S. 9). Vor diesem Hintergrund erscheint nachvollziehbar, dass die F._____ an der Leistungs(un)fähigkeit des Beschwerdeführers zweifelte und infolgedessen eine Observation veranlasste. In dieser Hinsicht war die Observation des Beschwerdeführers aufgrund konkreter Anhaltspunkte objektiv geboten (vgl. Urteil 8C_45/2017 E. 4.4.1 m.H. auf BGE 137 I 327 E. 5.4.2.1 und Urteil 8C_866/2011 vom 27. März 2012 E. 3.1).

E. 6.6.3

Soweit der Beschwerdeführer in den Räumlichkeiten der IV-Stelle C._____, des Parkhauses I._____ in (...) sowie des Universitätsspitals E._____ observiert wurde, stellt sich zunächst die Frage, ob die Ermittlungsergebnisse einem absoluten Verwertungsverbot unterliegen.

E. 6.6.3.1

Durch die privatdetektivische Observation einer versicherten Person sollen Tatsachen, welche sich im öffentlichen Raum verwirklichen und von jedermann wahrgenommen werden können (beispielsweise Gehen, Treppensteigen, Autofahren, Tragen von Lasten oder Ausüben sportlicher Aktivitäten), systematisch gesammelt und erwahrt werden. Auch wenn die Observation von einer Behörde angeordnet wurde, verleiht sie den beobachtenden Personen nicht das Recht, in die Intimsphäre der versicherten Person einzugreifen (BGE 135 I 169 E. 4.3).

E. 6.6.3.2

Die Räumlichkeiten der IV-Stelle C._____ und des Universitätsspitals E._____ gehören nicht zum öffentlichen Raum und sind auch nicht vom öffentlichen Raum aus frei einsehbar. Um an diesen Örtlichkeiten Ermittlungsergebnisse zu erzielen, mussten die Ermittler vielmehr die Örtlichkeiten betreten. Die Ermittlungsergebnisse an diesen Orten fallen schon aus diesem Grund unter das absolute Verwertungsverbot.

E. 6.6.3.3

Hinsichtlich der Beobachtungen und Aufnahmen im Wartebereich der IV-Stelle C._____ fällt zwar in Betracht, dass die IV-Stelle C._____ als im damaligen Zeitpunkt zuständige Invalidenversicherung durchaus ein Interesse an den Ermittlungsergebnissen gehabt haben dürfte und es entsprechend denkbar ist, dass die Observation mit ihrem Einverständnis stattgefunden hat. Selbst wenn dem so wäre, ist jedoch festzuhalten, dass das absolute Beweisverwertungsverbot nicht durch das Einverständnis des Inhabers des Hausrechts aufgehoben werden kann.

E. 6.6.3.4

Bezüglich des Universitätsspitals E._____ kommt hinzu, dass gemäss § 4 Bst. f. i.V.m. § 1 Abs. 2 der Hausordnung des Universitätsspitals E._____ vom 1. September 2010 (...) Ton- und Bildaufnahmen in allen Räumen des Universitätsspitals E._____ sowie im gesamten zum Universitätsspital E._____ gehörenden Umgelände ohne Bewilligung untersagt sind. Zudem ist gemäss § 3 dieser Hausordnung der Zutritt zum Universitätsspital E._____ auf die unter Abs. 1 Bst. a-g aufgezählten Personen beschränkt, während andere Personen nach Abs. 2 zum Zutritt der Einwilligung der Spitaldirektion bedürfen. Demnach erweisen sich sowohl der Aufenthalt der Ermittler in den Räumlichkeiten des Universitätsspitals E._____ als auch die durch sie gemachten Bildaufnahmen als unzulässig.

E. 6.6.3.5

Beim Parkhaus I._____ in (...) handelt es sich gemäss § 1 Abs. 2 der Verordnung über den Betrieb der Parkgaragen I._____, L._____, M._____ und N._____ sowie des Parkplatzes O._____ vom 13. Oktober 1992 (Parkgaragenverordnung, [...]) um eine öffentliche Parkgarage. Gemäss § 1 Abs. 2 der Vorschriften über die Benutzung der Parkhäuser M._____, I._____ und L._____ sowie N._____ mit Aussenparkfläche vom 10. Januar 2006 (Hausordnung; [...]) dienen die Parkhäuser dem Parkieren, womit der

Nutzerkreis eingeschränkt wird. Des Weiteren sind das unnötige Verweilen in den Parkhäusern sowie jede sachfremde Benutzung der Parkflächen und Einrichtungen untersagt (vgl. § 2 Abs. 2 der Hausordnung). Demnach sind der Aufenthalt der Ermittler und ihre Observationstätigkeit als unnötiges Verweilen bzw. als sachfremde Benutzung der Parkanlage zu qualifizieren und waren nicht zulässig. Aufgrund des eingeschränkten Nutzerkreises kann das Parkhaus I. _____ überdies nicht mehr als öffentlicher Raum betrachtet werden und ist auch nicht öffentlich frei einsehbar.

E. 6.6.3.6

Nach dem Gesagten fand die Observation des Beschwerdeführers soweit sie Beobachtungen und Aufnahmen, welche in den Räumlichkeiten der IV-Stelle C. _____, des Universitätsspitals E. _____ sowie des Parkhauses I. _____ in (...) gemacht wurden, nicht im öffentlichen oder öffentlich frei einsehbaren Raum statt. Die diesbezüglichen Ermittlungsergebnisse unterliegen daher einem absoluten Verwertungsverbot und sind folglich aus dem Recht zu weisen.

E. 6.6.4

Im Übrigen wurde der Beschwerdeführer im öffentlichen Raum (auf der Strasse im Auto und zu Fuss) oder im öffentlich frei einsehbaren Raum (Spielplatz, vom öffentlichen Raum aus frei einsehbarer Bereich von Restaurationsbetrieben) bei alltäglichen Verrichtungen und Handlungen observiert, namentlich beim Gehen und Spazieren auf der Strasse oder in der Fussgängerzone, beim Führen eines Autos, auf dem Spielplatz mit seiner Tochter sowie als Gast im Aussenbereich von Restaurationsbetrieben. Die Verwertbarkeit dieser Observationsergebnisse beurteilt sich anhand einer Interessenabwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen.

E. 6.6.4.1

Die Abwägung zwischen öffentlichem und betroffenem privatem Interesse erfolgt im Allgemeinen im Zusammenhang mit der Anwendung des Verhältnismässigkeitsprinzips (Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Aufl. 2016, Rz. 497).

E. 6.6.4.2

Im vorliegenden Fall stehen die erheblichen und gewichtigen öffentlichen Interessen des Versicherungsträgers und der Versicherungsgemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden, sowie an der Wahrheitsfindung dem privaten Interesse des Beschwerdeführers am Schutz seiner Privatsphäre gegenüber.

E. 6.6.4.3

Die Verwertung der Observationsunterlagen im vorliegenden Rentenverfahren ist zur Erreichung des angestrebten Zieles (Wahrheitsfindung, keine Leistungszusprechung an Unberechtigte und entsprechender Schutz der prämienzahlenden Versichertengemeinschaft) geeignet und auch erforderlich, da nur solche Beweismittel eine unmittelbare Wahrnehmung des Verhaltens des Beschwerdeführers wiedergeben können. Gerade bei psychischen Beschwerden, die nicht organisch nachweisbar sind und die weitgehend aufgrund subjektiver Angaben der versicherten Person sowie ihres Verhaltens in der Untersuchungssituation beurteilt werden können, erlauben Observationsergebnisse den Ärzten ergänzende Rückschlüsse auf den psychischen Gesundheitszustand (vgl. Urteil des BGer 8C_328/2016 vom 6. Oktober 2016 E. 3.2.2).

E. 6.6.4.4

Sodann ist zu berücksichtigen, dass die Überwachung des Beschwerdeführers im Zeitraum von 6 Monaten an 15 Tagen erfolgte, wobei er lediglich an 5 Tagen effektiv beobachtet werden konnte und gefilmt wurde. Diese Überwachungsphasen dauerten jeweils 2, 4, 5, 8 bzw. 11 Stunden. Die Überwachung erfolgte zwar gezielt, es kann aber angesichts dieser geringen Überwachungsintensität weder von einer systematischen noch ständigen Überwachung die Rede sein. Entsprechend erlitt der Beschwerdeführer in dieser Hinsicht einen relativ bescheidenen Eingriff in seine grundrechtliche Position, womit die Verhältnismässigkeit von Eingriffszweck und Eingriffswirkung gewährt ist. Damit und vor allem mit Blick auf die aufgezeichneten (sehr) alltäglichen Verrichtungen und Handlungen kann insgesamt bei bloss geringfügiger Tangierung der Privatsphäre jedenfalls nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden (vgl. Urteile des BGer 8C_352/2017 vom 9. Oktober 2017 E. 5.4.3 und 8C_45/2017 E. 4.4.3 je mit Hinweis auf BGE 137 I 327 E. 5.6).

E. 6.6.5

Unter den hier gegebenen Umständen ist das Interesse des Versicherungsträgers und der Versicherungsgemeinschaft an der Abwendung unrechtmässiger Leistungsbezüge sowie an der Wahrheitsfindung höher zu gewichten als das Interesse des Beschwerdeführers an einer unbehelligten Privatsphäre. Damit können die in Frage stehenden Observationsergebnisse verwertet werden, zumal der Kerngehalt von Art. 13 BV bei der hier gegebenen Überwachung und der damit verbundenen geringen Eingriffsschwere ebenfalls unangetastet blieb (vgl. Urteile des BGer 8C_352/2017 vom 9. Oktober 2017 E. 5.4.3 und 8C_45/2017 E. 4.4.3 je mit Hinweis auf BGE 137 I 327 E. 5.6).

E. 6.6.6

Schliesslich hat der Beschwerdeführer zu Recht keinen Verstoss gegen Art. 29 Abs. 1 BV bzw. Art. 6 Ziff. 1 EMRK geltend gemacht. Diesbezüglich ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 2. September 2014 durch die F._____ über die erfolgte Observation orientiert wurde (act. 53). Sodann erhielt er namentlich im Rahmen des vorinstanzlichen Vorbescheidverfahrens Gelegenheit zu den Observationsergebnissen Stellung zu nehmen (act. 75; 90). Zudem wurde ihm auch im vorliegenden Verfahren ausdrücklich Gelegenheit gegeben, sich zur beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Observationsunterlagen zu äussern (BVGer act. 14). Alsdann halten die Observationsergebnisse - soweit sie nicht dem absoluten Verwertungsverbot unterliegen - der Verhältnismässigkeitsprüfung stand und deren Verwertung liegt im überwiegenden öffentlichen Interesse. Hinsichtlich der Beweisqualität ist festzuhalten, dass die einzelnen Observationen jeweils über mehrere Stunden in einem zusammenhängenden Kontext erfolgten, was für ihre Aussagekraft spricht. Somit erscheint das Verfahren als Ganzes nicht unfair, womit kein Verstoss gegen Art. 29 Abs. 1 BV bzw. Art. 6 Ziff. 1 EMRK vorliegt.

E. 6.6.7

Zusammenfassend ergibt sich, dass die im Falle des Beschwerdeführers erfolgte Observation rechtswidrig erfolgte, das heisst in Verletzung der Rechte gemäss Art. 8 EMRK und Art. 13 BV. Sodann unterliegt das Material betreffend die Observationen in den Räumlichkeiten der IV-Stelle C._____, des Universitätsspitals E._____ sowie im Parkhaus I._____ in (...) als nicht im öffentlichen bzw. öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragenes Beweismaterial dem absoluten Verwertungsverbot und darf

demzufolge nicht berücksichtigt werden. Hingegen folgt aus der Abwägung der vorliegenden tangierten Interessen, dass einer Verwendung der übrigen Observationsergebnisse, welche das Verhalten des Beschwerdeführers im öffentlichen oder öffentlich frei einsehbaren Raum dokumentieren, - namentlich auch aus Sicht von Art. 6 Ziff. 1 EMRK - nichts im Wege steht. Diese Verwertbarkeit erstreckt sich auch auf die Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters Dr. med. D._____ vom 8. Dezember 2014, soweit sie sich auf das verwertbare Observationsmaterial bezieht (vgl. Urteil 8C_45/2017 E. 4.5).

E. 7

Die vorliegend relevante Aktenlage präsentiert sich zusammenfassend wie folgt:

E. 7.1

Dr. med. P._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. August 2012 beim Beschwerdeführer eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11), ein Burn-out (ICD-10 Z73.0) sowie absenzartige Zustände bei Hippocampusanomalie und erklärte den Beschwerdeführer seit dem 10. April 2012 bis auf weiteres als zu 100 % arbeitsunfähig. Als gesundheitliche Einschränkungen nannte er Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Benommenheit, Hypersomnie, Kopfdruck, Übelkeit, Depersonalisation, Unmotiviertheit, Leistungseinbruch etc. Diese würden sich bei der Arbeit durch Angst- und Stressintoleranz, Leistungsschwäche und Gefahr im Strassenverkehr auswirken (act. 9 S. 1 f.). Der Beschwerdeführer habe unter anderem angegeben, Ende November 2011 einen kleinen Zusammenbruch mit 2-3 Aussetzern gehabt zu haben. Am 14. März 2012 habe er erneut einen Aussetzer, einen fraglichen Sekundenschlaf auf der Autobahn gehabt. Seit dem 24. März 2012 sei er wieder wie benebelt und wie gelähmt gewesen, ohne Kraft mit anhaltendem Schlafbedürfnis ohne Erholungseffekt (act. 9 S. 3). Überdies habe der Beschwerdeführer leise und energielos gesprochen (act. 9 S. 4).

E. 7.2

Gemäss Bericht vom 23. August 2012 des Zentrum Y._____ gab der Beschwerdeführer anlässlich der Abklärung an, die kurzen Aussetzer seien erstmals im November 2011 und seither 5-6 Mal aufgetreten (act. 18 S. 31). Aus dem Bericht des Zentrum Y._____ vom 1. Oktober 2012 geht sodann im Wesentlichen hervor, dass es für die rezidivierenden Abwesenheitszustände keine Hinweise für Epilepsie gebe und die Differentialdiagnose einer dissoziativen Genese in Anbetracht der psychiatrischen Anamnese und zeitlichen Konkordanz der Symptome als eher wahrscheinlich erachtet werde (act. 18 S. 23).

E. 7.3

Vom 27. November 2012 bis 18. Dezember 2012 begab sich der Beschwerdeführer in stationäre Behandlung im Sanatorium Q._____. Im entsprechenden Bericht vom 22. April 2013 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2; Burn-out ICD-10 Z73.0) sowie rezidivierende Abwesenheitszustände seit November 2011, differentialdiagnostisch komplex-fokale bzw. absenzartige epileptisch Anfälle (ICD-10 G40.2) vs. dissoziative Episoden oder anderweitige Symptome im Rahmen einer psychischen Grunderkrankung, differentialdiagnostisch unspezifische Aufmerksamkeitsschwankungen (ICD-10 F44.5) aufgeführt (act. 23 S. 1). Im Gespräch habe sich der Beschwerdeführer mit sehr leiser, fast flüsternder Stimme bei starken Schwierigkeiten, Blickkontakt aufrecht zu halten, präsentiert. An Beschwerden habe er eine stark verminderte Belastbarkeit, vermehrtes

Schlafbedürfnis bei nicht erholsamem Schlaf, Gewichtsverlust von über 6 kg, verminderter Appetit, deutlich niedergedrückte Stimmung, starke Konzentrationsstörungen und allgemeines Schwächegefühl geschildert. Seine Leistungsfähigkeit und Energie seien stark eingeschränkt. Er brauche zwischendurch immer wieder Pausen (ca. nach 1 Stunde), wo er sich kurz hinlegen müsse (act. 23 S. 2). Im psychopathologischen Befund seien fremdanamnestic keine Auffassungsstörungen feststellbar gewesen (act. 23 S. 2). Bezogen auf den stationären Aufenthalt sei der Beschwerdeführer weder körperlich, geistig noch psychisch belastbar. Starke körperliche Erschöpfung verhindere die körperliche Belastbarkeit. Starke Konzentrationsschwierigkeiten, eine sehr kurze Aufmerksamkeitsspanne, Gedächtnisschwierigkeiten, psychische als auch emotionale Belastung durch die gegenwärtige Situation würden die geistige/psychische Belastbarkeit absolut einschränken (act. 23 S. 4).

E. 7.4

Gemäss versicherungsmedizinischem psychiatrischem Konsilium vom 2. März 2013 untersuchte Dr. med. K. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie sowie pharmazeutische Medizin, den Beschwerdeführer am 26. Februar 2013 (act. 18). Dabei habe der Beschwerdeführer über zunehmende Müdigkeit berichtet. Ende 2011 habe er erstmals einen Aussetzer gehabt. Er sei dann jeweils für einige Sekunden weggetreten und müsse sich anschliessend über eine Phase von 15 bis 20 Sekunden neu ordnen. Im vergangenen Jahr habe er rund fünfmal einen solchen Aussetzer gehabt. Diese Aussetzer seien für ihn auch Anlass gewesen, seinen Wagen nicht mehr selbst zu lenken, weshalb er jetzt zu allen Terminen von seiner Frau chauffiert werde (act. 18 S. 6). Weiter habe der Beschwerdeführer angegeben, tagsüber wiederholt müde zu sein. Jede eine bis anderthalb Stunden müsse er sich für eine Viertelstunde hinlegen. Nachts schlafe er durch. Er zwingt sich, tagsüber wenigstens für eine Viertelstunde nach draussen zu gehen, mehr sei nicht drin. Zehn Minuten Lesen gehe, dann bekomme er Mühe mit der Konzentration. Tagsüber beschäftige er sich mit seiner Tochter, die sich beim Spielen jedoch zurückhalte und Verständnis für seine Situation habe. In der Küche helfe er, die Kartoffeln zu schälen und die Spülmaschine auszuräumen; er werde nicht gezwungen, etwas zu machen (act. 18 S. 8). Dr. med. K. _____ stellte die Diagnose einer weiterhin floriden schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2), wenngleich nicht alle Befunde für die Diagnose typisch gewesen seien. Nicht passend zu einer schweren Depression sei, dass die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit und Erinnerung während der Evaluation weitgehend intakt gewesen seien. Weiter führte er aus, dem Beschwerdeführer gehe es ganz offensichtlich anhaltend schlecht, er sei augenscheinlich erschöpft, schwer deprimiert, antriebslos und halte sich weitgehend zurückgezogen daheim auf. Die Behandlung stagniere und der Beschwerdeführer sei seit knapp einem Jahr arbeitsunfähig. Von einer nennenswerten Besserung bzw. einer optimistischen Prognose könne unter diesen Umständen derzeit keine Rede sein. Weiter führte Dr. med. K. _____ aus, er könne nicht nachvollziehen, weshalb die stationäre Behandlung im Sanatorium Q. _____ nur drei Wochen gedauert habe und weshalb man den Beschwerdeführer in offenbar wenig gebessertem Zustand entlassen habe. Die Argumente weshalb sich der Beschwerdeführer zum jetzigen Zeitpunkt derart vehement gegen eine erneute stationäre Behandlung wehre, seien nicht stichhaltig. Sinngemäss bringe der Beschwerdeführer zum Ausdruck, er sei momentan zu krank, um von einer Behandlung in stationärem Rahmen zu profitieren. Dr. med. K. _____ hielt fest, die Diagnose einer anhaltenden schweren Depression ziehe eine Klinikbehandlung nach sich, vor allem angesichts eines mittlerweile über einjährigen

stagnierenden Verlaufs. Eine stationäre psychiatrische Klinikbehandlung sei dem Beschwerdeführer angesichts des bisherigen unbefriedigenden Verlaufs sehr wohl zumutbar (act. 18 S. 8 ff.).

E. 7.5

Vom 14. April bis 31. Mai 2013 begab sich der Beschwerdeführer erneut in stationäre Behandlung ins Sanatorium Q._____ (vgl. act. 30; Beilage 3 zu BVGer act. 1). Im entsprechenden Bericht vom 19. Juli 2013 wurden dieselben Beschwerden wie anlässlich des ersten Aufenthalts Ende 2012 genannt (act. 30 S. 2). Zum psychopathologischen Befund bei Aufnahme am 14. April 2013 wurde zudem festgehalten, der Beschwerdeführer sitze während des Gesprächs mit gesenktem Kopf und spreche mit leiser, langsamer, teils stockender Stimme. Im ärztlichen Befund wurden wiederum deutliche Symptome einer schweren depressiven Episode festgestellt. Zudem wurde ausgeführt, die medikamentöse Behandlung sei durch viele Nebenwirkungen kompliziert worden. Da aktuell von einer Therapieresistenz auszugehen sei, sei eine Elektrokrampftherapie stark zu empfehlen (act. 30 S. 3).

E. 7.6

Infolgedessen erfolgte durch das Sanatorium Q._____ eine Zuweisung des Beschwerdeführers zur ambulanten Durchführung einer Elektrokonvulsionsbehandlung bei therapierefraktärer schwerer depressiver Symptomatik, worauf im Juli 2013 fünf Elektrokrampftherapie-Behandlungen (EKT) in der psychiatrischen Universitätsklinik E._____ stattfanden. Dem entsprechenden Verlaufsbericht vom 3. Dezember 2013 ist betreffend den psychischen Befund zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei Eintritt mit sehr leiser, meist flüsternder Stimme gesprochen und den Blick gesenkt gehalten habe. Seine Stimmung sei traurig, oft fühle er sich leer, es bestehe das Gefühl einer Gefühllosigkeit und eine Anhedonie. Daneben leide er unter ausgeprägten Antriebsstörungen und Interessenlosigkeit. Er sei innerlich sehr angespannt. Hoffnung habe er kaum und er leide unter erheblichen Selbstwertzweifeln. Er sehe alles wie verschleiert. Es würden Konzentrationsstörungen bestehen. Das formale Denken sei verlangsamt. Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen fänden sich nicht. Zudem bestehe eine Appetitlosigkeit (Gewichtsverlust von über 6 kg; act. 36 S. 2). Hinsichtlich dem Verlauf der EKT-Behandlung wurde ausgeführt, diese sei vom Beschwerdeführer bis auf Kopfschmerzen jeweils nach der Behandlung gut vertragen worden. Der Beschwerdeführer habe bereits nach einer Sitzung affektiv etwas aufgehellter und offener gewirkt, jedoch sei die Behandlung auf Wunsch des Beschwerdeführers abgebrochen worden. Der Beschwerdeführer habe von verschiedenen körperlichen Beschwerden berichtet. Mit dem ambulant behandelnden Psychiater Dr. med. P._____ sei vereinbart worden, dass sich dieser erneut melden werde, wenn der Beschwerdeführer die EKT-Behandlung fortsetzen möchte (act. 36 S. 3).

E. 7.7

Im Verlaufsbericht vom 1. Oktober 2013 hielt Dr. med. P._____ fest, der Beschwerdeführer stehe seit dem 25. Juli 2013 wieder in seiner ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Trotz der teilweise drastischen Behandlungsversuche habe sich das depressive Zustandsbild des Patienten in den letzten 12 Monaten kaum geändert. Aus aktueller Sicht bestehe bei der therapiereisistenten schweren depressiven Störung eine sehr unsichere, eher ungünstige Prognose für die nächsten 2-4

Jahre. Die stationären Behandlungsversuche hätten gezeigt, dass der Beschwerdeführer selbst mit schonenden aktivierenden Therapien im stationären Rahmen überfordert sei. Behandlungsversuche mit Antidepressiva verschiedenster Substanzgruppen hätten keinen Erfolg gezeigt und seien durch beeinträchtigende Nebenwirkungen erschwert gewesen. Auch eine Wachtherapie sowie der Behandlungsversuch mit einer EKT hätten keine Besserung gezeigt. Eine Arbeitstätigkeit in seinem Beruf wie auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer aus heutiger Sicht auch in nächster Zukunft nicht zumutbar (act. 32 S. 2).

E. 7.8

Dr. med. P. _____ nannte in seinem Verlaufsbericht vom 27. März 2014 anhaltende Müdigkeit, Erschöpfung, Lust- und Kraftlosigkeit, psychophysische Lähmungsgefühle, innere Leere, intermittierend Reizbarkeit, vermehrtes Schlafbedürfnis etc. als vom Beschwerdeführer angegebene subjektive Beschwerden. In objektiver Hinsicht umschrieb er den Beschwerdeführer als einen depressiv wirkenden und erschöpften Mann in reduziertem psychophysischen Allgemeinzustand mit Antriebslosigkeit, Energielosigkeit, anhaltender Hypersomnie ohne Erholungseffekt, Konzentrationsstörungen und passagerer Vergesslichkeit sowie Hilf- und Ratlosigkeit bei intermittierender Reizbarkeit. Im Kontakt sei er freundlich mit kaum vernehmbarer Stimme und Überforderung nach wenigen Sätzen (act. 57 S. 4). Als Diagnosen nannte Dr. med. P. _____ eine bis heute therapieresistente schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) sowie die Differenzialdiagnose Chronic Fatigue Syndrome (act. 57 S. 5).

E. 7.9

Am 26. Juni 2014 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. R. _____, FMH Neurologie/Verhaltensneurologie SGVN, und Dr. med. D. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Das entsprechende Gutachten datiert vom 4. Juli 2014 (act. 47).

E. 7.9.1

Anlässlich der neurologischen Untersuchung erklärte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. R. _____, er fühle sich hauptsächlich durch seine Depression beeinträchtigt. Er fühle sich total kraft- und lustlos. Er habe keine Freude, seine Stimme sei schwach. Er sehe seit zweieinhalb Jahren wie verschleiert und leicht benebelt, ohne dass er an den Augen etwas habe. Er schlafe ausgesprochen viel. Nachts schlafe er 10-11 Stunden, sein Schlaf sei gut, nicht unterbrochen. Tagsüber müsse er sich alle anderthalb Stunden für 15-30 Minuten hinlegen. Vier- bis fünfmal pro Jahr käme es immer wieder zu Anfällen, er sei für ein paar Sekunden wie weg. Dabei sei es bis jetzt noch nie zu einem Sturz gekommen. Diese Ereignisse seien bislang ausschliesslich im Sitzen und Liegen aufgetreten. Wenn er dann wieder zu sich komme, müsse er sich wie neu orientieren (act. 47 S. 6). In seiner Beurteilung führte Dr. med. R. _____ aus, die Anamnese und Untersuchung des Beschwerdeführers seien geprägt gewesen durch die zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegende schwere depressive Episode mit psychomotorischer Verlangsamung, nach vorne gebeugtem Kopf, seltenem Blickkontakt mit dem Referenten und ausgesprochen leiser Sprechweise, so dass es zum Teil schwierig gewesen sei, ihn zu verstehen und es habe nachgefragt werden müssen. Die klinisch-neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers sei unauffällig, es finde sich keine Beeinträchtigung der Hirnnerven oder des zentralen bzw. peripheren Nervensystems, die Reflexe seien symmetrisch,

Pyramidenzeichen würden keine vorliegen. Kraft, Sensibilität und Trophik seien intakt, kein Absinken im Positionsversuch, keine Beeinträchtigung der Feinmotorik. Insgesamt fänden sich vollkommen unauffällige Befunde, abgesehen von der allgemeinen psychomotorischen Verlangsamung. Zusammenfassend bestehe beim Beschwerdeführer eine schwere Depression mit ausgeprägter psychomotorischer Verlangsamung, leiser Stimme, Antriebsstörung etc. Eine über diese Beeinträchtigung hinausgehende neurologische Erkrankung i.e.S. lasse sich weder anhand der Untersuchung noch der vorliegenden Aktenlage abgrenzen. Insbesondere würden sich keine Hinweise auf ein epileptisches Geschehen als Ursache intermittierender sekundenanhaltender Absenzen ergeben; diesbezügliche Abklärungen im Zentrum Y._____ hätten keine pathologischen Befunde zu Tage bringen können. Wenn auch die MR-Untersuchung vom 3. August 2012 eine leichte Malrotation des Hippocampus zur Darstellung gebracht habe, sei dieser Befund als organische Grundlage der oben erwähnten affektiven Störungen mit höchster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Das Beschwerdespektrum des Beschwerdeführers sei mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliesslich Folge der seelischen Beeinträchtigung. Aus rein neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt, was sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für sämtlich andere seinem Bildungsniveau angepassten Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt gelte (act. 47 S. 9).

E. 7.9.2

Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. D._____ gab der Beschwerdeführer an, andauernd tieftraurig zu sein. Er sei kraftlos, dauernd erschöpft und müde. Nach 1 ½ Stunden Wachsein müsse er sich hinlegen und er schlafe meistens für etwa 10-15 Minuten. Seine ganze Wahrnehmung sei wie verschleiert, er könne gar nichts richtig klar wahrnehmen. Er bekomme keinen guten Kontakt mit der Aussenwelt und auch nicht mit sich. Er lebe wie eingeschlossen. Einige Male pro Woche erlebe er während drei bis fünf Sekunden eine totale Abwesenheit. Danach brauche er 30 Sekunden, bis er wieder einigermaßen orientiert sei, wo er sei, wie viel Uhr es sei und was um ihn herum passiere. Es sei wie ein Neustart bei einem Computer, der einige Zeit dauere. Er habe überhaupt keine Lust, gar keinen Antrieb und fühle sich wertlos. Schuldgefühle habe er keine. Er könne im Alltag nichts unternehmen, sei komplett kraftlos und habe für nichts Initiative. Nur schon 15 Minuten Spazieren erschöpfe ihn total. Diese Symptome habe er nun seit etwa März 2012 (act. 47 S. 9 f.). Weiter erklärte der Beschwerdeführer auf gezielte Befragung hin, er schlafe viel, nachts zwischen 21.00 und 08.00 Uhr und tagsüber alle ein bis zwei Stunden etwa 15 Minuten. Der Appetit sei unvermindert, vielleicht etwas weniger als früher. Er empfinde für nichts Interesse, habe an nichts Freude, ausser wenn er ab und zu mit seiner Tochter etwas spiele. Er könne das aber nur ganz kurze Zeit aushalten (act. 47 S. 10). Zum Tagesablauf befragt, erklärte der Beschwerdeführer, zwischendurch lese er allenfalls 10 Minuten, dann müsse er wieder pausieren. Einmal pro Tag mache er 15 Minuten einen Spaziergang. Ansonsten bleibe er zuhause. Er mache Durchhaltekraft, mache nichts am Stück, könne sich nicht genügend gut konzentrieren und habe überhaupt keine Kraft. Er mache auch nichts im Haushalt (act. 47 S. 10 f.). Der Haushalt werde von seiner Frau erledigt (act. 47 S. 6). Im Rahmen der Befundung hielt Dr. med. D._____ fest, die Bewegungen des Beschwerdeführers seien langsam. Zwischen Wartezimmer und Untersuchungszimmer schreite er ganz langsam und nach vorne gebeugt. Er zeige dabei keine Bewegungen der Arme. Der Beschwerdeführer nehme während der ganzen Untersuchung keinen Blickkontakt auf, schaue vor sich hin, halte den Kopf gebeugt, die

Hände vor sich gefaltet. So sitze er fast bewegungslos da und spreche ganz leise, flüstere eigentlich nur, so dass man ihn kaum höre. Der Beschwerdeführer werde zwischendurch gebeten, etwas lauter zu sprechen, was ihm aber offenbar nicht gelinge. Der Beschwerdeführer sei allseits orientiert. Die mnestischen Funktionen seien bei grober Prüfung unauffällig, bis auf Lücken in Bezug auf seine emotionale Entwicklung und seine Lebensgeschichte. Der Beschwerdeführer habe ein kohärentes Denken. Es finde sich kein Gedankenabreissen oder Gedankendrängen. Die Ideenproduktion sei stark beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer habe keine Halluzinationen, Wahn- oder Zwangsvorstellungen. Weiter berichte er über dissoziative Abwesenheiten von wenigen Sekunden mit nachfolgender kurzer Orientierungslosigkeit. Während der Untersuchung komme es zu keinem solchen Phänomen. Diese Symptome hätten nicht klar abgegrenzt werden können von Derealisations- oder Depersonalisationssymptomen. Der Antrieb des Beschwerdeführers liege darnieder. Er zeige eine flache Emotionalität. Er wirke traurig, affektarm, hypobul und anhedon. Der Beschwerdeführer sei niedergeschlagen. Er habe kein Interesse, zeige keine Initiative. Er wirke erschöpft. Kontrastierend und nicht ganz dazu passend sei eine zwischendurch adäquat erscheinende Mimik und grundsätzlich eine emotionale und kognitive Präsenz. Dem Beschwerdeführer würden die Fragen nicht entgehen, er verliere den Faden auch nicht, wirke nicht innerlich total abwesend (act. 47 S. 13). Dr. med. D. _____ stellte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), Verdacht auf beginnende andauernde Persönlichkeitsänderung bei längerdauernder psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) sowie rezidivierende dissoziative Absenzen (ICD-10 F44.5) differenzialdiagnostisch absenzartige epileptische Anfälle versus dissoziative Episoden (act. 47 S. 13). Unter dem Titel psychiatrische Diagnostik führte Dr. med. D. _____ aus, aufgrund der heutigen Untersuchungsbefunde müsse aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht von einer schweren Depression ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer zeige eine Antriebslosigkeit, eine Freudlosigkeit, eine Erschöpfung und Müdigkeit, einen Interessenverlust, eine fehlende affektive Schwingungsfähigkeit, im Grunde ein Darniederliegen der Élan vital. Er sei adynam, spreche nur flüsternd und könne sich auf nichts länger konzentrieren. Während der Untersuchung seien keine gravierenden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme aufgefallen. Auffällig seien insbesondere das darniederliegende Selbstwertgefühl, die eher negative Zukunftsperspektive und die Freudlosigkeit sowie Antriebslosigkeit. Die erhobenen Befunde würden sich auch in den Akten wieder finden. Es müsse davon ausgegangen werden, dass es beim Beschwerdeführer seit Anfang 2012 rezidivierend zu einer schweren depressiven Episode gekommen sei. Grundsätzlich müsste davon ausgegangen werden, dass der Verlauf schwankend sei. Den Akten sei aber zu entnehmen, dass dem nicht so sei. Dem Umstand einer anhaltenden 2 ½-jährigen schweren Depression werde der ICD-10 in seiner Codierung nicht gerecht. Es handle sich um eine Chronifizierung einer anhaltenden, remissionslosen, schweren Depression. Weder habe mit Psychopharmaka noch mit Elektrokrampftherapie oder psychotherapeutischen Bemühungen die Symptomatik geändert werden können. Darauf gründe die Überlegung, dass beim Beschwerdeführer eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei anhaltender psychiatrischer Erkrankung vorliege, denn der Beschwerdeführer sei abhängig von der Aktivität und der Umsorgung seiner Familie. Er sei passiv, habe keine Interessen, vernachlässige jegliche Tätigkeit und habe gleichzeitig eine schwere Depressivität, die aber ein wenig kontrastiert werde durch eine zwischendurch unauffällige Mimik und eine innere Präsenz im Rahmen der Untersuchung, die nicht ganz

zur schweren Depression passe. Auch passe nicht zur schweren Depression, dass der Beschwerdeführer seine Körperhygiene in keiner Weise vernachlässige. Es scheine hier ein Rest an narzisstischer Besetzung des eigenen Körpers und Selbstbildes vorhanden und von der Depression nicht beeinträchtigt worden zu sein (act. 47 S. 15 f.).

E. 7.9.3

Im Rahmen der Konsensbeurteilung kamen die beiden Gutachter zum Schluss, dass hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers die psychiatrische Beurteilung massgebend sei. Demzufolge würde unter Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung eine Arbeits- und Leistungsunfähigkeit von 100 % bestehen (act. 47 S. 17).

E. 7.10

Mit Stellungnahme vom 17. August 2014 machte der Gutachter Dr. med. D. _____ im Nachgang zum Gutachten vom 4. Juli 2014 auf entsprechende Nachfrage hin ergänzende Ausführungen zur Medikamentenanamnese des Beschwerdeführers. Zusammenfassend geht daraus hervor, dass beim Beschwerdeführer seit 2012 die Medikation zufolge Nebenwirkungen schon mehrfach geändert wurde und die versuchten Medikamente nur wenig oder keinen Erfolg gezeigt hätten (act. 52).

E. 7.11

Bezüglich der Observation des Beschwerdeführers liegt neben dem Ermittlungsbericht vom 1. September 2014 samt Fotodokumentation (act. 56) eine DVD mit tonlosen Videoaufnahmen in den Akten (Beilage 4 zu BVGer act. 1). Die Auswertung der vorliegend verwertbaren Observationsunterlagen stellt sich wie folgt dar:

E. 7.11.1

Gemäss Ermittlungsbericht sei am 20. März 2014 um 10.05 Uhr das auf den Beschwerdeführer immatrikulierte Auto aus der Tiefgarage der Liegenschaft, in welcher sich die IV-Stelle C. _____ befindet, gelenkt worden. Dabei sei der Beschwerdeführer als Beifahrer festgestellt worden (act. 56 S. 16). Um 11.04 Uhr hätten der Beschwerdeführer und seine Ehefrau in (...) ein Mehrfamilienhaus verlassen. Über zwei vorgelagerte Treppen mit insgesamt zehn Stufen sei der Beschwerdeführer in lockerem und unauffälligem Wechselschritt hinunter und in ebenso unauffälligem Gang zum nahe parkierten Auto gelangt, während ihm seine Ehefrau den Autoschlüssel übergeben habe. Beim Fahrzeug angelangt, habe der Beschwerdeführer mit einer dynamischen Körperbewegung das Auto als Fahrzeuglenker bestiegen, während seine Ehefrau auf dem Beifahrersitz Platz genommen habe. Sodann habe der Beschwerdeführer das Fahrzeug rückwärts vom Standort manövriert und sei hernach zurück an seine Wohnadresse in (...) gefahren, wobei er gut 16 Kilometer zurückgelegt und das Fahrzeug um 11.26 Uhr in die Sammelgarage manövriert habe (act. 56 S. 16 f.). Auf den Fotos 9-14 sowie auf der entsprechenden Sequenz auf dem Video ist ersichtlich, wie sich der Beschwerdeführer und seine Ehefrau zu Fuss zum Auto begeben. Der Gang des Beschwerdeführers wirkt dabei entspannt und seine Arme schwingen locker hin und her. Auf dem Weg übergibt die Ehefrau dem Beschwerdeführer den Fahrzeugschlüssel. Alsdann besteigt der Beschwerdeführer das Auto als Fahrzeuglenker und lenkt das Auto zügig rückwärts vom Parkplatz auf die Strasse. Weiter ist auf dem Video ersichtlich wie der Beschwerdeführer das Auto über die Autobahn bei schönem Wetter und zunächst noch mittelstarkem Verkehr lenkt (vgl. act. 56 S. 30 ff.; Beilage 4 zu BVGer act. 1). Um 11.48 Uhr habe der Beschwerdeführer dem

Ermittlungsbericht zufolge, zu Fuss seine Tochter beim Kindergarten abgeholt. Auf dem Rückweg habe er sich mit seiner Tochter unterhalten und sich sichtlich mit ihr abgegeben (act. 56 S. 17). Die Fotos 15-18 zeigen den Beschwerdeführer auf dem Weg zum Kindergarten und zurück (act. 56 S. 33 f.). Auf dem Video ist zu sehen, wie der Beschwerdeführer mit den Händen in den Hosentaschen auf dem Trottoir geht, stehen bleibt und jemandem auf der gegenüberliegenden Strassenseite zweimal zuwinkt. Er hält kurz inne und überquert die Strasse. Danach ist zu sehen, wie der Beschwerdeführer mit seiner Tochter auf dem Trottoir geht, wobei er ihre Taschen trägt und sich mit ihr unterhält. Die Tochter scheint etwas zu weinen und sie bleiben gelegentlich stehen. Der Beschwerdeführer bückt sich jeweils zu seiner Tochter hinunter, spricht mit ihr und scheint ihr etwas zu erklären. Er versteckt sich dann hinter einer mit Latten befestigten Verkehrssignalisierung, worauf die Tochter lacht (vgl. act. 56 S. 33 f; Beilage 4 zu BVGer act. 1). Um 14.05 Uhr wurde sodann beobachtet, wie der Beschwerdeführer auf dem Spielplatz bei seiner Wohnadresse mit seiner Tochter spielt und immer wieder im Stehen oder Sitzen mit seinem Mobiltelefon beschäftigt ist. Nach 35 Minuten verlassen sie den Spielplatz (act. 56 S. 17). Auf den Fotos 19-24 und auf dem Video ist zu sehen, wie der Beschwerdeführer seiner Tochter auf der Schaukel und dem Karussell Schwung gibt und sich über die Rutschbahn stellt, während seine Tochter unter ihm durchrutscht. Daneben ist der Beschwerdeführer immer wieder mit seinem Mobiltelefon beschäftigt und sitzt zwischendurch auf der Bank (vgl. act. 56 S. 35 ff; Beilage 4 zu BVGer act. 1).

E. 7.11.2

Am 26. Juni 2014 fand die Begutachtung in (...) statt. Auf dem Foto 25 und auf der entsprechenden Videosequenz ist zu sehen, wie der Beschwerdeführer um 08.15 Uhr das Auto aus der Sammelgarage seiner Wohnadresse lenkt, wobei seine Ehefrau auf dem Beifahrer- und seine Tochter auf dem Rücksitz Platz genommen haben (vgl. act. 56 S. 38; Beilage 4 zu BVGer act. 1). Um 08.19 Uhr ist auf dem Foto 26 und auf dem Video zu sehen, wie der Beschwerdeführer mit einer Tüte in der Hand aus dem Verkaufsraum einer Bäckerei tritt (vgl. act. 56 S. 38; Beilage 4 zu BVGer act. 1). Gemäss Ermittlungsbericht fuhr der Beschwerdeführer anschliessend über die Autobahn nach (...) (act. 56 S. 18). Die Videoaufzeichnungen zeigen bei schönem Wetter relativ dichten Verkehr auf der Autobahn; der Stadtverkehr in (...) ist ebenfalls dicht (vgl. auch Foto 27, act. 56 S. 39). Dem Ermittlungsgericht ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer um 09.36 Uhr in Begleitung seiner Ehefrau und seiner Tochter mit einem Schreiben in der Hand nach einer bestimmten Adresse gesucht habe (act. 56 S. 18). Auf dem Video und den Fotos 29 und 30 ist ersichtlich, wie die Familie durch die Strasse schlendert und die Aussenauslagen von Geschäften anschaut. Etwas später ist zu sehen, wie der Beschwerdeführer im Aussenbereich eines Cafés Platz genommen hat und sich mit seinem Mobiltelefon beschäftigt (Foto 31; act. 56 S. 40 f.; Beilage 4 zu BVGer act. 1). Gemäss Ermittlungsbericht habe die Familie um 10.49 Uhr das Café verlassen und sei zurück zu einer bestimmten Liegenschaft gegangen (Anmerkung: darin befindet sich die Praxis des Gutachters Dr. med. R. _____). Um 11.40 Uhr habe der Beschwerdeführer die Liegenschaft wieder verlassen und habe sich im Zugangsbereich der Nachbarliegenschaft auf eine Treppe gesetzt und mit Papierunterlagen in den Händen an seinem Mobiltelefon manipuliert. Momente später sei er etwas weiter geschlendert und habe sich wiederum auf eine Treppe gesetzt. Minuten später seien seine Ehefrau und seine Tochter eingetroffen (act. 56 S. 18 f). Auf dem Video und den Fotos 32-34 ist sodann zu sehen, wie die Familie auf einer Treppe sitzt, miteinander spricht, der Beschwerdeführer seine Tochter aufs Knie

nimmt und in Papierunterlagen liest. Anschliessend schlendern die drei weiter, schauen diverse Schaufenster und Aussenauslagen von verschiedenen Verkaufsgeschäften an. Auf den Fotos 35 und 36 sowie der entsprechenden Videosequenz ist ersichtlich, wie die Familie schliesslich im Aussenbereich eines Restaurants Platz nimmt und das Mittagessen einnimmt. Der Beschwerdeführer beschäftigt sich in dieser Zeit ständig mit seinem Mobiltelefon. Um 13.05 Uhr begleicht der dann bei der Serviceangestellten die Rechnung. Etwas später verlassen sie das Restaurant und schlendern wieder den Schaufenstern entlang (Foto 37, act. 56 S. 44; Beilage 4 zu BVGer act. 1). Aus dem Ermittlungsbericht ergibt sich, dass sich die Familie schliesslich zur Liegenschaft begibt, in der sich die Praxis des Gutachters Dr. med. D. _____ befindet (act. 56 S. 19). Um 15.30 Uhr ist auf dem Foto 38 und dem Video wieder zu sehen, wie die Familie durch die Strasse schlendert. Wenig später fährt der Beschwerdeführer bei mittlerem bis starkem Verkehrsaufkommen mit stockendem Kolonnenverkehr über die Autobahn zurück an seinen Wohnort. (act. 56 S. 44; Beilage 4 zu BVGer act. 1). Gemäss Ermittlungsbericht sei der Beschwerdeführer um 17.16 Uhr auf den Parkplatz eines Discounters gefahren. Die Ehefrau sei ausgestiegen, während der Beschwerdeführer und seine Tochter im Auto verblieben seien (act. 56 S. 20). Auf dem Video ist ersichtlich, wie der Beschwerdeführer auf dem Fahrersitz sitzt und, als seine Ehefrau um 17.30 Uhr zurückkommt, dann weiter fährt (Beilage 4 zu BVGer act. 1). Laut Ermittlungsbericht habe der Beschwerdeführer in (...) noch bei der Bäckerei angehalten. Nachdem die Ehefrau einen Einkauf getätigt habe, sei der Beschwerdeführer schliesslich um 17.45 Uhr - nachdem er 9 ½ Stunden unterwegs gewesen sei und rund 200 Kilometer mit dem Auto zurückgelegt habe - in die Sammelgarage seiner Wohnadresse gefahren (act. 56 S. 20).

E. 7.11.3

Am 30. Juni 2014 habe gemäss Ermittlungsbericht beobachtet werden können, wie der Beschwerdeführer um 10.14 Uhr das Auto in den Zufahrtsbereich der Sammelgarage bei seinem Wohnort gelenkt, dort auf einem Parkfeld geparkt und in den nächsten 50 Minuten im Auto sitzend telefoniert habe. Anschliessend habe er das Auto in die Sammelgarage manövriert (act. 56 S. 21; Foto 41, act. 56 S. 46; Beilage 4 zu BVGer act. 1).

E. 7.11.4

Am 13. Juli 2014 wurde gemäss Ermittlungsbericht beobachtet, wie das Auto des Beschwerdeführers um 09.40 Uhr vom Wohnort in (...) nach (...) zu einer Liegenschaft gelenkt wurde, in der sich der Raum S. _____ befindet. Nachdem etliche Kirchgänger bereits vor der Mittagszeit die Liegenschaft verlassen hätten, habe der Beschwerdeführer um 12.30 Uhr mit seiner Ehefrau und seiner Tochter die Liegenschaft verlassen (act. 56 S. 22 f.). Auf den Fotos 42-45 sowie den entsprechenden Videosequenzen ist zu sehen, wie der Beschwerdeführer die Strasse überquert und sich dann mit dem Fahrzeugschlüssel in der linken und einer Aktenmappe in der rechten Hand dem Auto nähert. Nachdem er Aktenmappe und Kittel mit einer lockeren und dynamischen Bewegung im Kofferraum verstaut hat, lässt er seine Tochter auf den Rücksitz steigen, schliesst ihre Türe und setzt sich selbst auf den Fahrersitz während seine Ehefrau auf dem Beifahrersitz Platz nimmt. In der Folge lenkt der Beschwerdeführer das Auto zurück an seinen Wohnort, wobei es zeitweise heftig regnet (act. 56 S. 46 ff.; Beilage 4 zu BVGer act. 1).

E. 7.11.5

Am 26. August 2014 wurde laut Ermittlungsbericht beobachtet, wie der Beschwerdeführer kurz nach 06.45 Uhr ein Auto mit deutschen Kontrollschildern aus der Sammelgarage an seiner Wohnadresse gelenkt und im starken Morgenverkehr nach (...) gefahren habe. Nach rund 18 Kilometern und knapp 50 Minuten Fahrt habe er parkiert (act. 56 S. 24). Auf dem Video und dem Foto 48 ist sodann zu sehen, wie der Beschwerdeführer um 09.30 Uhr zum Auto zurückkehrt, einsteigt und wegfährt. Alsdann fährt er bei leichtem Regen zurück nach (...) (act. 56 S. 49; Beilage 4 zu BVGer act. 1). Gemäss Ermittlungsbericht habe der Beschwerdeführer das Auto schliesslich um 09.55 Uhr in die Sammelgarage an seiner Wohnadresse manövriert (act. 56 S. 25).

E. 7.12

In der Folge wurden dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. D._____ die Observationsunterlagen unterbreitet. Mit Stellungnahme vom 8. Dezember 2014 führte Dr. med. D._____ - bezüglich der im vorliegenden Verfahren verwertbaren Observationsergebnisse - aus, das Dossier sei in Bezug auf die Diagnosen und die Befunderhebungen konsistent gewesen. Jedoch stehe die tonlose Dokumentation in keiner Weise in Übereinstimmung mit den erhobenen Befunden. Die Unterschiede würden auf dem Video dokumentiert. Gestik und Mimik würden auf keine offensichtliche, affektive schwere Gemütskrankung hinweisen. In der Hauptsache finde sich eine Gestik und Mimik, eine soziale Interaktion mit der Ehefrau und der Tochter und eine kognitive Leistungsfähigkeit im Rahmen der Interaktion mit der Familie, dem Handy-Gebrauch, der Aufmerksamkeit beim Fahren, die in keiner Weise auf eine mittelgradige oder schwere depressive Symptomatik schliessen lasse. Eine leichte depressive, z.B. der früheren smiling depression ähnliche Problematik, sei davon ausgeschlossen (act. 73 S. 1 f.). Die Videodokumentationen, in denen sich der Beschwerdeführer nicht beobachtet gefühlt habe, widersprächen in krasser Art und Weise den erhobenen Befunden anlässlich seiner Untersuchung. Weiter führte der Gutachter aus, aus seiner Sicht würden überhaupt keine Hinweise dafür bestehen, dass eine für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit relevante Psychopathologie bestehe (act. 73 S. 2). Er nehme aber an, dass der Beschwerdeführer früher mit grosser Wahrscheinlichkeit an einer hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit relevanten Depression gelitten hatte, diese im Verlauf der Behandlung aber eine deutliche Besserung, ja sogar mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Remission erfahren habe, was der Beschwerdeführer aber zu vertuschen gesucht habe. Den Zeitpunkt zu bestimmen, ab wann die Depression relevant gewesen sei und ab wann nicht mehr, oder gar in welcher zeitlich gestaffelten Abstufung, sei aufgrund der vorliegenden Situation nicht gesichert möglich (act. 73 S. 2). Fest stehe, dass der Beschwerdeführer auf den Videos in unbeobachteten Situationen keine Auffälligkeiten zeige, die in Übereinstimmung mit einer schweren Depression gestellt werden könnten (act. 73 S. 3).

E. 7.13

Gemäss nervenärztlichem Attest von T._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 16. Juli 2015 befinde sich der Beschwerdeführer seit dem 29. Januar 2015 in seiner psychiatrischen Behandlung. Anamnestisch habe die bisherige Behandlung keine Besserung der schweren depressiven Symptomatik gebracht. Psychopathologisch wirke der Beschwerdeführer deutlich gehemmt, spreche nur mit leiser Stimme und Blickkontakt sei kaum möglich. Es würden eine deutlich depressive Stimmung und keine affektive Schwingungsfähigkeit vorliegen. Nach Angaben des Beschwerdeführers bestehe weiterhin eine starke körperliche Erschöpfung mit dem Drang, sich mehrfach pro Tag hinzulegen und

zu schlafen. Nach umfangreicher Anamnese habe T._____ ein Medikament eingesetzt, dessen Wirkmechanismus noch nicht therapeutisch ausprobiert worden sei. Zunächst sei die Dosis erhöht, dann vom Beschwerdeführer selbständig reduziert und schliesslich abgesetzt worden. Bei unverändert schwerem depressivem Krankheitsbild sei auf Betreiben der Ehefrau eine erneute stationäre Aufnahme im Psychiatrischen Zentrum U._____ erfolgt. (act. 93 S. 1).

E. 7.14

Laut vorläufigem Entlassungsbericht der Klinik V._____ vom 11. August 2015 habe sich der Beschwerdeführer vom 14. Juli bis 11. August 2015 in stationärer Behandlung befunden. Als Diagnose wird eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) genannt. Bei Aufnahme hätten psychopathologisch eine deutlich gedrückte Stimmung und deutlich verminderte affektive Schwingungsfähigkeit mit Gefühl der emotionalen Leere bestanden. Zudem hätten eine schwere Adynamie und verminderte Belastbarkeit mit einem deutlichen Vitalitätsverlust bestanden. Im Kontakt seien ein Vermeiden des Blickkontaktes sowie eine flüsternde, fast verhauchende Stimme auffällig. Der Beschwerdeführer habe offen Auskunft gegeben, sich jedoch emotional zunächst sehr verschlossen gezeigt. Im Weiteren wurde festgehalten, dass in Anbetracht der Dauer der depressiven Symptomatik ohne jegliche Besserung von einer Persönlichkeitsänderung im Rahmen der depressiven Symptomatik auszugehen sei. Bei bisheriger Therapieresistenz sei mit einer medikamentösen antidepressiven Therapie begonnen worden, wobei der Beschwerdeführer schon bei einer geringen Dosis Übelkeit und ausgeprägten Schwindel entwickelt habe. Sodann sei der Beschwerdeführer in das Therapieprogramm eingebunden worden, sei aber immer wieder an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit geraten. Er habe die ihm gestellten Aufgaben, z.B. im kognitiven Training, zu Beginn äusserst rasch und fehlerfrei gemeistert, habe aber meist rasche Zeichen der Ermüdung gezeigt und habe Therapien daher abbrechen müssen. Während des stationären Aufenthaltes sei es zu keiner relevanten Veränderung der Symptomatik gekommen. Der Beschwerdeführer sei auf seinen Wunsch hin aus privaten Gründen entlassen worden (act. 93 S. 2 f.).

E. 7.15

Der ausführliche Bericht der Klinik V._____ datiert vom 24. September 2015. Als Diagnose wird wiederum schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) aufgeführt. Im Rahmen der aktuellen Anamnese wird erwähnt, dass der Beschwerdeführer über Konzentrationsschwierigkeiten berichte, wobei während der Anamnese Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration auch bei Themenwechseln einen unauffälligen Befund zeigen würden. Die Symptomatik sei seit 3.5 Jahren in etwa gleichbleibend, eher schlechter geworden und es habe keine Phasen der Besserung gegeben. Drei stationäre Aufenthalte, multiple Medikamente, EKT, Lichttherapie, Schlafentzugstherapie und Psychotherapie hätten nicht geholfen. Der psychische Befund bei Aufnahme stelle sich wie folgt dar: 36-jähriger Patient, gepflegtes unauffälliges Erscheinungsbild; im Kontakt den Blickkontakt meidend, leicht misstrauisch wirkend, höflich, unterschwellig gereizt, kooperativ; wach; zur Person, Zeit, Ort und Situation orientiert; Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration im Gespräch nicht vermindert, anamnestisch Konzentrationsschwierigkeiten; Antrieb deutlich vermindert; Erschöpfungssyndrom, Adynamie, Anhedonie; psychomotorisch unterschwellig angespannt; Stimmung gefühlsarm, affektarm; formalgedanklich geordnet; kein Zwang; kein Hinweis auf inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen; keine akute

Suizidalität; kein Hinweis auf akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Zusammenfassend werde von einer schweren depressiven Episode ausgegangen und des Weiteren die Diagnose einer Dysthymia bzw. depressiven Persönlichkeitsstörung gestellt. Während des stationären Aufenthaltes sei es zu keiner relevanten Veränderung der Symptomatik gekommen (act. 96).

E. 7.16

Mit nervenärztlichem Attest vom 13. Oktober 2015 hielt T._____ fest, der Beschwerdeführer sei seit dem 29. Januar 2015 wegen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome in seiner psychiatrischen Behandlung. Während dieser Zeit habe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus der Anamnese, welche durch Arztbriefe aus der Vorbehandlung in der Schweiz dokumentiert sei, sei zu schliessen und davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auch in der Zeit zwischen dem Umzug aus der Schweiz bis zum 29. Januar 2015 nicht gebessert habe. Die anhaltende Arbeitsunfähigkeit sei durch die schwere Ausprägung der Depression und der damit fehlenden psychophysischen Belastbarkeit begründet (act. 94 S. 1).

E. 7.17

Der Bericht von W._____, diplomierte Psychologin, vom 7. Dezember 2015 wurde mit der Beschwerde vom 25. Februar 2016 vorgelegt. W._____ nannte als Diagnosen rezidivierende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), Verdacht auf beginnende andauernde Persönlichkeitsveränderung bei länger dauernder psychischer Erkrankung (ICD-10 F62.1) sowie Verdacht auf konversionsneurotische Konfliktdynamik. Den psychischen Befund umschrieb sie folgendermassen: Gepflegtes Erscheinungsbild, der Beschwerdeführer sei höflich, deutlich passiv anspruchlich in seinen Erwartungen, bei Konfrontationen, bei denen er sich mit der Diskrepanz ihrer und seiner Einschätzung konfrontiert und dadurch von möglichen Erwartungen überfordert sehe, reagiere er vorsichtig gereizt; ansonsten stark reduzierte Affekte, bei mangelnder Stimmmodulation, deutlich depressive Stimmungslage im Kontakt überwiegend reserviert, abwartend, Konzentrationsstörungen und schnelle Erschöpfung, aber keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen; er wirke orientiert und bewusstseinsklar; keine akute Suizidalität. Im Rahmen der Beurteilung führte W._____ aus, beim Beschwerdeführer liege eine schwere, seit mehreren Jahren bestehende, anfangs mittelgradig, dann schwergradig ausgeprägte depressive Erkrankung vor, die bisher, laut der ihr vorliegenden Unterlagen nach mehreren ambulanten und stationären Aufnahmen als therapieresistent eingestuft werde. Momentan erscheine die Aufnahme einer die regressiven Prozesse fördernde, psychoanalytischen Behandlung kontraindiziert zu sein, obwohl das Vorliegen einer unbewussten konversionsneurotischen Konfliktdynamik als die schwere depressive Episode aufrecht erhaltend, vermutet werden könnte. W._____ schlägt schliesslich eine Verhaltenstherapie vor (Beilage 10 zu BVGer act. 1).

E. 8

Im Folgenden ist zu prüfen, ob eine rentenbegründende Invalidität nachgewiesen ist.

E. 8.1

Die Vorinstanz verneinte das Vorliegen eines langandauernden Gesundheitsschadens gestützt auf die Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters Dr. med. D._____ vom 8. Dezember 2014 und die Observationsunterlagen.

E. 8.1.1

Die Ergebnisse einer Observation können zusammen mit einer ärztlichen Aktenbeurteilung grundsätzlich geeignet sein, eine genügende Basis für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit zu bilden. Ein Observationsbericht für sich allein genügt nicht; er kann diesbezüglich höchstens Anhaltspunkte liefern oder Anlass zu Vermutungen geben. Sichere Kenntnis des Sachverhalts kann in dieser Hinsicht erst die ärztliche Beurteilung, in welche die Erkenntnisse aus der Observation einfließen, liefern (vgl. BGE 140 V 70 E. 6.2.2; 137 I 327 E. 7.1; Urteil des BGer 9C_702/2016 vom 13. Februar 2017 E. 4.3). Dabei geht es nicht einfach darum, das Observationsergebnis zu würdigen, sondern wie diese im psychiatrischen Kontext zu verstehen ist. Dies setzt entsprechende Fachkenntnisse voraus. Es stellt sich namentlich die Frage, inwieweit bloss von einer mit Art und Ausmass des Gesundheitsschadens erklärbaren Verdeutlichungstendenz auszugehen ist oder eine nicht versicherte Aggravation oder sogar Simulation vorliegt (vgl. Urteil des BGer 9C_254/2016 Vom 7. Juli 2016 E. 3.2.1). 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 (Urteil des BGer 9C_852/2014 vom 19. Januar 2015 E. 4.1.1).

E. 8.1.2

Es liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich 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. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (Urteil des BGer 8C_291/2016 vom 12. August 2016 E. 2.2 m.H. auf Urteil des BGer 8C_443/2016 vom 18. Januar 2016 E. 3 und BGE 141 V 281 E. 2.2.2).

E. 8.1.3

Die Stellungnahme vom 8. Dezember 2014 wurde in Ergänzung zum bidisziplinären Gutachten vom 4. Juli 2014 abgegeben. Letzteres beruht auf allseitigen Untersuchungen durch entsprechend qualifizierte Fachärzte in den Disziplinen Neurologie und Psychiatrie. Dabei wurden sowohl die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden als auch die medizinischen Vorakten berücksichtigt. Im Rahmen der Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers die psychiatrische Beurteilung massgebend sei, zumal aus neurologischer Sicht keine relevanten Diagnosen gestellt wurden. Nach Sichtung der Observationsunterlagen, welche unter anderem insbesondere auch das Verhalten des Beschwerdeführers unmittelbar vor und nach den Begutachtungsterminen aufzeigen, revidierte der psychiatrische Gutachter seine Beurteilung. Er begründete dies damit, dass die tonlose Dokumentation in keiner Weise mit den anlässlich der Untersuchung erhobenen

Befunden in Übereinstimmung stehe. Namentlich liessen Gestik und Mimik, die soziale Interaktion mit Ehefrau und Tochter sowie die kognitive Leistungsfähigkeit im Rahmen der Interaktion mit der Familie, dem Handy-Gebrauch und der Aufmerksamkeit beim Fahren in keiner Weise auf eine mittelgradige oder schwere depressive Symptomatik schliessen (vgl. act. 73). Auf die Diskrepanzen und Widersprüche zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und seinem Verhalten ist im Folgenden näher einzugehen.

E. 8.1.4

Aus den vorliegenden medizinischen Berichten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer eine seit 3.5 Jahren in etwa gleichbleibende, sogar eher schlechter geworden Symptomatik geltend machte. Insbesondere nannte er immer wieder Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, vermehrtes Schlafbedürfnis auch tagsüber, anhaltende Müdigkeit und Erschöpfung, verschleierte Wahrnehmung, sowie wiederholte Aussetzer, nach denen er sich jeweils wie neu orientieren müsse. Zudem sprach der Beschwerdeführer anlässlich ärztlicher Untersuchungen stets mit leiser Stimme und gesenktem Kopf/Blick. Phasen der Besserung habe es keine gegeben. Drei stationäre Aufenthalte, multiple Medikamente, EKT, Lichttherapie, Schlafentzugstherapie und Psychotherapie hätten nicht geholfen (vgl. dazu die vorliegenden ärztlichen Berichte, insbesondere derjenigen der Klinik V. _____ vom 24. September 2015 [act. 96]).

E. 8.1.5

Der Beschwerdeführer machte wiederholt Erschöpfung geltend. So äusserte er anlässlich der Begutachtung vom 26. Juni 2014, er müsse sich tagsüber alle anderthalb Stunden für 15-30 Minuten hinlegen und meistens schlafe er für etwa 10-15 Minuten. Weiter erklärte er, nur schon 15 Minuten Spazieren erschöpfe ihn total. Diese Aussagen stehen in deutlichem Widerspruch zur Tatsache, dass der Beschwerdeführer am 26. Juni 2014, dem Tag der Begutachtung, um 08.15 Uhr selbst von seinem Wohnort in (...) mit dem Auto rund 96 Kilometer zu den Begutachtungsterminen nach (...) fuhr, vor und zwischen den Begutachtungsterminen mit seiner Familie durch die Stadt schlenderte, ein Café und ein Restaurant aufsuchte, sich mit seiner Ehefrau und Tochter unterhielt sowie immer wieder an seinem Mobiltelefon manipulierte und Papierunterlagen studierte. Ein solcher Tag, mit einem Anfahrtsweg von über einer Stunde und zwei Begutachtungsterminen kann nach der allgemeinen Lebenserfahrung durchaus als anstrengend und ermüdend bezeichnet werden. Dennoch ist nicht ersichtlich, dass der Beschwerdeführer an diesem Tag ein besonderes Bedürfnis gehabt hätte, sich auszuruhen oder gar hinzulegen. Während der gesamten Beobachtungszeit war er wach und ständig mit etwas beschäftigt, sei es auch nur mit seinem Mobiltelefon. Darüber hinaus war er sogar in der Lage, auf dem mehr als eine Stunde dauernden Rückweg und bei starkem Verkehrsaufkommen, das Auto wiederum selbst zu lenken, um schliesslich um 17.45 Uhr an seiner Wohnadresse anzukommen. Ein solches Verhalten lässt sich mit der geltend gemachten Erschöpfung und dem Drang, sich mehrmals täglich hinzulegen sowie der Angabe, dass nur schon 15 Minuten Spazieren total erschöpfend seien, in keiner Weise vereinbaren.

E. 8.1.6

Abermals machte der Beschwerdeführer auch starke Konzentrationsstörungen geltend. Gegenüber Dr. med. K. _____ erklärte er, 10 Minuten Lesen gehe, dann bekomme er Mühe mit der Konzentration. Anlässlich der Begutachtung bei Dr. med. D. _____ gab er zudem an, er mache nichts am Stück, könne sich nicht genügend gut konzentrieren.

Demgegenüber fällt auf, dass bereits gemäss Bericht des Sanatoriums Q. _____ vom 22. April 2013 im psychopathologischen Befund keine Auffassungsstörungen feststellbar waren. Dr. med. K. _____ stellte in seinem Konsilium vom 2. März 2013 ebenfalls fest, dass die kognitiven Fähigkeiten während der Evaluation weitgehend intakt gewesen seien. Auch dem Gutachter Dr. med. D. _____ fielen anlässlich seiner Untersuchung keine gravierenden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme auf. Selbst im Bericht der Klinik V. _____ vom 24. September 2015 wurde im Gespräch - trotz anamnestisch aufgeführten und vom Beschwerdeführer erneut angegebenen Konzentrationsschwierigkeiten - keine Verminderung von Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration festgestellt. Im Widerspruch zu den vom Beschwerdeführer geltende gemachten Konzentrationsstörungen steht schliesslich auch die Tatsache, dass er offensichtlich in der Lage ist, bei mittlerem bis sogar starkem Verkehrsaufkommen ein Auto auf der Autobahn und im Stadtverkehr zu lenken und dabei auch längere Distanzen zurückzulegen. Überdies ist zu bedenken, dass ein Fahrzeugführer während der gesamten Fahrt in der Lage sein muss, das Fahrzeug sicher zu führen. Die Gesamtleistungsfähigkeit setzt sich zusammen aus Grundleistung und Leistungsreserve, die notwendig ist für das Bewältigen von schwierigen Verkehrs-, Strassen- und Umweltsituationen (vgl. Rene Schaffhauser, Grundriss des Schweizerischen Strassenverkehrsrechts, Bd. I, Bern 2002, Rz. 501; Urteil des BVGer C-5792/2012 vom 24. November 2014 E. 7.5.4). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer wiederholt ein Auto auch über längere Distanzen lenkte und sich damit selbst als fahrfähig einstuft, spricht gegen das Vorliegen erheblicher Konzentrationsdefizite und ist nicht mit den Angaben vereinbar, dass er nur kurze Zeit lesen könne, er kein Durchhaltevermögen habe und schon ein kurzer Spaziergang ihn total erschöpfe. Die behaupteten Defizite stehen denn auch gerade im Widerspruch mit dem am Tag der Begutachtung gemachten Videoaufzeichnungen. Vor diesem Hintergrund ist ohne Weiteres nachvollziehbar, dass Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 8. Dezember 2014 die vom Beschwerdeführer anlässlich der Observation gezeigte kognitive Leistungsfähigkeit - namentlich im Rahmen der Aufmerksamkeit beim Fahren - als in keiner Weise mit einer mittelgradigen oder schwere depressiver Symptomatik vereinbar erachtete.

E. 8.1.7

Der Umstand, dass der Beschwerdeführer wiederholt beim Autofahren beobachtet wurde, steht alsdann in deutlichem Widerspruch mit der Angabe des Beschwerdeführers, er sehe alles wie verschleiert und leicht benebelt, ohne dass er etwas an den Augen habe. Anlässlich der Begutachtung am 26. Juni 2014 erklärte er gegenüber Dr. med. D. _____, seine ganze Wahrnehmung sei wie verschleiert, er könne gar nichts richtig klar wahrnehmen und er bekomme keinen guten Kontakt mit der Aussenwelt. Diese Angaben passen in keiner Weise zur Tatsache, dass der Beschwerdeführer an eben diesem Tag mit dem Auto rund 200 Kilometer bei mittelstarkem bis starkem Verkehr auf der Autobahn sowie in der Stadt zurücklegte. Abgesehen davon wäre es geradezu unverantwortlich in einem solchen Zustand ein Auto zu führen und dadurch nicht nur sich selbst, sondern auch die mitfahrende Familie und die übrigen Verkehrsteilnehmer zu gefährden. Die behauptete und angeblich seit Jahren andauernde verschleierte Wahrnehmung erweist sich daher als unglaubwürdig.

E. 8.1.8

Nach den soeben gemachten Ausführungen vermögen auch die geltend gemachten Aussetzer nicht zu überzeugen. Eine organische Ursache dafür konnte anlässlich der

Untersuchungen im Zentrum Y. _____ jedenfalls nicht ausgemacht werden und das Vorliegen einer Epilepsie wurde ausdrücklich ausgeschlossen. Bezüglich dieser Aussetzer erklärte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. K. _____ am 26. Februar 2013, diese seien für ihn Anlass gewesen, seinen Wagen nicht mehr selbst zu lenken, weshalb ihn nun seine Ehefrau zu allen Terminen chauffiere. Diese Aussage stand noch im Einklang mit der Feststellung des behandelnden Psychiaters Dr. med. P. _____ im Bericht vom 15. August 2012, wonach sich die gesundheitlichen Einschränkungen unter anderem als Gefahr im Strassenverkehr auswirken würden. Weiter hielt er fest, der Beschwerdeführer habe am 14. März 2012 einen Aussetzer, einen fraglichen Sekundenschlaf, auf der Autobahn gehabt. Aus den Observationsunterlagen ist nunmehr ersichtlich, dass der Beschwerdeführer wiederholt Auto fuhr. Einzig am 20. März 2014 konnte beobachtet werden, wie die Ehefrau das Auto lenkte und der Beschwerdeführer zunächst Beifahrer war. Nach einem Halt und einem Aufenthalt in einem Mehrfamilienhaus in (...) übernahm jedoch der Beschwerdeführer den Autoschlüssel von seiner Ehefrau und lenkte das Auto zurück an den Wohnort in (...). Sollten die vom Beschwerdeführer behaupteten Aussetzer tatsächlich noch vorkommen, so ist es nicht nachvollziehbar, weshalb er das Auto wieder selbst lenkt und damit sich, seine Familie sowie andere Verkehrsteilnehmer der Gefahr eines Unfalls aussetzt. Dies umso mehr, als er früher ausdrücklich angegeben hatte, gerade wegen dieser Aussetzer nicht mehr selbst zu fahren. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben nach einem solchen drei bis fünf Sekunden dauernden Aussetzer immerhin etwa 30 Sekunden brauche, um sich wieder einigermaßen zu orientieren.

E. 8.1.9

Die von den Ärzten wiederholt beschriebene Körperhaltung des Beschwerdeführers mit gesenktem Kopf und Blick, die von Dr. med. R. _____ festgestellte ausgeprägte psychomotorische Verlangsamung sowie die von Dr. med. D. _____ skizzierte Bewegung und Körperhaltung des Beschwerdeführers, wie er zwischen Warte- und Untersuchungsraum ganz langsam und nach vorne gebeugt und ohne Bewegungen der Arme geschritten sei, während der ganzen Untersuchung keinen Blickkontakt aufgenommen habe und mit gebeugtem Kopf und gefalteten Hände vor sich hin geschaut habe, passt in keiner Weise zu dem auf den Videoaufzeichnungen ersichtlichen Bewegungen. So erscheint der Gang des Beschwerdeführers jeweils locker. Auch die Arme schwingen seitlich mit. Seine Bewegungen beim Einsteigen ins Auto wie auch beim Verstauen von Aktenmappe und Kittel im Kofferraum sind zügig und dynamisch. Beim Autofahren fügt er sich flüssig in den Verkehr ein, sodass diesbezüglich keine Auffälligkeiten feststellbar sind. Die in der Untersuchungssituation gezeigte psychomotorische Verlangsamung lässt sich somit schwer mit ansonsten beobachteten Verhalten des Beschwerdeführers in Einklang bringen (vgl. Urteil des BGer 8C_920/2009 vom 22. Juli 2010 E. 6.2). Der Gutachter Dr. med. D. _____ hielt nach Sichtung der Observationsunterlagen entsprechend auch fest, dass die von ihm erhobenen Befunde in keiner Weise mit der Videodokumentation übereinstimmen würden.

E. 8.1.10

Weitere Diskrepanzen in den Angaben des Beschwerdeführers ergeben sich bezüglich des Schlafs und Appetits. So erklärte der Beschwerdeführer gegenüber den Ärzten zunächst, sein Schlaf sei nicht erholsam, gegenüber dem Gutachter Dr. med. R. _____ aber erklärte er dann, sein Schlaf sei gut und nicht unterbrochen. Hinsichtlich des Appetits ist anfangs von vermindertem Appetit und Appetitlosigkeit die Rede. Ferner gab der Beschwerdeführer

an, er habe über 6 Kilogramm an Gewicht verloren. Gegenüber dem Gutachter Dr. med. D._____ erklärte der Beschwerdeführer dann, der Appetit sei unvermindert, vielleicht etwas weniger als früher. Ein Gewichtsverlust wurde nicht erwähnt. Schliesslich erscheint es widersprüchlich, dass der Beschwerdeführer einerseits angab, er könne im Alltag nichts machen, mache auch nichts im Haushalt, sei komplett kraftlos, habe für nichts Initiative und sei nach nur 15 Minuten Spazieren total erschöpft, er andererseits aber erklärte, dass er im Haushalt die Kartoffeln schäle und die Spülmaschine ausräume. Darüber hinaus ist er offensichtlich durchaus in der Lage, alleine einen Einkauf in der Bäckerei zu tätigen, seine Tochter vom Kindergarten abzuholen, mit ihr rund eine halbe Stunden auf dem Spielplatz zu verbringen, sich um sie zu kümmern und sich nebenbei mit seinem Mobiltelefon zu beschäftigen oder die Rechnung im Restaurant zu bezahlen. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass Versicherte gestützt auf die Schadenminderungspflicht grundsätzlich gehalten sind, ihr Potential an Aktivität in erwerblicher Hinsicht zu nutzen, anstatt es im Rahmen einer Freizeitbeschäftigung einzusetzen (vgl. Urteil des BGer 8C_349/2015 vom 2. November 2015 E. 5).

E. 8.1.11

Nach dem Gesagten erweist sich die von Dr. med. D._____ im Nachgang zum Gutachten vom 4. Juli 2014 verfasste Stellungnahme vom 8. Dezember 2014 - soweit sie Bezug auf die verwertbaren Observationsunterlagen nimmt - als stichhaltig und nachvollziehbar. Damit ist ihr grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen (vgl. E. 5.5 vorstehend).

E. 8.2

Zu prüfen ist im Folgenden, ob allenfalls konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Stellungnahme vom 8. Dezember 2014 von Dr. med. D._____ sprechen.

E. 8.2.1

Gemäss nervenärztlichem Attest des seit Januar 2015 behandelnden Arztes T._____ vom 16. Juli 2015 bestehe beim Beschwerdeführer weiterhin die seit Jahren unveränderte schwere depressive Symptomatik mit starker körperlicher Erschöpfung. Dabei zeigte der Beschwerdeführer im Wesentlichen dasselbe Verhalten wie bereits bei früherer Untersuchungen anderer Ärzte und namentlich auch anlässlich der Begutachtung am 26. Juni 2014. Abgesehen davon, dass Berichte behandelnder Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen sind, ergeben sich aus dem Attest vom 16. Juli 2015 keine (neuen) relevanten Hinweise betreffend den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, welche zum einen die während der Observation gemachten Feststellungen und zum anderen die daraus durch Gutachter Dr. med. D._____ gezogenen Schlüsse in Zweifel zu ziehen vermöchten. Nichts anderes ergibt sich aus dem nervenärztlichem Attest von T._____ vom 13. Oktober 2015.

E. 8.2.2

Dasselbe gilt auch für die Berichte der Klinik V._____ vom 11. August 2015 und 24. September 2015 betreffend den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 14. Juli bis 11. August 2015, in denen abermals die vom Beschwerdeführer reklamierte fortbestehende und unveränderte Beschwerdesymptomatik umschrieben wurde. Dabei ist die Feststellung, dass es seit 3.5 Jahren keine Phasen der Besserung gegeben haben soll, angesichts der Observationsergebnisse nicht nachvollziehbar. Konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Schlussfolgerungen in der Stellungnahme von Dr. med. D._____ vom 8. Dezember 2014 sprechen würden, sind nicht ersichtlich. Hingegen fällt

auf, dass der Beschwerdeführer - wie schon während dem ersten stationären Klinikaufenthalt im Jahr 2013 - auf eigenen Wunsch und ohne dass es zu einer relevanten Veränderung der Symptomatik gekommen wäre, entlassen wurde. Ebenso fällt auf, dass jegliche medikamentöse Therapie erfolglos blieb und wegen aufgetretener Nebenwirkungen abgebrochen werden musste.

E. 8.2.3

Schliesslich wird auch im Bericht von W. _____ vom 25. Februar 2016 das vorbekannte Verhalten des Beschwerdeführers wiedergegeben. Konkrete Hinweise, die gegen die Schlussfolgerungen in der Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 8. Dezember 2014 sprechen würden, lassen sich aus diesem Bericht nicht ableiten.

E. 8.2.4

Von Seiten des Beschwerdeführers wurde bei Dr. med. X. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine Second Opinion betreffend die Observation eingeholt. Dieser nahm mit Schreiben vom 22. Februar 2016 Stellung (Beilage 11 zu BVGer act. 1).

E. 8.2.4.1

Dr. med. X. _____ hielt zunächst in allgemeiner Hinsicht fest, die Erfassung von Mimik, Gestik und Motorik erlaube bei diversen psychiatrischen Krankheitsbildern wichtige Rückschlüsse auf die Erkrankung und ihren Schweregrad bzw. beschreibe ihre Phänomenologie. Psychiatrische Diagnosen würden sich oft eben auf diese Phänomenologie stützen, weshalb die Beurteilung trotz besten Wissens und hoher fachlicher Kompetenz Seitens der Untersucher von ihrer Person nicht unabhängig sei (Beilage 11 zu BVGer act. 1 S. 2). Weiter führte Dr. med. X. _____ aus, er selbst sei aus gutachterlicher Perspektive mit einer Diagnosestellung nach alleiniger Betrachtung des Videomaterials überfordert (Beilage 11 zu BVGer act. 1 S. 3). Mit Bezug auf die Beurteilung von Dr. med. D. _____ ist festzuhalten, dass er - im Gegensatz zu Dr. med. X. _____ - seine Einschätzung nicht allein gestützt auf die Observationsergebnisse abgab, sondern vielmehr den Beschwerdeführer auch selbst untersucht hatte und damit den direkten und unmittelbaren Vergleich des vom Beschwerdeführer einerseits anlässlich der persönlichen Untersuchung und andererseits während der Observation gezeigten Verhaltens vornehmen konnte. Vor diesem Hintergrund sprechen die Ausführungen von Dr. med. X. _____ nicht gegen, sondern vielmehr für die Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. med. D. _____.

E. 8.2.4.2

Sodann stellte Dr. med. X. _____ fest, der sich aus der Observation ergebende Befund der geringen Aktivitäten sei mit dem Vorliegen einer affektiven Störung problemlos vereinbar. Demgegenüber führte er aber auch an, die Motorik des Beschwerdeführers bei der Bewegung im öffentlichen Raum erscheine weitgehend unbeeinträchtigt und ergebe keine sicheren Hinweise auf das Vorliegen einer affektiven Störung. Des Weiteren scheine die Kommunikation mit der Tochter problemlos zu funktionieren und es gelinge dem Beschwerdeführer, wenn auch nur selten, spielerische Elemente zu integrieren. Die meiste Zeit sitze er desinteressiert daneben und widme sich seinem Smartphone. Aus Beobachterperspektive lasse dies keinen eindeutigen Befund zu. Neben der Vermutung einer affektiven Störung sei auch die Interpretation im Sinne eines gelangweilten Vaters möglich (Beilage 11 zu BVGer act. 1 S. 2 f.). Im Weiteren erklärte Dr. med. X. _____ in seiner Würdigung einerseits, die Beobachtungen im Rahmen der Auswertung des

Videomaterials seien mit dem Vorliegen einer affektiven Störung vereinbar. Andererseits hielt er fest, eine Klassierung im Sinne einer schweren Depression aufgrund des vorliegenden Materials sei diskutabel. Die Motorik (lässige Gangweise, Körperhaltung allgemein), die zumindest teilweise erhaltene Fähigkeit zur sozialen Interaktion und nicht zuletzt die unbestrittene Fahreignung seien Indizien, die gegen das Vorliegen einer schweren depressiven Störung sprechen würden. Eine schwere depressive Episode lasse sich aus dem Videomaterial nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit ableiten (Beilage 11 zu BVGer act. 1 S. 3). Somit sprechen die Feststellungen von Dr. med. X. _____ weder eindeutig für noch gegen das Vorliegen einer affektiven Störung und vermögen die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. D. _____ nicht in Frage zu stellen, zumal - wie bereits erwähnt - Dr. med. D. _____ seine Einschätzung gestützt auf seine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers und die Observationsunterlagen abgab.

E. 8.2.4.3

Hinsichtlich der Stellungnahme von Dr. med. D. _____ führte Dr. med. X. _____ aus, es würden korrekterweise die Vorgeschichte gewürdigt und keine Aussagen über die Anfangszeit der depressiven Verstimmung gemacht. Dr. med. D. _____ sei es aber auch nicht möglich, die derzeitige Krankheitssituation des Beschwerdeführers korrekt zu erfassen (Beilage 11 zu BVGer act. 1 S. 3). Weshalb und inwiefern es Dr. med. D. _____ nicht möglich gewesen sein soll, den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu beurteilen, wurde von Dr. med. X. _____ jedoch nicht dargelegt und ist auch nicht nachvollziehbar, geht Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahmen vom 8. Dezember 2014 doch davon aus, der Beschwerdeführer habe mit grosser Wahrscheinlichkeit an einer hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit relevanten Depression gelitten, welche im Verlauf der Behandlung eine deutliche Besserung, ja sogar mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Remission erfahren habe. Einzig bezüglich des Zeitpunkts des Eintritts der relevanten Verbesserung bzw. Remission brachte Dr. med. D. _____ einen Vorbehalt an, was Dr. med. X. _____ sinngemäss unterstützte.

E. 8.2.4.4

Soweit aus Sicht von Dr. med. X. _____ weitere Abklärungen nötig seien, um das Ausmass der Depression im Längsschnitt zu beziffern und die damit assoziierte Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit festzulegen (Beilage 11 zu BVGer act. 1 S. 3), ist wiederum darauf hinzuweisen, dass Dr. med. D. _____ seine Einschätzung nicht allein auf die Observationsergebnisse abstützte, sondern vielmehr Gelegenheit hatte, den Beschwerdeführer persönlich zu untersuchen und sich damit ein umfassendes Bild über den Beschwerdeführer machen konnte. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer zeitnah zum Begutachtungstermin wie auch am Tag der Begutachtung observiert wurde, was die Authentizität der Beurteilungsgrundlagen erhöht.

E. 8.2.4.5

Abschliessend kam Dr. med. X. _____ zur Einschätzung, dass das Vorliegen einer affektiven Störung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bejahen sei. Die Graduierung der Depression sei jedoch unklar und es würden begründete Zweifel an der ursprünglichen Klassierung einer schweren Depression bestehen (Beilage 11 zu BVGer act. 1 S. 4). Hierzu ist anzumerken, dass auch Dr. med. D. _____ nicht jegliches Bestehen einer affektiven Störung verneinte, sondern eine leichte depressive, z.B. einer smiling depression ähnliche Problematik durchaus als möglich erachtete. Im Ergebnis erklärte Dr. med. D. _____

aber, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Remission eingetreten sei und jedenfalls keine für die Arbeitsfähigkeit relevante Depression mehr vorliege. Nach neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind zwar nunmehr auch leichte bis mittelschwere depressive Störungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Davon kann jedoch aus Gründen der Verhältnismässigkeit abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. Urteile des BGer 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1 und 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.2 f., beide zur Publikation vorgesehen). Selbst wenn beim Beschwerdeführer noch eine leichte affektive Störung vorhanden sein sollte, würde sich im vorliegenden Fall die Durchführung eines solchen Beweisverfahrens angesichts der festgestellten erheblichen Diskrepanzen im Verhalten des Beschwerdeführers und der nachvollziehbar begründeten - sich insbesondere auf eigene Untersuchungen sowie die Observationsergebnisse stützende - Einschätzung von Dr. med. D._____ erübrigen.

E. 8.2.5

Demnach sind vorliegend keine konkreten Indizien ersichtlich, welche gegen die Zuverlässigkeit der im Zusammenhang mit dem Gutachten vom 4. Juli 2014 stehenden Stellungnahme des Gutachters Dr. med. D._____ vom 8. Dezember 2014 sprechen. Auf diese kann somit abgestellt werden.

E. 8.3

Aus der Stellungnahme von Dr. med. D._____ vom 8. Dezember 2014 sowie der in den vorangehenden Erwägungen im Einzelnen dargelegten erheblichen Diskrepanzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers einerseits und seinem in den Videoaufzeichnungen ersichtlichen Verhalten andererseits, ergeben sich mehrere deutliche Hinweise für eine Aggravation. Bei der vorliegenden Sachlage muss daher davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung keine rentenrelevante gesundheitliche Einschränkung bestand.

E. 8.4

Unbestritten und im Einklang mit der Stellungnahme von Dr. med. D._____ vom 8. Dezember 2014 sowie unter Berücksichtigung der ersten medizinischen Berichte ist, dass der Beschwerdeführer ursprünglich, d.h. ab 10. April 2012, an einer hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit relevanten Depression gelitten hat. Da für die Entstehung des Rentenanspruchs während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % bestanden haben muss (Art. 28 Abs. 1 Bst. c IVG), stellt sich die Frage, ob die für die Arbeitsfähigkeit relevante Depression auch noch im April 2013 vorlag.

E. 8.4.1

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 ZGB) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität (vgl. BGE 139 V 547 E. 8.1).

E. 8.4.2

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 m.H.).

E. 8.4.3

Die zeitnahen medizinischen Berichte widerspiegeln im Wesentlichen einen gleichbleibenden Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Aufgrund der vorliegenden Aggravation ist ihre Zuverlässigkeit jedoch in Frage zu stellen. Aus der Stellungnahme des Gutachters Dr. med. D. _____ vom 8. Dezember 2014 resultiert nämlich, dass eine rückwirkende Bestimmung, ab welchem Zeitpunkt die Depression relevant gewesen sei bzw. ab welchem Zeitpunkt nicht mehr, nicht gesichert möglich sei und gar arbiträr wäre (vgl. act. 73 S. 2). Damit ist rückwirkend nicht mehr feststellbar, bis wann eine relevante gesundheitliche Einschränkung bestand und ab welchem Zeitpunkt sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gebessert hat bzw. eine Remission eingetreten ist. Auch weitere Beweiserhebungen würden diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse bringen, sodass in antizipierter Beweiswürdigung davon abzusehen ist.

E. 8.4.4

Das Vorliegen einer relevanten gesundheitlichen Einschränkung nach Ablauf der Frist gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG stellt eine rentenbegründete Tatsache dar, für welche nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 ZGB) der Beschwerdeführer die Beweislast trägt. Hinzu kommt, dass den Beschwerdeführer die Pflicht trifft, der zuständigen IV-Stelle unverzüglich jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, insbesondere eine solche des Gesundheitszustandes, anzuzeigen (vgl. Art. 77 IVV [SR 831.201]). Aufgrund der vorliegenden Aktenlage ist der Beschwerdeführer dieser Pflicht nicht nachgekommen und hat stattdessen gegenüber behandelnden und untersuchenden Ärzten den Zustand einer schweren Depression aufrechterhalten. Dadurch hat er letztlich den Eintritt der Beweislosigkeit verursacht und hat dies auch zu verantworten.

E. 8.5

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zunächst an einer für die Arbeitsfähigkeit relevanten Depression gelitten hat, diese aber im weiteren Verlauf eine deutliche Verbesserung bzw. eine Remission erfahren hat. Zu welchem Zeitpunkt die Änderung des Gesundheitszustands erfolgte und ob sie nach Ablauf der Jahresfrist gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG noch vorlag, sodass eine Rentenanspruch hätte entstehen können, lässt sich zufolge des aggravierenden Verhaltens des Beschwerdeführers und der Missachtung der Meldepflicht betreffend der Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht mehr feststellen. Da es sich dabei um eine rentenbegründende Tatsache handelt und die eingetretene Beweislosigkeit zudem vom Beschwerdeführer zu verantworten ist, hat er die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen. Entsprechend ist keine rentenbegründende Invalidität nachgewiesen und die vorliegende Beschwerde ist daher abzuweisen.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die auf Fr. 650.- festzusetzenden Verfahrenskosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der einbezahlte Kostenvorschuss von Fr. 650.- ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 9.2

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die obsiegende Vorinstanz jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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