

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00373 vom 28. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00373

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00373 du 28 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00373 del 28 settembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbefehlnde Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen). 1. 4

Gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos (Art. 9 ATSG) sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Vorbehalten bleibt Artikel 42 bis IVG. Als hilflos gilt eine Person, die wegen einer Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Im Bereich der Invalidenversicherung gilt auch eine Person als hilflos, welche zu Hause lebt und wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist (Art. 42 Abs. 3 Satz 1 IVG; Art. 38 IVV). Praxisgemäss (BGE 121 V 88 E. 3a mit Hinweisen) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend (BGE 127 V 94 E. 3c, 125 V 297 E. 4a): — Ankleiden, Auskleiden; — Aufstehen, Absitzen, Abliegen; — Essen; — Körperpflege; — Verrichtung der Notdurft; — Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme.

Nach Art. 38 Abs. 1 IVV liegt ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung im Sinne von Art. 42 Abs. 3 IVG vor, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit: a. ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbständig wohnen kann; b. für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist; oder c. ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren.

Ist lediglich die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit gleichzeitig ein Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente bestehen (Art. 38 Abs. 2 IVV).

Als regelmässig im Sinne von Art. 38 Abs. 3 Satz 1 IVV gilt die lebenspraktische Begleitung, wenn sie über eine Periode von drei Monaten gerechnet im Durchschnitt mindestens 2 Stunden pro Woche benötigt wird (BGE 133 V 450 E. 6.2).

Die lebenspraktische Begleitung beinhaltet weder die (direkte oder indirekte) Dritthilfe bei den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen noch die Pflege noch die Überwachung. Sie stellt vielmehr ein zusätzliches und eigenständiges Institut der Hilfe dar (BGE 133 V 450 E. 9).

Art. 37 IVV sieht drei Hilflosigkeitsgrade vor. Gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung gilt die Hilflosigkeit als leicht, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln: a. in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist; b. einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf; c. einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf; d. wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte

pflegen kann; oder e. dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist.

E. 1.4

Im Februar 2009 wurde

die Observation des Ver sich erten angeordnet (Urk. 6/131 und 6/132) . Sie fand vom 2 0. Februar bis z um 2 5. März 2009 statt , worüber der IV-Stelle am 2 9. März 2009 ein Ermittlungsbericht

erstattet wurde (Urk. 6/124 und 6/125).

E. 1.5

Ändert sich der Grad der Hilflosigkeit in erheblicher Weise, so finden die Art. 87-88 bis IVV Anwendung. Fällt eine der übrigen Anspruchsvoraussetzungen dahin oder stirbt die anspruchsberechtigte Person, so erlischt der Anspruch am Ende des betreffenden Monats (Art. 17 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 35 Abs. 2 IVV).

E. 1.6

Eine zu Unrecht gestützt auf Art. 17 ATSG erfolgte Aufhebung einer Rente (Abs. 1) bzw. Hilflosenentschädigung (Abs. 2) kann im Beschwerdeverfahren geschützt werden, wenn die Voraussetzungen für eine prozessuale Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG) oder Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) der renten - bzw. hilflosenentschädigung zusprechenden

Verfügung gegeben sind (vgl. die Urteil e des Bundesgerichts 8C_272/206 vom 1. September 2016 E. 3 und 9C_896/2011 vom 3 1. Januar 2012 E. 4.1 , je mit Hinweisen).

E. 1.7

Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten oder der Hilflosenentschädigung en erfolgt in der Regel frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88 bis

Abs. 2 lit . a IVV). Sie kann gemäss der seit dem 1. Januar 2015 geltenden Fassung von Art. 88 bis

Abs. 2 lit . b IVV rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung erfolgen, wenn der Bezüger die Leistung zu Unrecht erwirkt hat oder der ihm nach Artikel 77 zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist, unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war.

Vor dem 1. Januar 2015 war die rückwirkende Aufhebung oder Herabsetzung einer Rente oder Hilflosenentschädigung lediglich zulässig, wenn die unrichtige Ausrichtung der Leistung darauf zurückzuführen war, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder der ihm gemäss Artikel 77 zumutbaren Melde pflicht nicht nachgekommen ist (vgl. Art. 88 bis

Abs. 2 lit . b in der vor dem 1. Januar 2015 gültig gewesenen Fassung der IVV).

Dementsprechend wurde von der Rechtsprechung bei der Verletzung einer Meldepflicht (Art. 77 IVV) ein Kausalzusammenhang mit dem unrechtmässigen Leistungsbezug verlangt (BGE 142 V 259 E. 3.2.1 und das Urteil des Bundesgerichts 8C_387/2008 vom 3 0. Januar 2009 E. 2.2).

Meldepflichtig sind gemäss Art. 77 IVV alle für den Leistungsanspruch wesentlichen Änderungen, namentlich solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, des Zustands der Hilflosigkeit,

des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs, des für den Ansatz der Hilflosenentschädigung und des Assistenzbeitrages massgebenden Aufenthaltsortes sowie der persönlichen und gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse des Versicherten. Die Meldung an die IV-Stelle hat unverzüglich nach Eintritt der Änderung zu erfolgen. Ob eine Meldepflicht besteht, beurteilt sich nach den konkreten Umständen des Einzelfalles. Massgebend ist die Umschreibung der Aufmerksamkeit, welche der als meldepflichtig betrachteten Person zumutbar ist. Dabei ist etwa auf die Fähigkeiten und den Bildungsstand der betreffenden Person abzustellen. Von Bedeutung ist insoweit, dass in unzweideutiger Form auf konkrete Meldepflichten hingewiesen worden ist. Sodann kann sich die Meldepflicht nur auf Sachverhaltsänderungen beziehen, um welche die betreffende Person sowohl bezüglich ihres Vorliegens als auch hinsichtlich der Auswirkungen auf den Leistungsanspruch weiss bzw. wissen müsste. Insoweit ist ein schuldhaftes Fehlverhalten erforderlich, wobei nach der Rechtsprechung bereits eine leichte Fahrlässigkeit ausreicht (Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-7704/2009 E. 3.4.2-3 mit Hinweis auf BGE 118 V 214 E. 2b und 119 V 431 E. 2 sowie die Urteile des Bundesgerichts 8C_1/2007 vom 11. Mai 2007 E. 3 und 9C_570/2010 vom 8. September 2010 E. 3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_338/2015 vom 12. November 2015 E. 2). 1. 8

Unrechtmässig bezogene Leistungen sind zurückzuerstatten (vgl. Art. 25 Abs. 1 ATSG). Der Rückforderungsanspruch erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, nachdem die Versicherungseinrichtung davon Kenntnis erhalten hat, spätestens aber mit dem Ablauf von fünf Jahren nach der Entrichtung der einzelnen Leistung. Wird der Rückerstattungsanspruch aus einer strafbaren Handlung hergeleitet, für welche das Strafrecht eine längere Verjährungsfrist vorsieht, so ist diese Frist massgebend (Art. 25 Abs. 2 ATSG). 1. 9

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Y.____, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in:

Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

2.1

In der angefochtenen Verfügung zog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen in Betracht, es sei auf das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 12. Februar 2015

und die Ergebnisse der Observationen aus den Jahren 2009 und 2013 abzustellen. Demnach habe sich der

psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit den

Zusprachen der Invalidenrente und der Hilflosenentschädigung verbessert. Aufgrund dieser Verbesserung und des somatischen Gesundheitszustands sei es dem Beschwerdeführer zumutbar, in einer körperlich leichten und rückengerechten vollzeitlichen Erwerbstätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Ein Bedarf für eine lebenspraktische Begleitung bestehe nicht mehr. Bezüglich dieser Umstände liege zumindest seit Februar 2009 eine

schwere Meldepflichtverletzung und damit ein strafrechtlich relevantes Vergehen des Beschwerdeführers vor

(vgl. Urk. 2). 2.2

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer vorbringen, sein Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert. Auch die Gutachter der C.____ seien nicht von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen, sondern hätten den medizinisch-psychiatrischen Sachverhalt anders bewertet. Im Übrigen habe die Beschwerdegegnerin trotz Kenntnis des Inhalts der 2009 erfolgten Observation die Invalidenrente und die Hilflosenentschädigung mit schriftlichen Mitteilungen vom 14. und 15. Juli 2012 bestätigt. Dem Beschwerdeführer vorzuwerfen, er hätte melden müssen, dass es ihm besser gehe (ohne dass er dieses Gefühl gehabt habe), widerspreche unter diesen Umständen Treu und Glauben

(vgl. Urk. 1). 3. 3.1

Sowohl die

Rentenzusprache

ab dem 1. Januar 2005 als auch die Zusprechung einer Hilflosenentschädigung wegen leichter Hilflosigkeit ab dem 1. September 2007 beruhen in medizinischer Hinsicht auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.____ vom 21. Mai 2007 (vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 2. August 2007, Urk. 6/60, sowie Urk.

6/85/4, 6/90 und 6/91). Demnach litt der Beschwerdeführer an einer schweren depressiven Episode mit körperlichen Symptomen (ICD-10: F32.3), weswegen er

von Dr. Z.____

als ca. seit 2004 für jegliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig beurteilt wurde (Urk. 6/57/5-7). 3.2

Die Bestätigung des Rentenanspruches am 19. November 2008

erfolgte

in erster Linie gestützt auf den Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters Dr. Y.____ vom 28. Oktober 2008 (Urk. 6/79; vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 19. November 2008, Urk. 6/82) , der auch bei der Zuschreibung der Hilflosenentschädigung mit Wirkung ab dem 1. September 2007 mitberücksichtigt wurde (vgl. Urk. 6/82/1) . Im fraglichen Bericht wurde eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3) , bestehend seit ca. 2007,

eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) , bestehend seit 2006, und ein lumbospondylogenes Syndrom mit degenerativen Veränderungen L4/5, L5/S1 und eine Diskushernie L4/5 als Diagnose festgehalten (Urk. 6/79/2) . Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestiert (Urk. 6/79/6) . Dr. Y.____

bezeichnete den

Gesundheitszustand als sich verschlechternd .

Der Versicherte unterziehe sich verschiedenen körperlichen Untersuchungen und Behandlungen durch den Hausarzt Dr. E.____ und das F.____ . Zu den ca. 14-täglichen durchgeführten psychiatrischen Behandlungen durch Dr. Y.____ werde der Versicherte stets von seiner Ehefrau begleitet . Er sei fast immer mutistisch , nehme am Gespräch nicht teil und horche auf seine Stimmen. Bisher hätten sich keine Anzeichen für eine Besserung ergeben.

Es

bestünden

ein Hilfsbedarf bei den alltäglichen Lebensverrichtungen und eine sehr eingeschränkte Fahrtauglichkeit (Urk. 6/79/3). Das Konzentrationsvermögen, das Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit seien eingeschränkt (Urk. 6/79/5). Zum Befund führte

Dr. Y.____ an , der Versicherte sei schwer depressiv, zunehmend paranoid, total in sich zurückgezogen und spreche kaum, auch in der Familie

nicht. Er sei aber immer ruhig und nie gewalttätig (Urk. 6/79/4). Auch der Hausarzt Dr. med. E.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, bestätigte in einem Bericht vom November 2008, der Versicherte wirke schwer depressiv, habe sich zurückgezogen, spreche kaum, werde von seiner Ehefrau unterstützt und regelmäßig zu den Konsultationen begleitet (Urk. 6/80/3-4; vgl. auch das Aktenverzeichnis). 3. 3

Die letzte Überprüfung des Renten- und des Hilflosenentschädigungsanspruches

wurde mit den schriftlichen Mitteilungen vom 14. und 15. Juni 2012 abgeschlossen, mit welchen keine relevanten Änderungen festgestellt wurden (Urk. 6/106 und 6/107) . Sie stützte sich in medizinischer Hinsicht auf den Verlaufsbericht von Dr. Y.____ vom 23. August 2011 (Urk. 6/98; vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 15. Juni 2012, Urk. 6/105) . Daraus geht hervor, dass Dr. Y.____ den Versicherten zwischen dem 30. Oktober 2009 und dem 23. August 2011 erneut ambulant behandelte und eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3), bestehend seit 2005, diagnostizierte (Urk. 6/98/1).

Wegen schwerster kognitiver Einschränkungen bestätigte Dr. Y.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (Urk. 6/98/2-3). Eine Fahrtauglichkeit bestehe nicht (Urk. 6/98/4). Bei Erledigungen und Kontakten ausserhalb der Wohnung sei der Versicherte auf eine Begleitung angewiesen, er könne kaum drei Stunden alleine sein (Urk. 6/98/6-7). Genaue Angaben zum zeitlichen und prozentualen Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit November 2008 sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (inklusive Skizzierung eines zumutbaren Arbeitsprofils) bezeichnete Dr. Y.____ als unmöglich (Urk. 6/98/8). 3. 4

Zur weiteren Entwicklung der gesundheitlichen Verhältnisse

ist zu bemerken, dass der Versicherte nicht – wie in der Beschwerdeschrift und in der Eingabe vom 15. September behauptet (Urk. 1 S. 5 und 21 S. 2) – vom 13. bis zum 22. Dezember 2012 in der G.____ stationär behandelt wurde. Ein entsprechender Klinikaufenthalt hatte während des bezeichneten Zeitraums im Monat Dezember bereits ein Jahr zuvor,

zur Rehabilitation nach der Rückenoperation vom

2. Dezember 2011, stattgefunden (vgl. Urk. 6/101, 6/104/3-6 und 6/138/11). 3. 5

Wegen Refluxbeschwerden wurden am 22. Oktober 2013 in der H.____ eine Oesophago-Gastro-Duodenoskopie und eine Koloskopie durchgeführt. Es wurde eine Refluxoesophagitis Grad I-II bei axialer Hiatushernie diagnostiziert. Mit der Koloskopie liess sich keine Pathologie nachweisen (Urk. 6/138/18). 3. 6

Am

5. November 2013 erfolgten eine Osteosynthesmaterialentfernung L3-S1 und eine Nachdekompression respektive Zweitdekompression L5/S1 einseitig, weswegen der Versicherte vom 4. November bis zum 8. November 2013 im I.____ hospitalisiert war (Urk. 6/114/1, 6/117 und 6/138/15).

Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 11. November 2013 fest, der postoperative Verlauf sei gut. Der Versicherte leide noch unter leichten Parästhesien im Bereich des rechten Beines, die unter Umständen noch anhalten könnten, da eine leichtgradige Radikulopathie bereits vor der ersten Operation bestanden habe. Der Versicherte sei jahrelang mit grossen Diskushernien konservativ therapiert worden. Prinzipiell dürfte er postoperativ alle Positionen einnehmen. Er habe nur zwei Tage vor geschriebene gelockerte Bettruhe (Urk. 6/117/2). 3. 7

Der Hausarzt Dr. E.____

bezeichnete den Versicherten im Bericht vom 11. Februar 2014 zur letzten Untersuchung am 27. Januar 2014

als wegen der Rückenschmerzen kaum gehfähig (Urk. 6/114/2; vgl. das Aktenverzeichnis). 3. 8

Die den Versicherten aktuell behandelnde Psychiaterin Dr. B.____ führte in ihrem Bericht vom 18. Februar 2014 (Urk. 6/115, vgl. das Aktenverzeichnis) die folgenden Diagnosen auf (Urk. 6/115/1): -

Rezidivierende depressive Störung, schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3) -

Status nach L3/S1-Fusion am 2. Dezember 2011 auf allen drei Etagen -

PLIF L3/S1, Disektomien auf allen drei Etagen -

Osteosynthesematerialentfernung L3 bis S1 11/2013, Zweit-Dekompression L5/S2 auf der rechten Seite -

ISG-Arthrose beidseits mit Vakuumphänomen -

Vorwölbung des Cage Interponates in den Spinalkanal des Segmentes L2/L3 mit Wurzelaffektion L3, Serom angrenzend zum Facettengelenk L4/L5 rechts.

Im Vordergrund des psychischen Zustandsbildes stehe nach wie vor die schwere depressive Symptomatik, welche sich durch grosse Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, bedrückte Stimmung, Aggressivität, negativistische Gedanken, Verzweiflung, Misstrauen, wahnhaftes Wahrnehmung und kognitive Einschränkung zeige. Aufgrund der Erkrankung eskaliere die Situation zu Hause regelmässig. Der Versicherte sei kaum tragbar, aggressiv und sozial isoliert. Die Beziehungsfähigkeit befinde sich auf einem Minimum. Es sei bereits vorgekommen, dass die Polizei wegen häuslicher Gewalt habe ausrücken müssen. Der Versicherte habe seine Tochter vom Balkon herunterwerfen wollen. In seiner Wut habe er alle Sachen aus der Wohnung geworfen. In der Untersuchungshaft sei er suizidal gewesen. Er leide an starken Rückenbeschwerden. Im November 2013 sei wegen einer Materialentfernung eine erneute Operation erfolgt. Schlaflose Nächte, Sorgen um die Zukunft, Stimmungslabilität und Aggressivität prägten seinen Alltag (Urk. 6/115/2).

Psychisch eingeschränkt sei er aufgrund einer schweren depressiven Symptomatik wie Antriebslosigkeit, Kraftlosigkeit, Stimmungslabilität, Verzweiflung, Misstrauen und wahnhaftes Wahrnehmung (Urk. 6/115/2). Die Arbeitsfähigkeit sei insofern beeinträchtigt, als der Versicherte unter starken Schmerzen leide, die ganze Nacht herumgehe, tagsüber schlaflos und danach mit allen streite. Er wäre in einem Team kaum tragbar, sowohl wegen der Aggressivität als auch wegen der wahnhaften Stimmung und den negativistischen Gedanken (Urk. 6/115/3). 3. 9

Am 25. März 2014 teilte der Hausarzt Dr. E. ___ der IV-Stelle schriftlich mit, der Versicherte leide postoperativ an persistierenden Beschwerden und sei nur mit Mühe gehfähig. Im Weiteren sei er postoperativ an einer schweren Depression mit suizidalen Gedanken erkrankt. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben (Urk. 6/119/1). 3. 10

Vom 22. Oktober bis zum 3. November 2014 war der Versicherte im F. ___ hospitalisiert, wo eine gedeckt perforierte Divertikulitis des Colon descendens Typ Hinchey I, Erstschub, eine akute Cholezystitis und ein Status nach Helicobacter-Gastritis (Eradikation erfolgt) diagnostiziert wurden. Es wurden eine laparoskopische

Cholezystektomie und eine intravenöse antibiotische Therapie durchgeführt (vgl. Urk. 6/153/24). 3. 11

Im interdisziplinären Gutachten der C. ___

vom 12. Februar 2015

wurde lediglich eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bei Status nach Spondylodese L3 auf S1 2011 mit Bandscheibenersatz in den unteren drei Etagen und Teilentfernung mit erneuter Dekompression in Höhe L5/S1 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die

folgenden Diagnosen (Urk. 6/153/37):

-

Status nach Cholezystektomie -

Status nach konservativer Therapie mit intravenöser Antibiose von 22.10.-01.11.2014 einer gedeckt perforierten Divertikulitis des Colon Descendens Typ Hinchey I (Erstschub) -

Refluxoesophagitis Grad I-II bei axialer Hiatushernie -

Hyperlipidämie

-

Verdacht auf Steatosis

hepatitis -

Status nach Helicobacter-Gastritis (Eradikation erfolgte) -

Haltungsinsuffizienz, Fehlstatik der Wirbelsäule, mässig gut trainierte Rumpfmuskulatur -
kein motorisches Defizit -

periphere Druckschädigung R. digitalis I des N. tibialis rechts (Grosszehen rechts) -

keine klinisch-neurologische radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik bei Status nach Spondylodese L3-S1 Dezember 2011 und Metallentfernung November 2013 -

Persönlichkeitsakzentuierung (narzisstische, histrionische, vermeidende, impulsive Züge)
Z73.1 -

Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen F68.0.

In der angestammten Tätigkeit als Sanitär bestehe eine 0%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/153/38). In einer rückengerechten Tätigkeit sei dem Versicherten eine 100%ige Arbeitstätigkeit zumutbar, wobei keine Leistungsminderung bestehe (Urk. 6/153/38). Diese Bewertung gelte auch retrospektiv, mit Ausnahme einer Arbeitsunfähigkeit vom 19. Oktober bis zum 17. November 2014 (inklusive Rekonvaleszenz) wegen der am 19. Oktober aufgetretenen und bis zum 3. November 2014 stationär behandelten Divertikulitis und Cholezystitis (Urk. 6/153/38).

Ferner wurde vermerkt, retrospektiv könne die langjährige volle Berentung inklusive Gewährung der Hilflosenentschädigung nicht begründet werden. Es sei rückblickend weit überwiegend wahrscheinlich, dass die ehemals rheumatologisch ausgewiesene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 100 % für eine zumindest rückengerechte Verweistätigkeit, wie 2004 schon attestiert, zutreffend sei, von möglichen, aber kurzen vorübergehenden Phasen einer Schmerzexazerbation abgesehen. Rückblickend falle auf, dass der Symptomshift von den nicht rentenbegründenden somatischen Diagnosen hin zu vermeintlich so schweren langjährigen psychischen Störungen 2004 begonnen habe, zum Zeitpunkt der Antragsstellung auf IV-Leistungen. Die entsprechenden Einschätzungen, insbesondere wohl auch auf dem psychiatrischen Fachgebiet, seien (soweit aus neurologischer Sicht beurteilbar) stets erheblich durch nicht authentische Symptompräsentation geprägt, siehe die nicht anders erklärbare Diskrepanz zwischen vermeintlich mutistisch schwerer Depression und andererseits gutem, zielsicherem Autofahren 2009 und 2013, ohne dass überdies somatisch-neurologische Hinweise für ein

hirnorganisches Leiden feststellbar seien (Urk. 6/153/38).

Es handle sich somit um eine Andersbewertung des medizinisch-psychiatrischen Sachverhalts und damit auch um eine andere versicherungsmedizinische Bewertung, unter Aussparung nicht IV-relevanter Faktoren, welche vor allem offensichtlich sehr erheblich in die Bewertung sowohl medizinisch als auch versicherungsmedizinisch eingeflossen seien (Urk. 6/153/39). 3 . 12

Vom 20. Mai bis zum 5. Juni 2015 war der Versicherte zum zweiten Mal in der D.____ hospitalisiert (Urk. 6/163/1). Im Austrittsbericht vom 5. Juni 2015 wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (Urk. 6/163/1): -

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3) -

Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (Vermeidungsverhalten, Flashbacks und Negativsymptome, DD rezidivierende Depression), ICD-10: F43.1 -

Verdacht auf soziale Phobien (ICD-10: F40.1) -

Divertikulitis des Dickdarmes mit Perforation und Abszess, ohne Angabe einer Blutung (F.____ 2014, konservative Behandlung und Cholezystektomie), ICD-10: K57.22) -

Zustand nach akuter Cholezystitis mit Cholezystektomie (F.____ 2014), ICD-10: K81.0 -

Zustand nach B-Gastritis (Eradikation H-pylori 2014), ICD-10: K 29.6 -

Osteochondrose der Wirbelsäule beim Erwachsenen: Lumbosakralbereich (ICD-10: M42.17) -

Juvenile Osteochondrose der Wirbelsäule (M. Scheuermann): Lumbalbereich L3 bis S1 (ICD-10: M42.07) -

Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie (ICD-10: M 51.1)

-

Diskushernie L3/L4 und L4/L5

-

Chronische Parese L5 rechts

-

Zustand nach Spondylodese : Doppel- Plif L5/S1, Mono- Plif L3/L4,

Fusion L3-S1 mit Tropolax (I.____ 2013).

Der Kliniker tritt sei freiwillig auf Anraten der im Gespräch anwesenden ambulanten Psychiaterin und der anwesenden Ehefrau aufgrund einer erneuten schweren depressiven Episode erfolgt. Der Versicherte habe sich zunächst mutistisch gezeigt, die Motivation zum Eintritt sei fraglich geblieben. Erst nachdem die Ehefrau den Raum verlassen habe, habe der motorisch leicht katatone Versicherte einsilbig wenige Fragen beantwortet und erklärt, er müsse Ruhe finden (Urk. 6/163/2).

Zum damaligen Befund wurde festgehalten, der Versicherte gebe kurze einsilbige Antworten, sei wach und bewusstseinsklar. Die Orientierung zur Zeit sei nicht erfragbar, diejenige zu Ort und Situation und zur Person sei unauffällig. Es gebe eine Störung der

Auffassung; die Störungen der Mnestik und der Konzentration seien nicht erfassbar. Formalgedanklich sei der Versicherte blockiert bis mutistisch. Ängste würden bejaht, eine Feindifferenzierung sei kaum möglich. Unter anderem gebe der Versicherte an, seit Jahren vor Menschen Angst zu haben.

Es gebe keinen Anhalt für Sinnestäuschungen, Fragen zu Ich-Störungen blieben offen. Der Versicherte präsentiere sich affektstarr, deprimiert, verzweifelt und misstrauisch. Er äussere Schuld- und Insuffizienzgefühle und den Verlust der Vitalgefühle. Fremdanamnestisch würden ein Schuld-

und Versündigungswahn und eine schwere Antrieblosigkeit geschildert.

Psychomotorisch sei der Versicherte kataton mit leichtem Mutismus und leichtem Stupor. Der Appetit sei eher reduziert, es gebe Schlafstörungen mit Einschlafstörungen bis zu drei Stunden, der Schlaf finde nur stundenweise statt. Es bestehe eine soziale Rückzugstendenz (Urk. 6/163/2).

Die körperliche Untersuchung habe der Versicherte ohne Worte durch Wegdrehen oder mangelnde Mitarbeit erschwert bis verhindert (Urk. 6/163/3).

Im Verlauf des Aufenthaltes habe sich der Versicherte initial mutistisch und stark belastet depressiv zurückgezogen gezeigt. Er sei während der ersten 12 Tage durchgehend im Bett gelegen, nur ein kurzes Aufstehen für den Toilettengang sei ihm möglich gewesen. Im Rahmen der deutlichen depressiven Anspannung sei ihm Lorazepam-Tagesschema verordnet worden. Gesprächsangebote seien ihm während der ersten 13 Tage täglich angeboten und von ihm durchgehend abgelehnt worden. Zwei Tage vor dem Entlassungsdatum habe er erstmals ausführlich mitgeteilt, dass er deutlich belastet und teils aus seinem durch die lange Erkrankung starken Frustrationserleben auch wütend sei. Er habe nur kurz mehrfache, bereits früh eingesetzte Traumatisierungen angesprochen. Im frühen Jugendalter habe er einen Onkel gehabt, den er gerne gehabt habe. Dieser sei depressiv gewesen und habe mehrfach versucht, sich das Leben zu nehmen. Schliesslich habe sich der Onkel im Wald suizidiert, wo er vom Versicherten aufgefunden worden sei. Bei der Beerdigung habe der Onkel ein Begräbnis zweiter Klasse erhalten, weil es nach der Religion nicht erlaubt gewesen sei, sich selbst umzubringen. Der Versicherte habe gesagt, er trage für den Onkel das Kreuz, auch wenn alle dagegen seien. Weiter habe er teils massive Kriegstraumata angedeutet, die er im Gespräch aber nicht weiter ausgeführt habe (Urk. 6/163/3).

Den schwer depressiven Patienten habe man auf seinen Wunsch ohne akute Gefährdungsaspekte entlassen. Man empfehle dringend eine weitergehende, gegebenenfalls stationäre Weiterbehandlung der schweren Depression (Urk. 6/163/4). 3. 13

In einer E-Mail vom 1. November 2015 (Urk. 6/189) hielt Dr. B. fest, der Versicherte habe nicht gleichzeitig gearbeitet und eine Invalidenrente bezogen. Die Videoaufnahmen zeigten, dass er Autofahre, in Begleitung seiner Ehefrau einkaufen gehe und sich in Brockenhäusern bewege. Er habe mehrere Rückenoperationen gehabt, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Trotz der schweren Depression habe sie den Versicherten motiviert, Auto zu fahren, damit er auch nach der Rückenoperation sich selber und die Familie versorgen könne. Viele depressive Patienten könnten trotz schwerer Depression Auto fahren und sich im Laden und im Brockenhaus bewegen. Sie erlebe den Versicherten als eine Bombe, die jederzeit explodieren könne. Er leide an depressiven Symptomen und daneben auch an einem Impuls-Kontroll-Verlust, weswegen er sehr unberechenbar und

fremdgefährdend sein könne. Eine Selbstgefährdung sei auch nicht auszuschliessen. Der Schwager habe mehrmals eine Meldung an die IV-Stelle gemacht, die Familienverhältnisse seien mehr als zerrütet, es sei zu gegenseitigen Morddrohungen und Vorwürfen gekommen. Dr. B.____ habe Hausbesuche gemacht, um die Fremdgefährdung besser einschätzen zu können, weil sie Angst gehabt habe, der Versicherte könnte seinen Schwager tatsächlich umbringen. Zusammen mit seiner Ehefrau habe sie den Versicherten in die Klinik begleitet, da er nicht freiwillig habe dorthin gehen wollen. Sie habe Angst gehabt, dass er zuerst den anderen und danach sich selbst etwas antun könnte. Wenn er unter Druck stehe, verliere er die Kontrolle über sich.

Viele Angaben im Gutachten stimmten nicht, sie seien zum grossen Teil abgeschrieben, wie zum Beispiel, dass der Versicherte nach Sarajevo gefahren sei oder dass sie Muslime seien, die Ehefrau sei orthodox.

Dr. B.____

vertrat die Meinung, eine wahnhafte Wahrnehmung sei sicher vorhanden. Der Versicherte berichte bei ihr über ein Stimmen-Hören. Den Besuch einer Tagesklinik habe der Versicherte abgelehnt mit der Begründung, er habe kein Geld für den Selbstbehalt der Krankenkasse. Die Klinikaufenthalte hätten ebenfalls wegen des Geldes nur kurz gedauert. Die sportliche Haltung des Versicherten und die versteckte Aggressivität stünden im Zusammenhang mit dem langjährigen Hobby Boxen. 4.

4.1

Vorab ist sowohl bezüglich der Invalidenrente als auch hinsichtlich der Hilflosenentschädigung der relevante Vergleichszeitraum für eine Revision im Sinne von Art. 17 ATSG zu definieren. 4.2

Beim Erlass der schriftlichen Mitteilungen vom 14. und 15. Juni 2012, mit welchen keine relevanten Änderungen bezüglich des Renten- und Hilflosenentschädigungsanspruchs festgestellt wurden (Urk. 6/106 und 6/107), lagen der IV-Stelle lediglich die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. Y.____ (Urk. 6/98), des behandelnden Hausarztes Dr. E.____ (Urk. 6/99 und 6/104/1-2) und der G.____ über den stationären Aufenthalt vom 13. bis zum 22. Dezember 2011 nach der Spondylodese am 2. November 2011 (Urk. 6/104/3-6) neu vor. Im erstgenannten Bericht gab Dr. Y.____

bloss für den 23. August 2011

eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ab

(Urk. 6/98/2-3).

Darüber hinaus erklärte sich

Dr. Y.____

ausdrücklich ausser Stande, zu diesem Punkt detaillierte Angaben zu machen (Urk. 6/98/8). Ebenso wenig lasen sich den Berichten von Dr. E.____ vom 2. September 2011 (Urk.

6/99/3) und vom 24. Mai 2012 (Urk.

6/104/1-2)

oder dem Austrittsbericht der G.____ (Urk. 6/104/3-6) Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit entnehmen. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des Hilfsbedarfs aus polydisziplinärer ärztlicher Sicht fehlt gänzlich. Die erwähnten Berichte der behandelnden Ärzte genügen nicht für eine umfassende Überprüfung der aktuellen gesundheitlichen Verhältnisse im Hinblick auf die Revision der Invalidenrente bzw. Hilflosenentschädigung (vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 5.3 und 9C_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.2) . 4 . 3

Der schriftlichen Mitteilung vom 19. November 2008 (Urk. 6/83) ging lediglich die Einholung von Verlaufsberichten von Dr. J.____ (Urk. 6/78), Dr. Y.____ (Urk. 6/79) und Dr. E.____ (Urk. 6/80) voraus. Einzig der behandelnde Psychiater

Dr. Y.____

äusserte sich zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (Urk. 6/79/6), wobei sich aufgrund seiner Ausführungen die Frage stellt, ob und inwieweit auch somatische Leiden in die Beurteilung miteinflussen (vgl. Urk. 6/79/2-5). Der fragliche Bericht taugt folglich ebenfalls nicht als (einzige medizinische) Grundlage für eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs im Rahmen eines Revisionsverfahrens gemäss BGE 133 V 108 (vgl. auch die Urteile des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 5.3 und 9C_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.2) . 4 . 4

Als Zwischenergebnis ist somit festzuhalten, dass weder die schriftlichen Mitteilungen vom 14. und 15. Juni 2012 noch die schriftliche Mitteilung vom 19. November 2008 als zeitliche Vergleichsbasis dienen können. Vielmehr hat sich die Prüfung zur Beantwortung der Frage, ob bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 22. Februar 2016 eine anspruchrelevante Änderung eingetreten ist, bis zur Rentenzusprache am 18. Oktober 2007 (Urk. 6/69)

bzw. zur Zusprache der Hilflosenentschädigung am 20. Februar 2009 (Urk. 6/94)

zurück zuerstrecken . 5 . 5 . 1

Es ist strittig und zu prüfen, ob zur Ermittlung des massgeblichen medizinischen Sachverhalts auf das interdisziplinäre Gutachten der C.____ vom 12. Februar 2015 (Urk. 6/153) abgestellt werden kann. 5 . 2

Das Gutachten basiert auf den von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten und nachträglich zu den Akten genommenen Unterlagen (Urk. 6/153/1 und 6/153/5-24) sowie den fachärztlichen internistischen, orthopädischen, psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen des

Beschwerdeführers am 10., 14. und 19.

November und am

11. Dezember 2014 (Urk. 6 / 153 / 1). Es liegen ihm unter anderem auch die Ergebnisse der von der Beschwerdegegnerin veranlassten Observationen zu Grunde. Es drängen sich daher ergänzende Bemerkungen zur Verwertbarkeit auf:

Der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene

Art. 59 Abs. 5 IVG sieht vor, dass die IV-Stellen zur Bekämpfung des ungerechtfertigten Leistungsbezugs Spezialisten beiziehen können. Das Bundesgericht qualifizierte die erwähnte Gesetzesbestimmung

in seiner bis zum 14. Juli 2017 herrschenden Rechtsprechung als eine genügende gesetzliche Grundlage für die privatdetektivliche Observation in einem von jedermann ohne Weiteres frei einsehbaren Privatbereich, sofern die Observation objektiv geboten war (BGE 137 I 327). In Nachachtung des Urteils 61838/10 des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 18. Oktober 2016 (betreffend ein unfallversicherungsrechtliches Verfahren) hat das Bundesgericht mit seinem zur Publikation vorgesehenen Urteil 9C_806/2016 vom 14. Juli 2017 an seiner bisherigen Rechtsprechung zur Observation in invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren nicht weiter festgehalten, sondern erkannte, es fehle an einer genügenden gesetzlichen Grundlage, welche die verdeckte Überwachung umfassend klar und detailliert regle. Daraus folgt, dass die Observationen des Beschwerdeführers in den Jahren 2009 und 2013 an und für sich rechtswidrig, das heisst in Verletzung von Art. 8 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) bzw. Art. 13 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) erfolgten (vgl. das zur Publikation vorgesehene Urteil 9C_806/2016 des Bundesgerichts vom 14. Juli 2017 E. 4).

Für die Verwertbarkeit eines derart rechtswidrig erlangten Beweises soll – in Anlehnung an eidgenössische Straf- und Zivilverfahrensrecht sowie die meisten kantonalen Verfahrensordnungen – hauptsächlich die Interessenabwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen massgebend sein (vgl. das zur Publikation vorgesehene Urteil 9C_806/2016 des Bundesgerichts vom 14. Juli 2017 E. 5.1.1).

Im hier zu beurteilenden Fall ist zu berücksichtigen, dass die (unbeeinflussten) Handlungen des Beschwerdeführers im Freien und in für die Öffentlichkeit zugänglichen Räumen überwacht und aufgenommen wurden. Zudem waren die Observationen aufgrund ausgewiesener J. ___ über die Leistungsfähigkeit, namentlich das Aktivitätsniveau des Versicherten, eingeleitet worden (Urk. 6/126/2 und 6/131), auf 14 Tage innerhalb des Zeitraums vom 20. Februar bis zum 27. März 2009 und auf

acht Tage innerhalb eines Zeitraums vom 27. August bis zum 8. November 2013 begrenzt. Während der erwähnten Beobachtungszeitraum

wurde der Versicherte an zwei beziehungsweise an fünf Tagen nicht angetroffen. Die einzelnen Überwachungsphasen dauerten maximal einige wenige Stunden. Der Versicherte war somit weder einer systematischen noch einer ständigen Überwachung ausgesetzt und erlitt in dieser Hinsicht einen relativ bescheidenen Eingriff in seine grundrechtliche Position. Stellt man diesen Aspekten das erhebliche und gewichtige öffentliche Interesse an der Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs entgegen, ergibt sich, dass die vorliegenden Observationsberichte (inklusive Fotodokumentation und Videoaufnahmen) in die Beweiswürdigung miteinbezogen werden können (vgl.

das zur Publikation vorgesehene Urteil 9C_806/2016 des Bundesgerichts vom 14. Juli 2017 E. 5.1.2 mit Hinweisen). Dies muss umso mehr gelten, als ihnen – wie zu zeigen sein wird – keine entscheidungswesentliche Bedeutung für den Prozessausgang zukommt (vgl. das zur Publikation vorgesehene Urteil 9C_806/2016 des Bundesgerichts vom 14. Juli 2017 E. 5.2.1).

Der Verwertbarkeit steht somit nichts entgegen. Unter diesen Umständen ist es auch nicht zu beanstanden, dass die Gutachter die Observationsergebnisse – nebst zahlreichen weiteren Aspekten – in ihre Beurteilung miteinfließen liessen. 5 .3

Das

Gutachten der C.____

berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden angemessen und beantwortet die gestellten Fragen umfassend. Insbesondere setzt es sich auch mit den zum Teil anderslautenden ärztlichen Beurteilungen, namentlich mit der im Raum stehenden Diagnose einer schweren depressiven Episode

(mit psychotischen Symptomen) und den Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen der diversen Behandler, auseinander. Die gutachterlichen Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar begründet.

Sie werden darüber hinaus durch Ergebnisse der im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung veranlassten Labordiagnostik untermauert, welche zeigt, dass die aktuell vom Versicherten angegebene und auch schriftlich im mitgebrachten Lebenslauf dokumentierte Medikation (vgl. Urk. 6/153/25, 6/153/40-41) nicht bestimmungsgemäss eingenommen wird (Urk. 6/153/30). Demnach konnte n

zu den Neuroleptika Olanzapin kein Wirkstoff und von Aripiprazol (Abilify) nur Spuren nachgewiesen werden. Zu den Schmerzmitteln Metamizol und Oxycodon waren ebenfalls nur sehr geringe Wirkspiegel in einem nicht effizienten Bereich nachweisbar. Lediglich das Antidepressivum Sertralin wurde bestimmungsgemäss verwendet. Das Beruhigungsmittel Lorazepam wurde mit einem so ausgeprägt hohen Spiegel nachgewiesen, dass auch dieses nicht einer bestimmungsgemässen Verwendung, insbesondere nicht mit der einmal täglichen Einnahme zu erklären ist. Das angstlösende und schlafanstossende Medikament Diazepam konnte nicht nachgewiesen werden (Urk. 6/153/30, 6/153/33 und 6/153/43). 5 .4

In der Beschwerdeschrift wurde geltend gemacht, der Austrittsbericht der D.____ vom 5. Juni 2015 (Urk. 6/163) widerlege eine Verbesserung des Gesundheitszustands, gehe daraus doch hervor, dass der Beschwerdeführer schwer depressiv sei (Urk. 1 S. 8). Daran wurde auch in der Eingabe vom 15. September 2017 festgehalten (Urk.

E. 6

/ 1). Diese verneinte mit Verfügung 18. November 2004, ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit und einem Invaliditätsgrad von 23 %, einen Rentenanspruch (Urk. 6/17). Der Versicherte erhob dagegen Einsprache (Urk. 6/21 und 6/27) und gegen den abweisenden Einspracheentscheid vom 30. März 2005 (Urk. 6/34) Beschwerde ans Sozialversicherungsgericht (Urk. 6/37/8-11). In seinem Urteil IV.2005.00479

vom 31. August 2006 zog das Sozialversicherungsgericht in Betracht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass eine Tätigkeit als Sanitärmeister aufgrund der zervikalen und lumbalen Rückenbeschwerden nicht mehr zumutbar sei. Für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit bestehe aus rheumatologisch-somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Der psychische Gesundheitszustand und die allenfalls damit einhergehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bedürften der weiteren Abklärung

(Urk. 6/45/6-7).

In Gutheisung der Beschwerde hob das Sozialversicherungsgericht den angefochtenen Einspracheentscheid auf und wies die Sache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid über den Rentenanspruch an die IV-Stelle zurück (Urk. 6/45/8). Diese nahm die Berichte des den Versicherten seit dem 31. August 2006 behandelnden Psychiaters, Dr. med. Y.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zu ihren Akten (Urk. 6/47 und 6/50). Überdies gab sie bei Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten in Auftrag (Urk. 6/53), das er am 21. Mai 2007 erstattete (Urk. 6/57).

Gestützt darauf sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit

Verfügung vom 18. Oktober 20

E. 07

, ausgehend von einer 100%igen

Erwerb sunfähigkeit und einem Invaliditätsgrad von 100% (Urk. 6/66 und 6/67), ab dem 1. Januar 2005 eine ganze

Invalidenrente zu (Urk. 6/6

E. 9

; vgl. auch das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 2. August 2007, Urk. 6/60).

E. 9.1

Bei der wiedererwägungsweisen Aufhebung einer Rente bzw. Hilflosenentschädigung ist ebenfalls anhand von Art. 88 bis

Abs. 2

lit. a und b IVV zu prüfen, ob sie ex nunc

et pro futuro oder ex tunc anzuordnen ist (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_877/2011 vom 22. Mai 2012 E. 3.3 mit Hinweis).

E. 9.2

Da die Beschwerdegegnerin bei der Zusprache der Rente bzw. der Hilflosenentschädigung den Untersuchungsgrundsatz offenkundig verletzte (vgl. Ziffer 8.5 hiervor), kann sie dem Beschwerdeführer trotz der diversen Anhaltspunkte für eine Aggravation bis hin zu einer nicht authentischen Symptompräsentation und offenkundigen Falschangaben nicht vorwerfen, er habe die betreffenden Leistungen unrechtmässig erwirkt. Die Rente und die Hilflosenentschädigung sind deshalb nicht rückwirkend, sondern lediglich ex nunc et pro futuro, das heisst per

1. April 2016 (vgl. Urk. 1 S. 2) aufzuheben. Für die Anordnung einer Rückerstattung im Sinne von Art.

E. 11

bis 13). Er verzichte auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 12). Dies wurde der Beschwerdegegnerin am 2. Mai 2017 schriftlich mitgeteilt (Urk. 14). Mit Verfügungen vom 30. August und vom 6. September 2017 wurde den Parteien Gelegenheit gegeben, sich unter dem Gesichtspunkt der mit dem zur Publikation vorgesehenen Urteil 9C_806/2016

vom 14. Juli 2017 geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung und der Möglichkeit, die Aufhebung der Rente und der Hilflosenentschädigung mit der substituierten Begründung der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung zu schützen, zur Sache Stellung zu nehmen (Urk.

E. 15

und 18). Die Beschwerdegegnerin liess sich mit Eingabe vom 7. September 2017 (Urk. 17) und der Beschwerdeführer mit Eingaben vom 10. und 15. September 2017 (Urk.

E. 19

und 21) vernehmen. Mit Schreiben vom 19. September 2017 wurden die Eingaben der jeweiligen Gegenpartei zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 22). Die Stellungnahme der IV-Stelle vom 22. September 2017 (Urk. 23) wurde dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 25. September 2017 zur Kenntnis gegeben (Urk. 24).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und die im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen (Urk. 7/1-2) wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 21

S. 2). Es trifft zwar zu, dass der Versicherte nach Erstattung des Gutachtens am 12. Februar 2015

vom 20. Mai bis zum 5. Juni 2015 zum zweiten Mal in der D.____ hospitalisiert war (Urk. 6/163/1).

Der Klinikeintritt war freiwillig erfolgt und die Motivation dafür blieb gemäss dem Austrittsbericht fraglich (Urk. 6/163/2). Überdies wurde der Versicherte auf eigenen Wunsch – ohne akute Gefährdungsaspekte – bereits nach kurzer Zeit wieder entlassen (Urk. 6/163/4). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert (Urk. 6/163).

Insbesondere mangelt es dem angeführten Austrittsbericht an einer nachvollziehbaren Begründung für die Diagnose einer (erneuten) schweren depressiven Episode (vgl. Urk. 6/163). Dabei fällt auf, dass beim Klinikeintritt im Wesentlichen unauffällige objektive Befunde erhoben worden waren; der Versicherte präsentierte sich einzig

mutistisch, affektstarr, deprimiert, verzweifelt und misstrauisch (Urk. 6/163/2). Eine Auseinandersetzung mit den Vorakten, aus welchen sich diverse Anhaltspunkte für eine Aggravation bis hin zu einer nicht authentischen Symptompräsentation ergeben, fand nicht statt (vgl. Urk. 6/163). Ebenso wenig wurde der Umstand diskutiert, dass der Versicherte die körperliche Untersuchung erschwerte bis verhinderte (Urk. 6/163/3) und die ihm während der ersten 13 Tage täglich angebotenen therapeutischen Gespräche stets ablehnte (Urk. 6/163/3), mithin sich unkooperativ zeigte. Ein Verhalten, welches er – wie auch der psychiatrische Teilgutachter richtig erkannte (Urk. 6/153/33) – bereits wiederholt an den Tag gelegt hatte. Der Austrittsbericht der D.____ vom 5. Juni 2015 (Urk. 6/163) ist folglich nicht dazu geeignet, die Aktualität oder gar die Qualität des psychiatrischen Teilgutachtens der C.____

fraglich erscheinen zu lassen. 5.5

Zur Stellungnahme

von Dr. B.____

vom 1. November 2015 (Urk. 6/189) ist zu bemerken, dass darin von keiner gesundheitlichen Verschlechterung seit den gutachterlichen Untersuchungen die Rede ist. Ebenso wenig stellte Dr. B.____ die vom psychiatrischen Teilgutachter erhobenen Befunde in Frage. Sie beschränkte sich zum einen darauf, nebensächliche Punkte im Gutachten, wie die Konfession der Ehefrau des Versicherten, als unrichtig zu beanstanden. Damit vermag sie die Überzeugungskraft der eingehenden und schlüssigen gutachterlichen Ausführungen nicht zu schmälern. Darüber hinaus vertrat Dr. B.____

generell die Auffassung, viele depressive Patienten könnten trotz schwerer Depression Autofahren und sich im Laden und im Brockenhaus bewegen. Dieser Argumentation ist entgegenzuhalten, dass der Beschwerdeführer die angeführten

Tätigkeiten nicht nur verrichtete, sondern dabei – wie im Gutachten richtig bemerkt wurde (Urk. 6/153/31-33) –

ein selbstbewusstes, souveränes, geplantes, strukturiertes und zielstrebiges Verhalten zeigte. Beim Be- und Entladen des Fahrzeugs war auch seine Flexibilität und Umstellungsfähigkeit erkennbar. Es leuchtet ein, dass das beobachtete Verhalten mit der Annahme einer schwergradigen depressiven Störung und relevanten kognitiven Störungen unvereinbar ist.

Der nunmehr vorliegenden Stellungnahme von Dr. B.____ zufolge war der Versicherte offenbar auch dazu in der Lage, ein langjähriges Hobby zu pflegen, mithin Freizeitaktivitäten zu entfalten, was im Bericht

zu Handen der IV-Stelle

von Dr. B.____

unerwähnt geblieben ist (vgl. Urk. 6/115).

Schliesslich vertrat Dr. B.____

in ihrer Stellungnahme den Standpunkt, eine wahnhaftige Wahrnehmung sei sicher vorhanden, da der Versicherte ihr gegenüber von einem Stimmen-Hören berichtet habe. Das blosses Abstellen auf die subjektiven Angaben des Versicherten überzeugt nicht. Vielmehr hätte sich Dr. B.____

mit den medizinischen Vorakten auseinandersetzen müssen.

Der psychiatrische Teilgutachter wies darauf hin, der Versicherte habe bei der Untersuchung zwar demonstrativ kurz vor sich hingemurmelt, dies jedoch komplett unterlassen, als es keine besondere Beachtung gefunden habe (Urk. 6/153/31). Dr. Y.____

hatte in seinem Bericht vom 7. September 2006 festgehalten, die psychotische Symptomatik sei nur schwer erfassbar (Urk. 6/47/1). Dies wurde vom psychiatrischen Teilgutachter richtig erkannt und in diesem Zusammenhang warf er richtigerweise die Frage bezüglich einer nicht authentischen Symptompräsentation auf (Urk. 6/153/33). Dazu hat sich Dr. B.____ ebenso wenig geäussert wie zur

Diskussion stehenden Aggravation und negativen Antwortverzerrung. Ihre Ausführungen vermögen folglich keine J.____ an den gutachterlichen Ausführungen zu wecken. 5.6

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten der C.____ vom 12. Februar 2015 abstellen durfte. Damit ist ausgewiesen, dass der Versicherte in einer rückengerechten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist (Urk. 6/153/38). Zu Recht wurde von

Seiten des Beschwerdeführers nicht bestritten, dass er mit einer solchen Tätigkeit ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen kann (vgl. Urk. 1 und 2 S. 3). Eine entsprechende Arbeitsfähigkeit bestand bereits seit der Zusprache der Invalidenrente bzw. der Hilflosenentschädigung, mit Ausnahme von kurzen vorübergehenden Phasen einer Schmerzexazerbation, einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit während der Dauer der psychiatrischen Hospitalisationen und vom 19. Oktober bis zum 17. November 2014 (inklusive Rekonvaleszenz) wegen der am 19. Oktober aufgetretenen und bis zum 3. November 2014 stationär behandelten Divertikulitis und Cholezystitis (Urk. 6/153/34 und 6/153/38). Eine Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit von einer invaliditätsrelevanten Dauer (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) bestand somit nicht. Ebenso wenig war aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen ein Hilfsbedarf vorhanden. 6.

In der Beschwerdeschrift wurde richtig erkannt, dass mit dem Gutachten der C.____ vom 12. Februar 2015 keine Verbesserung des Gesundheitszustands belegt ist

(Urk. 1 S. 9). Vielmehr ist gestützt auf das Gutachten davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit der Zusprache der Invalidenrente am 18. Oktober 2007 bzw. der Hilflosenentschädigung am 20. Februar 2009 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2016 an keiner Beeinträchtigung seines Gesundheitszustands litt, weswegen er während einer invaliditätsrelevanten Dauer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit arbeitsunfähig war oder ein Hilfsbedarf bestand. Eine Revision im Sinne von Art. 17 ATSG fällt damit ausser Betracht. 7.

7.1

Gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Solche neuen Tatsachen oder Beweismittel sind innert 90 Tagen nach ihrer Entdeckung geltend zu machen; zudem besteht eine absolute zehnjährige Frist, die mit der Eröffnung der Verfügung zu laufen beginnt (Art. 67 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren [VwVG] in Verbindung mit Art. 55 Abs. 1 ATSG; vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 2.3.1 mit Hinweisen).
Ergeben sich aus den neu entdeckten Tatsachen und Beweismitteln (lediglich) gewichtige Indizien für das Vorliegen eines prozessualen Revisionsgrundes, sind innert angemessener Frist zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, um dies bezüglich hinreichende Sicherheit zu erhalten. In solchen Fällen beginnt die relative 90-tägige Revisionsfrist erst zu laufen, wenn die Unterlagen die Prüfung der Erheblichkeit des geltend gemachten Revisionsgrundes erlauben oder, bei Säumnis, im Zeitpunkt, in welchem der Versicherungsträger den unvollständigen Sachverhalt zumutbarerweise hätte hinreichend ergänzen können (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 2.3.1 mit Hinweisen). 7.2

Ein Observationsbericht bildet für sich allein keine sichere Grundlage für Sachverhaltsfeststellungen betreffend den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person. Er kann diesbezüglich höchstens Anhaltspunkte liefern oder Anlass zu Vermutungen geben. Sichere Kenntnis des Sachverhalts vermitteln kann in dieser Hinsicht erst die ärztliche Beurteilung des Observationsmaterials. Die relative 90-tägige Revisionsfrist beginnt somit grundsätzlich erst zu laufen, wenn diese ärztliche Beurteilung vorliegt. Die Verwaltung hat die erforderlichen medizinischen Abklärungen mit dem erforderlichen und zumutbaren Einsatz zügig voranzutreiben. Tut sie dies nicht, darf sich ihre

Säumnis nicht zu ihren Gunsten und zuungunsten der versicherten Person auswirken. In einem solchen Fall ist der Beginn der relativen 90-tägigen Frist vielmehr auf den Zeitpunkt festzusetzen zu welchem die Verwaltung den Sachverhalt zumutbarerweise hätte ergänzen können (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 9C_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 2.3.2 mit Hinweisen). 7.3

Der Bericht zur Observation im Jahr 2009, welcher gewichtige Indizien für eine prozessuale Revision lieferte, wurde der Beschwerdegegnerin am 27. März 2009 erstattet (Urk. 6/124). Erst am 17. Mai 2011 unterbreitete sie die Observations ergebnisse

ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme (Urk. 6/127/3-4 und 6/162/3-4). Dieser hielt am 16. Juni 2012 fest, man solle zuerst eine Revision einleiten, erst danach würden die gestellten Fragen geprüft (Urk. 6/127/4 und 6/162/5). Am 26. November 2012 erfolgte eine nochmalige Anfrage beim RAD (Urk. 6/127/4-5 und 6/162/5), der am 17. Januar 2013 eine erneute Verhaltensbeobachtung und anschliessend eine medizinische Begutachtung empfahl (Urk. 6/127/5 und 6/162/6).

Angesichts des geschilderten zeitlichen Ablaufs kann von einem zügigen Vortreiben der erforderlichen medizinischen Abklärungen nicht die Rede sein. Insbesondere ist nicht ersichtlich, weshalb nach Abschluss der Observation Ende März 2009 bis zur ersten inhaltlichen Stellungnahme des RAD rund vier Jahre verstrichen. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass die Beschwerdegegnerin nach der zweiten Observationsphase vom 27. August bis zum 8. November 2013 den ihr zumutbaren Einsatz an den Tag gelegt hat, indem sie

bereits am 3. Januar 2014

die Observationsergebnisse dem RAD zur Stellungnahme unterbreitete (Urk. 6/127/6), der am 13. Januar 2014 die Einholung eines polydisziplinären Gutachten empfahl (Urk. 6/127/6-7), das am 12. Februar 2015 erstattet wurde (Urk. 6/153), worauf die Beschwerdegegnerin ihren Vorbescheid vom 8. Mai 2015 erliess (Urk. 6/155).

Was die Observation 2009 anbelangt, ergibt sich aus der geschilderten Chronologie ohne Weiteres, dass die 90-tägige Revisionsfrist mit dem Vorbescheid vom 8. Mai 2015 nicht eingehalten wurde. Im Zusammenhang mit

der Observation 2013 ging die Beschwerdegegnerin zwar

zweckmässig und zügig vor. Diesbezüglich ist jedoch zu berücksichtigen, dass die zweite Observationsphase lediglich den bei der ersten Observation gewonnenen Eindruck bestätigte, aber keine neuen Erkenntnisse brachte (vgl. Urk. 6/122 und 6/124).

Es lag somit weder eine neue Tatsache noch ein neues Beweismittel vor, wodurch eine (weitere) 90-tägige Frist ausgelöst hätte werden können. Eine prozessuale Revision fällt somit bereits aus formellen Gründen (Verwirkung der Frist) ausser Betracht, so dass die weiteren Voraussetzungen nicht zu prüfen sind.

8.

8.1

Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen zurück kommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher

Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG).

Die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. Zweifellose Unrichtigkeit meint dabei, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also einzig dieser Schluss denkbar ist. Das Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung unvertretbar war, weil sie aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgte oder weil massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 138 V 324 E. 3.3). Ob dies zutrifft, beurteilt sich nach der bei Erlass der Verfügung bestehenden Sach- und Rechtslage, einschliesslich der damaligen Rechtspraxis (BGE 140 V 77

E. 3.1; vgl. BGE 138 V 147 E. 2.1). Eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) mit der Folge, dass die Leistungszusprechung auf einer offenkundig unvollständigen oder widersprüchlichen Aktenlage erfolgte, bei Renten etwa die Invaliditätsbemessung auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung beruhte, kann ein Wiedererwägungsgrund im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG sein (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 9C_546/2015 vom 24. März 2016 E. 2.2.1 und 8C_347/2015 vom 20. August 2015 E. 2.1). 8.2

Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung bzw. Hilflosenentschädigungsverfügung

zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/ bb ; Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, 9C_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2 und 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 je mit Hinweisen). Ein wiedererwägungsweges Rückkommen auf eine

zweifellos unrichtige Verfügung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG ist auch mehr als zehn Jahre nach deren Erlass zulässig (BGE 140 V 514). 8.3

8.3.1

Als Dr. Z.____ sein psychiatrisches Gutachten vom 21. Mai 2007 erstellte, präsentierte sich die psychiatrisch-psychotherapeutische Aktenlage wie folgt: 8.3.2

Dr. med. K.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welche den Versicherten seit Februar 2005 behandelte (vgl. Urk. 6/26/2), diagnostizierte gemäss ihrem Bericht vom 26. April 2005 eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3), weswegen in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Eine psychiatrische Behandlung sei notwendig und erst im Verlauf werde es möglich sein, verbindliche Antworten zur Dauerhaftigkeit der Erkrankung zu geben

(Urk. 6/37/24).

Am 15. Februar 2006 hielt Dr. K.____ fest, es sei keine Verbesserung eingetreten. Es bestünden eine Arbeitsunfähigkeit und eine Hilflosbedürftigkeit bei den alltäglichen Lebensverrichtungen (Urk. 6/42/4). 8.3.3

Der zuständige Oberarzt der D.____, Dr. med. L.____, nannte in seinem Bericht vom 28. Juli 2006 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) als Diagnose. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen und der gemachten Beobachtungen sei der Verdacht auf ein Rentenbegehren nicht auszuschliessen. Der Versicherte verweigere die installierte Arbeitstherapie und zeige eine geringe Motivation. Auch an der gemeinsamen Untersuchung habe er nicht teilgenommen. Es liessen sich somit keine definitiven Aussagen zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder in einer angepassten Tätigkeit machen (Urk. 6/43/4). 8.3.4

Der den Versicherten seit dem 31. August 2006 behandelnde Psychiater Dr. Y.____ diagnostizierte gemäss seinem Bericht vom 7. September 2006 eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen.

Der Versicherte sei schwer depressiv, er könne nur in Begleitung seiner Ehefrau kommen. Er sitze während des Gesprächs mit seiner Ehefrau stumm da, sage kein Wort, höre aber offensichtlich zu, seine Augen füllten sich mit Tränen. Am Ende des zweistündigen Gesprächs komme der Versicherte noch einmal zurück und wolle etwas sagen, ohne dass seine Frau es höre. Er

verfühle einen Knoten im Magen, könne aber vorläufig nicht mehr sagen (Urk. 6/47/1).

Das Hervortreten psychotischer Symptome sei schwer fassbar, da sich der Versicherte nicht äussere. Wahrscheinlich höre er Stimmen oder er fühle sich vom Verhalten anderer Personen verletzt. Der fast vollständige Mutismus stelle ein enormes Hindernis für die Psychotherapie dar (Urk. 6/47/1). Die Kooperationsbereitschaft fehle verbal beinahe gänzlich, vermutlich aus psychotischen Gründen. Mittelbar nehme der Versicherte Anteil und reagiere affektiv mit Tränen (Urk. 6/47/3).

Ein unberechenbares Verhalten und Affektausbrüche seien denkbar, aber nicht voraussehbar (Urk. 6/47/1). Dem Versicherten fehle die handwerkliche Konzentration und die Kontaktfähigkeit zu Kunden und Kollegen (Urk. 6/47/2).

Am 12. Dezember 2006 stellte Dr. Y.____ eine gleichlautende Diagnose. Zu den erhobenen Befunden führte er aus, der Versicherte lebe zuhause. Dessen Ehefrau arbeite in einem Kiosk und bestreite den ganzen Lebensunterhalt. Der Versicherte sei auch in der Familie wie fremd und kommunikationslos, er spreche kaum ein Wort. Er sei latent aggressiv, äusserlich ruhig, stumpf und ausdruckslos. Auch in der Stunde lasse er seine Ehefrau reden und bestätige durch ein Ja. Er spreche aus, dass sein Leben keinen Sinn mehr habe und er lieber sterben würde. Er sei misstrauisch, latent paranoid in Bezug auf eine Vergiftung durch Medikamente und eine angebliche Bedrohung durch einen Mitpatienten in der D.____. Bisher gebe es keinen Fortschritt. Ganz selten sage der Versicherte ein paar Worte mehr. Er sei düster brütend und auch für seine Ehefrau nicht mehr fassbar, unheimlich. Die Ehefrau sei sich der Gefahr eines Aggressionsausbruchs bewusst, möchte den Versicherten aber trotzdem in der Familie tragen, da er nicht in die Klinik zurück gehen wolle (Urk. 6/50/2). Der vollständige soziale Rückzug und die Kommunikationsverweigerung selbst in der eigenen Familie seien das schwerste Hindernis für eine Arbeit. Der Zustand mute in seiner lähmenden Schwere, die selbst die Ehefrau und die Kinder hilflos mache, nicht wie eine Begehrensneurose an (Urk. 6/50/3). 8.4

Am 1. Februar 2007 nahm der RAD zur angeführten Aktenlage Stellung (Urk. 6/60/2-3). Er erkannte zutreffend, aus den vorhandenen Unterlagen sei ein Aufenthalt in der D.____

ersichtlich . Dort sei seinerzeit ein Rentenbegehren nicht ausgeschlossen worden. Dies zeige eine gewisse Diskrepanz zu den Angaben Dr. Y.____ s , der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei deshalb ein psychiatrisches Gutachten erforderlich (Urk . 6/60/2).

Obwohl sie der Grund für

die in Auftrag gegebene psychiatrische Begutachtung gewesen war, äusserte sich Dr. Z.____ in seinem Gutachten vom 2 1. Mai 2007

nicht ansatzweise zur

im Raum stehenden Problematik (vgl. Urk. 6/ 57). Der Bericht von Dr. L.____ von der D.____ 2 8. Juli 2006 war im Gutachten von Dr. Z.____ weder unter den relevanten ärztlichen Vorakten auf geführt (Urk. 6/57/1-2)

noch fand eine inhaltliche Auseinandersetzung damit statt (vgl. Urk. 6/57). Ebenso unterblieb der gebotene

Bezug von ärztlichen Unterlagen über den stationären Aufenthalt in der D.____ .

Entsprechende Dokumente , in welchen eine Hospitalisation vom 2 6. Mai bis zum 1 2. Juli 2006 beschrieben wurde, wurden erst viel später, am 1 8. Juli 2014 (vgl. das Aktenverzeichnis) zu den Akten genommen (vgl. Urk. 6/138/1-6). Das Gutachten von Dr. Z.____ erweist sich somit in wesentlichen Punkten als unvollständig.

Es kommt hinzu, dass Dr. Z.____ zum Befund vermerkte, die kognitiven Funktionen wie Konzentrationsfähigkeit, Wahrnehmung und Auffassungsvermögen schienen klinisch geprüft fraglich vermindert (Urk. 6/57/5). Dennoch berücksichtigte er bei seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht nur Einbussen im affektiven Bereich, sondern auch solche im kognitiven Bereich (Urk. 6/57/6). Seine ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruht somit nicht nur auf einer mangelhaften Kenntnis der relevanten medizinischen Vorakten , sondern sie wurde auch nicht nachvollziehbar und schlüssig begründet. Dies muss umso mehr gelten, als sich die von Dr. Z.____

vertretene Ansicht , der Versicherte sei seit ca. 2004 arbeitsunfähig (Urk. 6/57/7) ,

nicht mit entsprechenden medizinischen Unterlagen untermauern lässt. Vor dem Jahr 2005 sind keine psychiatrisch-psychotherapeutischen Untersuchungen und dementsprechend auch keine echtzeitlichen Befunde aktenkundig . 8.5

Es war somit zweifellos unrichtig, dass sich die Beschwerdegegnerin mit dem unvollständigen und mit offensichtlichen Mängeln behafteten Gutachten von Dr. Z.____ begnügte, anstatt – in Nachachtung ihrer Untersuchungspflicht – weitere Abklärungen zu tätigen. Die Invaliditätsbemessung beruhte auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit. Ein Hilfsbedarf liess sich nicht anhand schlüssiger fachärztlicher Feststellungen nachvollziehen. Die Verfügungen vom 1 8. Oktober 2007 betreffend Rentenzusprache ab dem 1. Januar 2005 und vom 2 0. Februar 2009 betreffend Zuspreechung einer Hilflosenentschädigung wegen leichter Hilflosigkeit ab dem 1. September 2007, die in medizinischer Hinsicht auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.____ vom 2 1. Mai 2007 beruhen (vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 2. August 2007, Urk. 6/60, sowie Urk. 6/85/4, 6/90 und 6/91), sind somit zweifellos unrichtig im widererwägungsrechtlichen Sinne . Deren Berichtigung ist von erheblicher Bedeutung, da sie periodische Dauerleistungen betreffen. 9.

E. 25

ATSG verbleibt somit kein Raum. Dem entsprechend ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 10. 10.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen. 10.2

Gemäss § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Dem Ausgang des Beschwerdeverfahrens entsprechend hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung, wobei unter Berücksichtigung der erwähnten Kriterien ein Betrag von Fr. 1'400.-- (inklusive Barauslagen und 8 % Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 22. Februar 2016 insoweit abgeändert, als die Invalidenrente und die Hilflosenentschädigung erst per 1. April 2016 aufgehoben werden und auf die Anordnung einer Rückerstattung verzichtet wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer und der Beschwerdegegnerin

je zur Hälfte auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. iur. Roger Bollag - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 30

Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigGohl Zschokke

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