

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00112 vom 29. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00112

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00112 du 29 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00112 del 29 giugno 2018

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). Sie 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 zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

E. 1.3

Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. 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).

E. 1.5

Hinsichtlich der zeitlichen Wirkung einer Rentenaufhebung ist Folgendes zu berücksichtigen: Wenn invalidenversicherungsrechtliche Aspekte zur Diskussion stehen, gilt es grundsätzlich, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen. Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt in diesem Bereich daher in der Regel auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Rückwirkend wird die Rente nur herabgesetzt oder aufgehoben, wenn die unrichtige Ausrichtung einer Leistung darauf zu rückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder er der ihm gemäss Art. 77 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) zu mutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (Art. 85 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 88bis Abs. 2 IVV [in der bis zum 31. Dezember 2014 gültig gewesenen Fassung]; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, Rz. 17 zu Art. 25). Trifft dies zu, sind solcherart widerrechtlich bezogene Leistungen gemäss den Vorgaben von Art. 25 ATSG zurückzuerstatten (Urteile des Bundesgerichts 8C_191/2013 vom 16. August 2013 E. 4.3 und 9C_491/2012 vom 22. Mai 2013 E. 2.2).

E. 1.6

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. 1).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.8

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen 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 117 V 261 E. 3b). 2.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der renten aufhebenden Verfügung (Urk.

2) da von aus, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Bodenleger weiterhin nicht möglich sei. Gestützt auf das von ihr eingeholte Gutachten sei jedoch eine Verbesserung seines psychischen Gesundheitszustands und damit ein Revisionsgrund ausgewiesen und sei der Beschwerdeführer in angepassten Tätigkeiten wieder als uneingeschränkt arbeitsfähig zu erachten. Dies stehe auch im Einklang mit den in den Observationsberichten dokumentierten Alltagsaktivitäten (S. 2 oben, S. 3 oben). Vor dem Hintergrund der gutachterlich festgestellten, im Vordergrund stehenden hochgradigen Selbstlimitation sowie des mindestens teilweise bewusst ablaufenden Malingerings seien von einer erneuten Begutachtung keine relevanten Erkenntnisse in Bezug auf die Plausibilisierung allfälliger Einschränkungen zu erwarten. Die Beweislosigkeit für das Vorliegen eines allfälligen psychischen Gesundheitsschadens gehe zu Lasten des Beschwerdeführers (S. 2 unten, S. 3 oben). Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass spätestens ab dem Zeitpunkt der ersten Observation keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund eines psychischen Gesundheitsschadens mehr vorgelegen habe, womit von einer Verbesserung ab 1. August 2013 auszugehen sei. Da der Beschwerdeführer diese nicht gemeldet habe, sei er seiner zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen (S. 3 unten). Da der errechnete Invaliditätsgrad seit 1. August 2013 unter 40 % liege und der Beschwerdeführer der Meldepflicht nicht nachgekommen sei, sei die Invalidenrente rückwirkend aufzuheben (S. 2 Mitte).

Bezüglich Hilflosenentschädigung (Urk. 15/2)

erwog die Beschwerdegegnerin, aus medizinischer Sicht lägen keine Hinweise auf handicapierende Funktionseinschränkungen in der Konzentration, der Aufmerksamkeit und der Interaktion vor. Ebenso bestehe keine Pflegebedürftigkeit. Somit sei der Beschwerdeführer in sämtlichen alltäglichen Lebensverrichtungen selbständig und bedürfe keiner medizinisch pflegerischen Hilfe und keiner persönlichen Überwachung. Auch im lebenspraktischen Bereich bestehe keine Einschränkung (Urk. 15/2 S. 2 unten).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde betreffend den Rentenentscheid (Urk. 1)

demgegenüber zusammengefasst geltend, die von der Pensionskasse in Auftrag gegebene Observation sei nicht rechtmässig gewesen, weshalb das Datenmaterial und die

psychiatrischen Gutachten, die das Datenmaterial als Grundlage genommen hätten, aus den Akten zu entfernen seien. Es liege ein diagnostisches Problem vor, welches sich wie ein roter Faden durch die Akten ziehe. Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte psychiatrische (Teil-) Gutachten setze sich nicht seriös mit den Grundlagen für die Diagnostik der im Raum stehenden Störung in Abgrenzung zu einer allfälligen Aggravation auseinander. Gerade das vom Gutachter festgestellte bizarre Verhalten, aufgrund des sei sich der Gutachter ausser Stande gesehen habe, eine exakte psychiatrische Diagnose zu stellen, sei häufig und typisch für Diagnosen gemäss ICD-10 F2. Weil ein solches Verhalten eben Symptom der Krankheit sei, könne es seriöserweise nicht dazu „missbraucht“ werden, die Diagnose als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzuordnen. Der Gutachter habe seine Aufgabe in der Abgrenzung von Diagnosen, Symptomen und Aggravation verpasst und keine seriöse Längsschnittbeurteilung vorgenommen. Namentlich hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei das Gutachten zudem nicht gemäss den Qualitätsleitlinien erstellt worden (S. 5 ff. Ziff. 4). Aus dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten werde sodann kein Revisionsgrund im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustands ersichtlich. Es handle sich nur um eine andere Würdigung des gleichen Sachverhalts. Abgesehen davon habe er kurz vor Erlass der angefochtenen Verfügung erneut in der Z. ___ hospitalisiert werden müssen und es habe sich ein weiteres Mal gezeigt, dass sein Verhalten nicht auf Aggravation beruhe, sondern Ausdruck seiner unter die Schizophreniediagnose fallenden Erkrankung sei (S.

14 ff. Ziff.

5). Im Übrigen sei insbesondere das von der Beschwerdegegnerin eingeholte psychiatrische (Teil-) Gutachten – aus näher dargelegten Gründen – nicht beweismässig (S. 19 ff. Ziff. 7). Auch den (nicht verwertbaren) Observationsakten könne nicht entnommen werden, dass sich sein Gesundheitszustand verbessert hätte und noch viel weniger, dass es ihm bereits zum Zeitpunkt der ersten Observation deutlich besser gegangen sei. Vielmehr habe er immer wieder hospitalisiert werden müssen und werde er dauerhaft medikamentös behandelt. Die Annahme einer Meldepflichtverletzung sei absurd (S.

17 ff. Ziff.

6). Die Beschwerdegegnerin gehe zu Unrecht von Beweislosigkeit aus. Die Beweislast liege aber bei ihr und der Beweis sei gestützt auf das eingeholte Gutachten nicht erbracht (S.

23 f. Ziff.

8).

Bezüglich des die Hilfenotschädigung betreffenden Entscheides brachte der Beschwerdeführer zusammengefasst vor, die Beschwerdegegnerin verletze die Begründungspflicht, indem sie nicht zum Einwand Stellung genommen habe, wonach sich aus dem von ihr eingeholten Gutachten nichts zur Frage der Hilfslosigkeit ergebe. Das Abklärungsverfahren sei nicht wie im KSIH vorgesehen durchgeführt worden. Die vor Ort durchgeführte Abklärung habe verschiedene ausgewiesene Bereiche für die Hilfslosigkeit ergeben. Weshalb diese keine zu berücksichtigende Grundlage sein solle, sei weder aus den Akten noch aus der angefochtenen Verfügung ersichtlich. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht gemäss Untersuchungsgrundsatz verletzt, da sie mit den Observationsunterlagen und dem eingeholten Gutachten argumentiere, sich daraus aber keine

Abklärungen/Aussagen/Feststellungen zur Hilflosigkeit ergäben und den Gutachtern auch keine Fragen zur Hilflosigkeit gestellt worden seien. Im Übrigen sei das Gutachten keine beweismässige Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs (Urk.

15/1 S.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist zum einen, ob die revisionsweise Aufhebung der zugeprochenen Invalidenrente rechtmässig ist und wenn ja, ob diese rückwirkend per 1. August 2013 erfolgen durfte, und zum anderen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung hat. 3.

E. 3

Satz 1 IVG; Art. 38 der Verordnung über die Invalidenversicherung, 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.

E. 3.1

Der Verfügung vom 26. Januar 2011 mit der dem Beschwerdeführer eine ganze Rente zugesprochen wurde (Urk. 7/52), lagen im Wesentlichen folgende medizinische Berichte zu Grunde:

E. 3.2

Am 19. September 2007 (Urk.

7/25/2- 1

E. 3.3

Am 28. Juli 2008 berichtete Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 7/30), der Beschwerdeführer stehe seit Juni 2007 in seiner Behandlung (Ziff. 4.1). Dr. C.____ diagnostizierte eine seit etwa dem Frühjahr 2007 bestehende schwere depressive Entwicklung und Angstsymptomatik sowie eine seit längerem bestehende Schmerzausweitung mit diversen körperlichen Beschwerden (Ziff. 2.1). Als Differenzialdiagnose (DD) nannte er eine psychotische Dekompensation (Urk. 7/30/8 oben). Dr. C.____ attestierte dem Beschwerdeführer seit Frühsommer 2007 sowohl im angestammten Beruf als auch für behinderungsangepasste Tätigkeiten eine 100%ige oder allenfalls eine ganz knapp darunterliegende Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/30/9 unten).

E. 3.4

Am 15. Juli 2010 erstattete Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/38). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er

eine depressive Entwicklung, gegenwärtig schwergradig ausgeprägt, mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.2). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41 (S. 11 unten). Dr. D.____ führte aus, psychopathologisch habe sich (unter anderem) ein ausgeprägtes depressiv-gehemmtes Zustandsbild gezeigt. Die Grundstimmung sei gedrückt-depressiv, gehemmt, freudlos, zum Teil leicht dysphorisch

und die affektive Modulationsfähigkeit deutlich vermindert gewesen, ohne jegliche Aufhellung im Verlauf des Gesprächs. Die Aufmerksamkeit habe während des Gesprächs nicht durchgehend aufrechterhalten werden können, habe deutlich fluktuiert mit phasenweisem Abdriften von mehreren Sekunden. Es seien psychotische Symptome in Form von Stimmenhören sowie Hinweise auf ein pseudodementielles Syndrom («weiss net») eruierbar gewesen (S. 13 Mitte). Es habe sich ein konsistentes Bild depressiver Hemmung gezeigt. Auf den Fremdbeurteilungsskalen (Hamilton, MADRS) habe sich psychometrisch ein schwergradig depressives Syndrom abgebildet. Der Verlauf der Störung sei gesamthaft durch eine weitgehende Fixierung der Beschwerden im Sinne einer Chronifizierung der depressiven Symptomatik gekennzeichnet (S. 13 unten). Die depressive Störung und die Schmerzstörung stünden in ungünstiger Wechselwirkung. Gegenwärtig stehe auf syndromaler Ebene eindeutig das depressive Syndrom im Vordergrund (S. 14 oben). Hinweise für eine willentliche Herbeiführung oder massive Verdeutlichung psychischer oder körperlicher Störungen im Sinne einer Aggravation oder Simulation hätten sich nicht gezeigt (S. 14 unten). Aufgrund des schwergradig depressiven Zustandsbildes liege – unter Ausschluss von invaliditätsfremden Faktoren – eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit vor, dies seit Juli 2008 (S. 15 f., S. 16 unten). Das Störungsbild erscheine trotz adäquater Behandlung bereits deutlich chronifiziert (S. 17 oben).

E. 3.5

In seiner Stellungnahme vom 27. August 2010 verneinte der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin eine verwertbare Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft seit Juli 2008 (Urk. 7/40 S. 4 oben). 4.

E. 4

ff.).

E. 4.1

Der rentenaufhebende n Verfügung vom 23. Dezember 2016 (Urk.

2) lagen im Wesentlichen folgende medizinische Berichte zu Grunde:

E. 4.2

Am 10. April 2014 erstattete Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Pensionskasse des Beschwerdeführers (Urk.

7/82). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Gutachterin eine nicht näher bezeichnete schizoaffektive Störung, ICD-10 F25.8 (S. 13 oben). Sie führte aus, die diagnostische Einschätzung des psychischen Leidens des Beschwerdeführers sei nicht ohne weiteres möglich und werfe etliche Fragen auf. Die anamnestischen Angaben und die medizinisch-psychiatrischen Akten legten eine Erkrankung aus dem schizoaffektiven Formenkreis nahe (S. 13 oben). In der Untersuchung habe ein vielgestaltiges Beschwerdebild gefunden werden können. Einerseits mache der Beschwerdeführer kognitive Einbussen geltend, vor allem Gedächtnisprobleme, andererseits gebe er ein lebhaftes halluzinatorisches Geschehen an sowie eine leichte depressive Stimmungslage (S. 14 unten, S. 15 oben). Am auffälligsten sei das initiale Auftreten des Beschwerdeführers gewesen. Er habe sich von der Ehefrau ins Sprechzimmer führen und stützen lassen, wie jemand, der gehbehindert sei. Dann habe er – ohne Anwesenheit der Ehefrau – zu Beginn der ersten Untersuchung während einigen Minuten

ein bizarres Grimassieren und Hin-und-her-Bewegen der Augen, Schmatzen und Lecken mit der Zunge sowie Nesteln und Ringen mit den Händen gezeigt. Darauf angesprochen sei er sofort in der Lage gewesen, das Verhalten einzustellen und normal am Gespräch teilzunehmen. Im weiteren Verlauf der Untersuchung und in der zweiten Untersuchung sei der Beschwerdeführer problemlos zum Gehen fähig gewesen, habe bei Bedarf (für die Testpsychologie) den Stuhl und für die Blutentnahme in flüssigem Gang den Raum wechseln können. Das Entkleiden des Jacketts und Hochkrempeln des Ärmels für die Blutentnahme habe er problemlos bewältigt. Es sei nie mehr zu einem Grimassieren und Händeringen oder Nesteln und Verdrehen der Augen gekommen. Erst beim Verlassen des Sprechzimmers, im Wartezimmer, jeweils im Beisein der Ehefrau, sei er wieder scheinbar ganz und gar hilfsbedürftig gewesen und habe sich ankleiden lassen müssen (Jacke). Es sei der Eindruck des Theatralischen entstanden (S. 15 Mitte). Die stark zur Schau gestellten Beeinträchtigungen erschwerten die Feststellung effektiver Krankheitssymptome und geböten, hauptsächlich auf die objektivierbaren Befunde nach AMDP abzustützen. Stimmungsmässig sei eine leichte depressive Stimmung objektivierbar gewesen, inhaltlich bezogen auf eine unbefriedigende finanzielle Situation und mangelnde Beschäftigung und Perspektive. Das Resultat der Hamilton Depression-Skala bestätige diese Einstufung (S. 15 unten). Halluzinationen, wie sie der Beschwerdeführer angebe, könnten untersucherseits nie abschliessend objektiviert werden (S. 16 oben). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte defizitäre Gedächtnisleistung sei derart inkonsistent gewesen, dass keine klare Prüfung möglich gewesen sei. Das testpsychologische Ergebnis habe auf ein Übertreiben oder Vortäuschen kognitiver Einbussen hingewiesen. Kognitive Einbussen seien nicht schlüssig objektivierbar gewesen. Auch das Resultat der Symptomvalidierung habe Hinweise auf eine Übertreibung von Beschwerden und Symptomen ergeben. Das Vortäuschen von Symptomen könne weder bestätigt noch ausgeschlossen werden (S. 16 Mitte). Insgesamt sei die diagnostische Einschätzung nicht zweifelsfrei und zwanglos nach ICD-10 vorzunehmen. Die geltend gemachten Beschwerden und festgestellten subjektiven und objektiven Symptome seien am ehesten einer nicht näher bezeichneten bipolaren affektiven Psychose zuzuordnen (S. 16 unten).

Der reproduzierbare Wechsel im Funktionsniveau des Beschwerdeführers gebe Hinweise auf eine gewisse Steuerbarkeit im Verhalten. Überall, wo der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau erscheine, entstehe das Bild eines (pseudodementen, hilflosen Mannes. Ohne Beisein der Ehefrau zeige er ein durchaus ordentliches Funktionsniveau. Des Weiteren bemerkenswert seien die Divergenzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau, was den Alltag betreffe. Gemäss Ehefrau sei der Beschwerdeführer ein fluchtgefährdeter, völlig hilfloser Mann, der nie allein gelassen werden könne. Gemäss Beschwerdeführer sei er ein unzufriedener und unglücklicher Rentner, der wenig mit sich und seiner Zeit anzufangen wisse, der aber durchaus zum Coiffeur gehe, Kleider kaufe und über seine knappen Finanzen Bescheid wisse. Es sei nicht möglich, hier eine objektive Wahrheitsfindung durchzuführen. Es stünden sich zwei unterschiedliche Darstellungen gegenüber, die der Beschwerdeführer beim Versuch der Klärung lapidar mit «weiss nicht» quittiere (S. 16 f.).

Belege für eine schwere depressive Episode, die das Vorliegen von psychotischen oder halluzinatorischen Symptomen erklären könnten, liessen sich nicht finden. Anamnestisch seien die Belege für Phasen schwerer Depressivität, wie sie im Gutachten Dr. D.____ beschrieben werde, dürftig und fraglich, vor allem vor dem Hintergrund der Untersuchung

im Beisein der Ehefrau (S. 18 oben).

Zusammenfassend seien aus psychiatrischer Sicht gewisse Kriterien für eine schizoaffektive Störung vorzufinden, namentlich die Angabe von halluzinatorischem Erleben bei gleichzeitiger leichter affektiver Beeinträchtigung (leichte depressive Symptomatik). Diese führten zur diagnostischen Annahme einer nicht näher bezeichneten bipolaren affektiven Störung (ICD-10 F25.8; vgl. S. 13 oben). Damit seien aber weder die subjektiven Gedächtnisprobleme, noch die Verhaltensauffälligkeiten, noch das Grimassieren noch die angebliche Hilflosigkeit erklärt. Der Verdacht auf eine das Zustandsbild prägende Selbstlimitation bleibe im Raum und könne durch objektive Befunde nicht entkräftet werden (S. 18 unten). Die zahlreichen Hinweise auf Selbstlimitation und die Diskrepanzen in den Angaben erschwerten die Einschätzung des Leidens, insbesondere des Schweregrads, erheblich, indem effektiv vorhandene Symptome möglicherweise maskiert würden (S. 19 oben).

Aufgrund der diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung sei eine medizinisch-psychiatrisch begründete Teilarbeitsunfähigkeit anzunehmen. Bei einem Gesamtbild mit starker Selbstlimitation sei das Mass der objektiven Beeinträchtigung nicht sicher festzustellen. Ein Tätigkeitsprofil könne nicht skizziert werden beziehungsweise erst nach erfolgter Behandlung (S. 19 unten), wobei die bisherige Behandlung – in näher dargelegter Weise (S. 20 f.) - zu diskutieren sei.

E. 4.3

Am 10. Juni 2014 (Urk.

7/83) nahm Dr. E.____ Stellung zum ihr von der Pensionskasse vorgelegten Videomaterial der in der Zeit vom 18. Juli bis 26. Oktober 2013 und vom 27. Februar bis 3. März 2014 durchgeführten Observation des Beschwerdeführers (vgl. Observationsunterlagen, Urk. 7/109/1-28, Urk. 8/1-3).

Zusammenfassend hielt sie fest, die vorgelegten Video-Beobachtungen sprächen gegen das vom Beschwerdeführer geltend gemachte, dauernd vorhandene schwere psychische Leiden mit Beeinträchtigung des Gefühlslebens, der Kognition, Stimmenhören und sozialem Rückzug. Die bereits in der Untersuchung aufgefallenen Diskrepanzen zwischen den geltend gemachten Beeinträchtigungen und den objektivierbaren Befunden erhärteten sich. Der Eindruck, dass der Beschwerdeführer in der ärztlichen Untersuchung bewusstseinsnah den Eindruck des Leidenden vermitteln wolle, sei nicht von der Hand zu weisen (S. 5).

E. 4.4

In seinem Bericht vom 28. Juli 2014 (Urk. 7/89) führte Dr. C.____ (vorstehend E. 3.3) aus, die ganze Befundung leide am schlechten Kontakt und der eingeschränkten Mitteilungsfähigkeit des Beschwerdeführers (S.

5 oben). Der Verlauf und die klinische Akzentuierung liessen heute aber eher eine psychotische Dekompensation annehmen als eine schwere depressive Episode. Aufgrund der Begleitsymptomatik könne inzwischen eine chronische Mischpsychose angenommen werden (S. 5 f.) . Die Prognose sei ungünstig.

Mit einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu rechnen (S. 6 oben). Das Observationsmaterial sei

äusserst dürftig und nicht beweiskräftig. Es sei insbesondere auch nicht absonderlich, dass bei psychischen Leiden Schwankungen in der Befindlichkeit aufträten (S. 6 unten). Dass der Beschwerdeführer alleine deutlich autonomer reagiere als im Beisein der Ehefrau sei trivial. Sich auf die Hilfe eines Stärkeren zu stützen, sei ein normalpsychologisches Phänomen (S. 7 oben).

E. 4.5

Am 18. September 2014 berichteten die Ärzte der Z.____ über eine erste stationäre Behandlung des Beschwerdeführers im Zentrum für Akute Psychiatrische Erkrankungen vom 29. Juli bis 5. September 2014 (Urk. 7/140/16-20). Als Diagnosen nannten sie eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) sowie einen Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0). Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei auf Anraten der ihn begleitenden Ehefrau und Dr. C.____s wegen eines psychotischen Zustandsbildes und Suizidalität vor dem Hintergrund des Verdachts auf eine paranoide Schizophrenie in die Z.____ eingetreten (S. 1 unten). Im stationären Umfeld sei er nach wenigen Tagen klar von einer Suizidalität distanziert gewesen. Die für ihn sehr belastende psychotische Symptomatik mit akustischen und visuellen Halluzinationen habe mittels neuroleptischer Medikation gut eingestellt werden können (S. 3 Mitte). Für die Abgrenzung der an ein dementielles Geschehen erinnernden Symptomatik sei eine neuropsychologische Testung durchgeführt worden (vgl. hierzu Urk. 7/140/22-25). Diese habe mit grosser Wahrscheinlichkeit Hinweise auf eine Aggravation der Einschränkungen in der Konzentration und der Merkfähigkeit sowie dem Verständnis der Aufgaben ergeben (S. 3 unten).

E. 4.6

Am 8.

Oktober 2014 (Urk.

7/99) berichtete Dr. C.____, der Zustand des Beschwerdeführers sei tendenziell noch schlechter als vor dem

(ersten) Eintritt in die Z.____. Unklar bleibe, wieviel Verweigerung oder Aggravation in diesem Zustand verborgen sei. Movers dahinter sei jedenfalls eindeutige Angst. Die Lage wirke unberechenbar gefährlich und die Ehefrau sei mit der Betreuung völlig überfordert sowie zunehmend verängstigt. Es bestehe unverändert eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Mitte).

E. 4.7

Am 27. Oktober 2014 berichteten die Ärzte der

Z.____

über eine zweite stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 19. September bis 17. Oktober 2014 (Urk. 7/140/11-15). Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei kurz nach der letzten Entlassung aufgrund einer Exazerbation der psychotischen Symptomatik mit Stimmenhören und soweit unklarer parasuizidaler Handlung - nach Angaben seiner Ehefrau sei er vom Balkon im ersten Stock gestiegen und direkt auf den nahegelegenen Fluss zumarschiert (vgl. S. 1 unten) - erneut durch Dr. C.____ zugewiesen worden (S. 2 unten).

Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte der Z. ___ in ihrem Bericht vom 15. Dezember 2014 (Urk. 7/106) eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen seit mindestens anfangs 2014 und einen Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (S. 2 oben). Sie führten aus, beim Beschwerdeführer bestünden krankheitsbedingte Einschränkungen durch die depressive Erkrankung und die psychotische Symptomatik. Es fehle ihm die Möglichkeit, sich zu konzentrieren und sich zu orientieren. Er sei affektiv schwankend und seine Leistungsfähigkeit massiv herabgesetzt (S. 4 unten). Möglicherweise bessere sich die Leistungsfähigkeit mittel- bis langfristig nach Etablierung einer festen Tagesstruktur für einen begrenzten Einsatz im geschützten Arbeitsmarkt (S. 5 unten).

Im ersten Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführer aufgrund der teils schwer depressiven/psychotischen Symptomatik auch auf längere Sicht nicht arbeitsfähig (S. 1 unten).

E. 4.8

In ihrem Bericht vom 4. April 2015

über eine dritte stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 27. Februar bis 4. April 2015 (Urk. 7/122) diagnostizierten die Ärzte der

Z. ___

eine paranoide Schizophrenie, ICD-10 F20.0 (S. 1 Mitte). Sie führten aus, die Zuweisung sei durch Dr. C. ___ erfolgt bei Selbstgefährdung aufgrund von exazerbiertem Stimmenhören und damit in Zusammenhang stehenden diffusen Ängsten (S. 1 unten). Unter der eingeleiteten Medikation mit Clozapin (vgl. S. 3 unten) sei insgesamt eine deutliche subjektive und objektive Zustandsverbesserung mit Rückgang der Positiv- und Negativsymptomatik zu verzeichnen gewesen (S. 4 oben).

E. 4.9

Am 28. Oktober 2015 erstattete Dr. med. F. ___, Facharzt für Innere Medizin sowie für Rheumatologie, sein Fachgutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk.

7/147/1-62). Er stützte sich auf die ihm überlassenen und weitere Akten samt Observationsunterlagen sowie die fremdanamnestischen Angaben der Ehefrau (S. 6 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 39 ff.) und die von ihm am 14. Oktober 2015 (S. 1 unten) erhobenen Befunde (S. 43 ff.). Dr. F. ___ nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 50 oben): - unspezifische Rückenschmerzen bei leichter Fehlstellung und Fehlform der Wirbelsäule - Haltungsinsuffizienz - Osteochondrose L5/S1 - Diskushernie L4/5 und L5/S1 rechts (MRI 2007 und 2008)

Sodann nannte er folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 50 Mitte): - unklares chronifiziertes Beschwerdebild mit/bei - Schmerzen und Schwäche im Bereich der Extremitäten rechts - Kopfschmerzen - multiplen unspezifischen Beschwerden - fehlendem organischem Korrelat - Adipositas Grad I - Nikotinabusus

Dr. F. ___ führte aus, generell habe der Beschwerdeführer ein wechselndes und demonstratives Bewegungsverhalten mit multiplen Selbstlimitierungen gezeigt (S. 57 unten). Es hätten Diskrepanzen bestanden zwischen den angegebenen Beschwerden, den minimalen klinischen Befunden, die nicht einmal sicher pathologisch seien, und den angegebenen Limitierungen. Letztere hätten sich aufgrund der Akten, der Angaben des

Beschwerdeführers sowie der aktuellen Untersuchung nicht plausibilisieren lassen. Wie bereits 2007 könnte er aufgrund der heutigen Untersuchung keine Belastungsgrenzen plausibel definiert werden (S. 58). Medizinisch-theoretisch sei dem Beschwerdeführer aufgrund der objektivierbaren Degenerationen sowie den muskulären Defiziten die angestammte, körperlich schwere Tätigkeit als Bodenleger nicht mehr zumutbar. Eine angepasste, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen und ohne gehäufte Tätigkeiten in der Höhe sollten jedoch immer noch vollzeitig möglich sein (S. 59 oben, vgl. auch S. 51). Die Akten liessen seit 2008 keine wesentliche, objektiviervbare Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands erkennen (S. 60 oben).

E. 4.10

Am 2. November 2015 erstattete Prof. Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, sein Fachgutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk.

7/147/66-176), dies gestützt auf die ihm überlassenen Akten samt Observationsunterlagen (S. 7 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 81 ff.) und die von ihm am 26. Oktober 2015 (S. 1 unten) erhobenen Befunde (S. 90 ff.).

Prof. G.____ führte keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Als psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete schizoaffektive Störung (ICD-10 F25.9) sowie einen Verdacht auf psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, ICD-10 F54

(S. 107 oben).

Der Gutachter führte aus, aufgrund der durchgeführten Untersuchung, des vom Beschwerdeführer in der Untersuchung gezeigten Verhaltens, des Abgleichs mit den Observationsunterlagen und in Kenntnis der Vorakten könne er die Einschätzung durch Dr. E.____ teilen. Der Beschwerdeführer habe beim Untersuchen ein ähnlich bizarres Bild wie zu Beginn der Begutachtung durch Dr. E.____ gezeigt. Das vorgetragene Verhalten sei im Gesamten nicht vereinbar mit einer psychiatrischen Störung, wie sie im ICD-10 beziehungsweise DSM-V klassifiziert werde. Er stimme mit Dr. E.____ überein, dass aktuell keine schwere Depression mehr zu diagnostizieren sei. Die vorgetragene Gedächtnisstörungen seien in sich inkonsistent und entsprächen einer Pseudodemenz. Wie bei Dr. E.____ seien auch in der aktuellen Untersuchung keine Erststrangsymptome einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis fassbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe nicht über Stimmenhören oder andere produktive Symptome geklagt. Eine somatoforme Schmerzstörung sei in Übereinstimmung mit Dr. E.____ ebenfalls nicht zu diagnostizieren. Im Vordergrund gestanden habe wiederum eine hochgradige Selbstlimitation. Das Verhalten des Beschwerdeführers habe bizarr gewirkt und sei bisher in dieser Form ausschliesslich in gutachterlichen Situationen beschrieben worden (S. 99).

Im Vergleich zum rentenbegründenden Vorgutachten durch Dr. D.____

könne aktuell keine schwere depressive Episode mehr beschrieben werden und sei diesbezüglich eine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes zu konstatieren (S. 100 oben).

Wie bereits Dr. E.____ angemerkt habe, erschwere das bizarre Verhaltensmuster eine abschliessende psychiatrische Diagnostik und maskiere möglicherweise effektive

Krankheitssymptome. Objektiv fassbare handicapierende Fähigkeitsstörungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht mit absoluter Sicherheit festzustellen gewesen (S. 100 unten).

Die Aktenlage zur psychiatrischen Erkrankung des Beschwerdeführers sei höchst divergent (S. 102 Mitte). Eine affektiv-wahnhaftige Störung könne nicht ausgeschlossen werden. Warum diese in gutachterlichen Situationen nicht fassbar werde und sich hingegen dramatisch beim behandelnden Psychiater darstelle, bleibe unklar (S. 102 unten). Das bizarre Verhalten des Beschwerdeführers verunmögliche leider eine exakte psychiatrische Diagnosestellung. Es gelinge aber, allfällige schwere Krankheitsbilder wie eine schwere Depression auszuschliessen (S. 103 oben).

Affektiv depressive Symptome seien in der Untersuchung nicht fassbar gewesen (S. 103 Mitte). Gemäss Aktenlage könne eine gemischt affektiv-wahnhaftige Störung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen, aber auch nicht bestätigt werden. Im Abgleich mit den Observationsunterlagen, unter Berücksichtigung des Verhaltens des Beschwerdeführers in Begutachtungssituationen so wie multipler Inkonsistenzen seien berechnete Zweifel an einer psychiatrischen Erkrankung anzumelden. Die «Ausgestanztheit» des bizarren Verhaltens in Begutachtungssituationen lasse an eine zumindest teilweise bewusstseinsnahe Ausgestaltung (Malingering) denken (S. 103 unten). Ein sicher nachvollziehbarer psychischer Gesundheitsschaden könne nicht beschrieben, jedoch auch nicht ausgeschlossen werden (S. 104 Mitte).

E. 4.11

In der bidisziplinären Zusammenfassung vom 2. November 2015 (Urk. 7/147/63-65) nannten Prof. G.____ und Dr. F.____ die in ihren Fachgutachten (vorstehend E. 4.9-10) gestellten Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und attestierten dem Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer adaptierten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Zwangshaltungen und häufiges Hantieren über Schulterhöhe erachteten sie eine volle Einsetzbarkeit als gegeben (S. 3).

E. 4.12

In seiner Stellungnahme vom 26. November 2015 (Urk. 7/154/7-8) ging der RAD-Arzt gestützt auf das eingeholte bidisziplinäre Gutachten von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands aus, dies seit April 2014 (Gutachten Dr. E.____) oder sogar seit dem Zeitpunkt der Observation.

E. 4.13

Am 3. November 2016 berichteten die Ärzte der Z.____ über einen stationären Aufenthalt vom 22. September bis 20. Oktober 2016 (Urk. 3/3). Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei freiwillig, auf Zuweisung des ambulanten Psychiaters, vor dem Hintergrund einer Verschlechterung einer bekannten paranoiden Schizophrenie in die Klinik eingetreten (S. 1 unten). Das von der Ehefrau berichtete nächtliche Aufstehen und Nach-draussen-Drängen beziehungsweise Sich-aus-dem-Fenster-stürzen-Wollen habe während der gesamten Hospitalisation nie festgestellt werden können (S. 4 unten). Aufgrund der fraglichen psychotischen Symptomatik, welche unter anderem durch die Suggestibilität des Beschwerdeführers relativiert worden sei (beispielsweise habe man ihn fragen können, ob er manchmal auch einen Geist sehe, was er sogleich und dezidiert mit «ja» beantwortet

habe), und wegen des fehlenden Ansprechens auf sämtliche bislang verabreichten Neuroleptika sei von einer weiteren antipsychotischen Medikation abgesehen worden (S. 5 Mitte).

E. 4.14

Am 9. November 2016 berichteten die Ärzte der Z.____, Zentrum für Integrative Psychiatrie, über einen stationären Aufenthalt vom 20. Oktober bis 11. November 2016 (Urk. 3/4). Sie führten aus, die einzige antipsychotische Medikation sei in der Z.____, Zentrum für Akute Psychiatrische Erkrankungen, aus unbekanntem Grund gestoppt worden. Die antipsychotische Medikation sei etabliert worden. Es sei im Verlauf zu einer geringen Verbesserung der Symptomatik gekommen. Es hätten sich zu keinem Zeitpunkt Gefährdungsaspekte gezeigt.

E. 4.15

In seiner Stellungnahme vom 10. April 2017 merkte Dr. C.____ zum Gutachten von Prof. G.____ an (Urk. 11), er habe den Beschwerdeführer in wesentlichen Facetten nicht so leicht wiedererkannt. Er halte einige vom Gutachter festgestellte Befunde in sich nicht für konsistent. Die zusammenfassende Beurteilung zeige genau das, was für den psychiatrischen Gutachter oft das verleugnete Problem darstelle, er sehe aus einem weitgefächerten Spektrum einen äusserst begrenzten Ausschnitt und sollte daraus auch noch ein diagnostisches Bild formen (S. 3 f.). Aus Verlauf und klinischer Akzentuierung der Symptome liesse sich eine psychotische Dekompensation annehmen. Aufgrund der Begleitsymptomatik könne eine chronische Mischpsychose (ICD-10 F25.10) angenommen werden (S. 10 Mitte). 5.

E. 5

) berichteten die Ärzte des A.____ über die im Auftrag des Kranktagsgeldversicherers durchgeführte Abklärung des Versicherten, welche unter anderem eine Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sowie eine psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 7/25/16-21), beinhaltete. Die Ärzte nannten folgende Diagnosen (S. 1 unten): - lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom rechts bei/mit - im Computertomogramm (CT) nachgewiesener medio-lateraler rechtsseitiger Diskushernie L4/5 sowie - rechtsseitigem Prolaps L5/S1 - Spondylarthrose - leichtgradige bis mittel schwere depressive Anpassungsstörung bei chronischer Schmerzproblematik und medizinalfremden psychosozialen Kon textfaktoren .

Die Ärzte führten aus, das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einem ausgeprägten Schmerz- und Schonverhalten. Der Beschwerdeführer habe bei keinem der Tests an seine funktionelle körperliche Belastbarkeit herangeführt werden können und sich aufgrund von Schmerzen im Rücken und im rechten Bein selbst limitiert. Die Leistungsbereitschaft werde als nicht zuverlässig beurteilt. Die Konsistenz bei den Tests sei schlecht gewesen. Die demonstrierte Belastbarkeit sei nur minimal gewesen. Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen seien die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung nicht verwertbar (S. 3 oben). Aus somatischer Sicht sei medizinisch-theoretisch zumindest eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit

ganz tags möglich

(S.

4 Ziff.

E. 5.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung entbehren durch die IV-Stelle veranlasste Überwachungen einer genügenden gesetzlichen Grundlage (BGE 143 I 377 E. 4). Gleich verhält es sich wohl mit - wie vorliegend - durch einen anderen Versicherungsträger veranlasste, der IV-Stelle zur Verfügung gestellte Überwachungen. Deren Ergebnisse im Einzelfall sind indessen nicht von vorn herein unverwertbar. Für den Entscheid über die Verwertbarkeit des rechtswidrig erlangten Beweises ist hauptsächlich die Interessenabwägung zwischen privaten und öffentlichen Interessen massgebend (E. 5.1.1). Im Sozialversicherungsrecht herrscht ein absolutes Verwertungsverbot insoweit, als es sich um Beweismaterial handelt, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen worden ist (E. 5.1.3).

Vorliegend handelt es sich um (unbeeinflusste) Handlungen des Beschwerdeführers, die im öffentlichen Raum aufgenommen wurden. Die Überwachung fand während zwei Zyklen mit einer Dauer von einmal 2 Monaten und einmal einer Woche statt (vgl. Urk. 7/77). Sie war insgesamt auf 14

Tage begrenzt, wobei der Beschwerdeführer an 7 Tagen ausserhalb seines Wohnortes beobachtet werden konnte. Die einzelnen Überwachungsphasen dauerten zwischen einer Viertelstunde und

E. 5.2

In somatischer Hinsicht hat sich laut Gutachter Dr. F.____ (E. 4.9) unbestrittenmassen keine Veränderung des Gesundheitszustands ergeben, und es ist da von auszugehen, dass der Beschwerdeführer allein aus somatischen Gründen nur noch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist.

E. 5.3

Betreffend den psychischen Gesundheitsschaden stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das psychiatrische Gutachten von Prof. G.____ (E. 4.10). Dieses ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf der medizinischen Problematik entsprechenden allseitigen Untersuchungen und wurde in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und in Kenntnis der Aktenlage abgegeben. Schliesslich leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und ist nachvollziehbar begründet, indem insbesondere angesichts des bizarren Verhaltens des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung darauf hingewiesen wurde, dass eine exakte psychiatrische Diagnosestellung unmöglich sei. Was der Beschwerdeführer gegen das Gutachten vorbrachte (Urk. 1 S. 19 Ziff. 7), vermag es nicht zu entkräften.

E. 5.4

Es trifft keinesfalls zu, dass Prof. G.____ unbesehen eine gesundheitliche Einschränkung insgesamt verneinte. Viel mehr wies er darauf hin, dass das vom Beschwerdeführer vorgetragene Verhalten im Gesamten nicht vereinbar sei mit einer psychiatrischen Störung, wie sie im ICD-10 beziehungsweise DSM-V klassifiziert werde, und äusserte den Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete schizoaffektive Störung, ICD-10 F25.9, sowie auf psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, ICD-10 F54. Prof. G.____ legte differenziert dar, weshalb berechtigte Zweifel an einer psychiatrischen Erkrankung anzumelden seien, und wies auf eine erhebliche Diskrepanz

der beschriebenen psychopathologischen Bilder zwischen dem Behandler und in den Begutachtungssituationen bei Dr. F.____ und Dr. E.____ hin. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann dem Gutachter nicht angelastet werden, dass er auf Ungereimtheiten keine Erklärungen abgab, die sich aus seiner Sicht nicht erklären liessen, wies er doch auf seinen Erklärungsnotstand hin. Sein Unvermögen, das bizarre Verhalten des Beschwerdeführers zu durchschauen und diagnostisch einem Krankheitsbild zuzuordnen, gestand er offen ein und gab gleichzeitig seiner Befürchtung Ausdruck, dass hierdurch psychopathologische Symptome verborgen bleiben könnten, und schloss nicht aus, dass eine psychiatrische Erkrankung auf der Grundlage eines international anerkannten psychiatrischen Klassifikationsschemas vorliegen könnte.

E. 5.5

Das von Prof. G.____ beobachtete Verhalten des Beschwerdeführers deckt sich im Wesentlichen mit dem von Dr. E.____ beobachteten Verhalten (E. 4.2). Sie stellte ohne Kenntnis des Observationsmaterials fest, dass die stark zur Schau gestellten Beeinträchtigungen die Feststellung effektiver Krankheitssymptome erschwerten, und die diagnostische Einschätzung insgesamt nicht zweifelsfrei und zwanglos nach ICD-10 vorgenommen werden könne. Sie fand zahlreiche Hinweise auf Selbstlimitation und Diskrepanzen in den Angaben, was ihr die Einschätzung des Leidens, insbesondere des Schweregrads, erheblich erschwerte. Auch sie befürchtete, dass effektiv vorhandene Symptome möglicherweise maskiert würden.

E. 5.6

Insoweit der Beschwerdeführer monierte, Prof. G.____ habe keine fremd anamnestischen Abklärungen vorgenommen, insbesondere habe er keine Rücksprache mit dem behandelnden Dr. C.____ und den Ärzten der Z.____ genommen, ist ihm entgegenzuhalten, dass dem Gutachter sämtliche Berichte der behandelnden Ärzte bis auf diejenigen Berichte, die erst nach der Begutachtung erstattet wurden (E. 4.13-15), vorlagen und er dazu ausführlich Stellung nahm. Bezeichnenderweise vermochte auch Dr. C.____ (E. 4.15), der den Beschwerdeführer seit Jahren behandelt, das Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtungen nur in der Theorie zu erklären, und er minderte die psychiatrische Einschätzung durch Prof. G.____ in verallgemeinernder Weise als oberflächlich herab. Was die Berichte der Z.____ (E. 4.5, 4.7-8 und 4.13-14) angeht, kann diesen entnommen werden, dass zumindest während des ersten stationären Aufenthaltes (E. 4.5) Unsicherheiten in der Diagnostik aufgetreten waren, weshalb eine neuropsychologische Testung durchgeführt wurde. Diese ergab mit grosser Wahrscheinlichkeit Hinweise auf eine Aggravation der Einschränkungen in der Konzentration und der Merkfähigkeit sowie dem Verständnis der Aufgaben. Eine Auseinandersetzung mit diesen Ergebnissen fand im Bericht indessen nicht statt, jedoch stellten die Ärzte der Z.____ im Austrittsbericht vom 3. November 2016 (E. 4.13) fest, dass die fragliche psychotische Symptomatik unter anderem durch die Suggestibilität des Beschwerdeführers relativiert und von der Weiterführung der antipsychotischen Medikation abgesehen worden sei.

E. 5.7

Im Vergleich zum Gutachten von Dr. D.____ (E. 3.4), auf welches sich die Beschwerdegegnerin bei der erstmaligen Rentenzusprache stützte, liegt beim Beschwerdeführer spätestens seit der Begutachtung durch Prof. G.____ (Gutachten vom 2. November 2015) eine Veränderung des Gesundheitszustandes in dem Sinne vor, als

keine auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose mehr erhoben werden kann, und damit die Voraussetzungen eines psychischen Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG nicht mehr gegeben sind. Da ran ändert auch der Umstand nichts, dass Prof. G.____ einräumte, dass ein psychischer Gesundheitsschaden nicht sicher ausgeschlossen werden könne, trägt der Beschwerdeführer doch die Beweislast dafür, dass ein psychischer Gesundheitsschaden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist (BGE 117 V 261 E. 3b).

Nachdem der Beschwerdeführer diesen Umstand nicht gemeldet hatte, machte er sich einer Meldepflichtverletzung schuldig. 6.

E. 6

.1-2). Die psychiatrische Untersuchung ergab ein affektpathologisches Störungsbild mit höchstens leichtgradig objektivierbarem Krankheitswert im Sinne einer gemischten Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) als reaktive, Schmerz fokussierte stereotype Fehlverarbeitung bei persistierender Schmerzproblematik. Dr. B.____ ging medizinisch-theoretisch von einer Arbeitsunfähigkeit von höchstens 20 % (bis 30 %) aus (Urk. 7/25/20 f.). Aus interdisziplinärer Sicht attestierten die Ärzte des A.____ dem Beschwerdeführer für leistungsgerechte Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (Urk. 7/25 / 5).

E. 6.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Laut Arbeitgeberbericht der Y.____ AG vom 6. Februar 2008 (Urk. 7/21) hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2008 ohne Gesundheitsschaden ein Jahreseinkommen von Fr. 83'070.-- erzielen können (Ziff. 2.11). Unter Berücksichtigung der Entwicklung der Nominallohne der Männer von 2'092 Punkten im Jahr 2008 und 2'226 Punkten im Jahr 2015 (BFS, Entwicklung der Nominallohne, T 39) ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 88'391.-- im Jahr 2015.

E. 6.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlohne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten

Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Das durchschnittliche Einkommen für Männer im untersten Kompetenzniveau betrug im Jahr 2014 Fr.

5' 312.-- (LSE 2014 TA1_triage-skill-level Ziff. 05-96). Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (BSF, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) ergibt dies unter Berücksichtigung der Entwicklung der Nominallöhne der Männer von 2' 220 Punkten im Jahr 2014 und 2' 226 Punkten im Jahr 2015

(BFS, a.a.O.) ein hypothetisches Jahreseinkommen von Fr. 66'633.-- im Jahr 2015. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 88'391.-- resultiert eine Einkommensdifferenz von Fr. 21'758.-- beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 24.6 %. Daraus erwächst kein Rentenanspruch.

E. 6.3

Zusammenfassend sind die Rentenleistungen rückwirkend per 1. Dezember 2015 einzustellen. 7.

Laut dem betreffend Invalidenrente unbestritten gebliebenen (Teil-)Gutachten von Dr. F.____ leidet der Beschwerdeführer an unspezifischen Rückenschmerzen, einem unklaren chronifizierten Beschwerdebild mit Schmerzen und Schwäche im Bereich der Extremitäten rechts, Kopfschmerzen und multiplen unspezifischen Beschwerden bei fehlendem organischen Korrelat. Dr. F.____ stellte sich auf den Standpunkt, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen und ohne gehäufte Tätigkeiten in der Höhe zu 100 % zumutbar seien (E. 4.9).

Auch wenn sich Dr. F.____ nicht zu einer allfälligen Hilflosigkeit in den sechs alltäglichen Lebensverrichtungen äussert, ist aus seinem Bericht unschwer zu erkennen, dass der Beschwerdeführer in den körperlichen Funktionen nicht eingeschränkt ist. Was die Einschränkung der geistigen Funktionen betrifft, ist eine solche nicht ausgewiesen (vgl. vorstehende E. 5). Somit liegt beim Beschwerdeführer die Grundvoraussetzung für den Anspruch auf Hilflosenentschädigung, nämlich die Einschränkung der körperlichen und/oder geistigen Funktionen, nicht vor, weshalb die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren zu Recht abgewiesen hat. 8.

Nach dem Dargelegten sind die Beschwerden in dem Sinne teilweise gutzuheissen, dass der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente per 1. Dezember 2015 aufzuheben ist.

E. 9

1/4 Stunden (vgl. Urk. 8/3). Der Beschwerdeführer war somit weder einer systematischen noch 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 (vgl. dazu Urteil 8C_239/2008 des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2009 E. 6.4.1 Abs. 2 und dortige Hinweise) entgegen, ergibt sich, dass der

vorliegende Observationsbe richt (inklusive Fotodokumentation und Videoaufnahmen) in die Beweiswürdi gung miteinbezogen werden k an n.

Der Verwertbarkeit steht somit nichts entgegen. Unter diesen Umständen ist es auch nicht zu beanstanden, dass die Gutachter Dr. F. ___ und Prof. G. ___ die Observationsergebnisse – nebst zahlreichen weiteren Aspekten – in ihre Beurtei lung miteinfließen liessen.

E. 9.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Ver fahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr . 1'000 .-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfah rens sind dem Beschwerdeführer 3/4 und der Beschwerdegegnerin 1/4 der Kos ten aufzuerlegen.

E. 9.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozial versicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Be deutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeit aufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Der teilweise obsiegende vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine um $\frac{3}{4}$ reduzierte Parteientschädigung, die vorliegend beim praxisgemässen Stunden ansatz von Fr. 220.-- (zu züglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 600 .-- (inklusive Bar auslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzu erlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerden, wird die Verfügung der Beschwerdegeg nerin vom 23. Dezember 2016 dahingehend abgeändert, dass der Rentenanspruch rückwirkend per 1. Dezember 2015 aufgehoben wird. Im Übrigen werden die Be schwerden abgewiesen . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000 .-- werden dem Beschwerdeführer zu drei Vierteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 600 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes gesetzes 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, zuzu stellen.

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 Der Vorsitzende i.V. Die Gerichtsschreiberin BachofnerTiefenbacher

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