

BGer 9C 173/2015 vom 29. Juni 2015

Bundesgericht, 2015-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_173_2015

FR: TF 9C 173/2015 du 29 juin 2015

IT: TF 9C 173/2015 del 29 giugno 2015

Regeste

Invalidenversicherung (Invalidenrente; Wiedererwägung) | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Der Beschwerdeführer hat einen nach Erlass des angefochtenen Entscheids erstellten ärztlichen Bericht vom 5. März 2015 ins Recht gelegt. Dieses Dokument hat aufgrund des Verbots, im Beschwerdeverfahren echte Noven beizubringen (statt vieler Urteil 8C_721/2014 vom 27. April 2015 E. 2), sowie aufgrund der Bindung des Bundesgerichts an den vorinstanzlich festgestellten Sachverhalt (Art. 105 Abs. 1 BGG) mit Beschränkung der Prüfung in tatsächlicher Hinsicht auf die in Art. 97 Abs. 1 und Art. 105 Abs. 2 BGG festgelegten Beschwerdegründe unbeachtet zu bleiben (Urteil 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 1 mit Hinweis).

E. 2.1

Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Wiedererwägung; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Vorausgesetzt ist, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also nur dieser einzige Schluss denkbar ist. Dies trifft in der Regel zu, wenn eine Leistungszusprechung aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgte oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Soweit indessen ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der damaligen Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteil 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.1 mit Hinweisen, in: SVR 2014 IV Nr. 39 S. 137).

E. 2.2

Bei der Wiedererwägung einer formell rechtskräftigen Verfügung oder eines formell rechtskräftigen Einspracheentscheides gilt es, wenn spezifisch IV-rechtliche Aspekte zur Diskussion stehen, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (Art. 85 Abs. 2, Art. 88bis Abs. 1 lit. c IVV). Um die Frage nach dem zukünftigen Rentenanspruch prüfen zu können, muss die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung festgestellt sein. Ist dies der Fall und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung, was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft, sind die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro zu prüfen. Dabei ist wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung oder des Einspracheentscheides zu ermitteln (Urteile 8C_818/2012 vom

11. März 2013 E. 6.1, 9C_22/2012 vom 4. Mai 2012 E. 3.1 und 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

E. 3

Die Vorinstanz hat erwogen, die Zusprechung einer ganzen Rente vom 1. November 2005 bis 31. Dezember 2006 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % widerspreche den fachärztlichen Einschätzungen, wonach im Zeitraum bis Oktober 2006 in angepasster Tätigkeit von keiner Arbeitsunfähigkeit auszugehen gewesen sei, und müsse daher bereits in zeitlicher Hinsicht als aktenwidrig und damit als zweifellos unrichtig bezeichnet werden. Die Aufhebung der Verfügung vom 11. November 2008 unter dem Rückkommenstitel der Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG sei somit zu Recht erfolgt. Gemäss dem Gutachten des Begutachtungszentrums D. _____ vom 16. Mai 2013 bestehe in einfach strukturierten, eher repetitiven und körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Darauf könne indessen nicht unbesehen abgestellt werden. So beruhe die aus rheumatologischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % auf der diagnostizierten möglichen undifferenzierten Kollagenose. Da im Bereich des Sozialversicherungsrechts der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gelte, sei indessen eine nur möglicherweise vorliegende Diagnose nicht geeignet, eine Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu begründen. Weiter handle es sich bei der Schmerzfehlerwicklung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild. Ob die aus psychiatrischer Sicht mit 50 % bezifferte Arbeitsunfähigkeit im Rechtssinne invalidisierend sei, beurteile sich somit nach der mit BGE 130 V 352 begründeten Rechtsprechung. Diesbezüglich bestünden keinerlei Anzeichen dafür, dass die ebenfalls diagnostizierte depressive Störung mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.1) ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzgeschehen losgelöstes Leiden sei. Die Beschwerdegegnerin sei damit unter Berücksichtigung der Kriterien zur Überwindbarkeit der Schmerzstörung (vgl. BGE 139 V 547 E. 9.1 und E. 9.1.1 S. 565) zu Recht von der fachärztlichen Beurteilung abgewichen und habe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneint. Der Beschwerdeführer sei somit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2013 weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht arbeitsunfähig gewesen.

E. 4.1

Der Beschwerdeführer bestreitet nicht substantiiert, dass in Bezug auf die ganze Rente vom 1. November 2005 bis 31. Dezember 2006 die Wiedererwägungsvoraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit gegeben ist. Das gelte jedoch nicht hinsichtlich der mit derselben Verfügung vom 11. November 2008 zugesprochenen Dreiviertelsrente ab 1. Januar 2007. Das seinerzeit eingeholte Administrativgutachten vom 15. Juli 2008 sei ab Herbst 2006 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus rheumatologischer Sicht ausgegangen, welcher Einschätzung sich der regionale ärztliche Dienst in seiner Stellungnahme vom 25. Juli 2008 angeschlossen habe.

E. 4.1.1

Im Gutachten vom 15. Juli 2008 wurden folgende rheumatologische und psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Generalisiertes Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9), DD undifferenzierte Kollagenose; leichte depressive Episode (ICD-10 F32.01). Weiter wurde ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) diagnostiziert. In der rheumatologischen

Beurteilung wurde festgehalten, als Grunderkrankung müsse mit hoher Wahrscheinlichkeit ein systemischer Lupus erythematodes angenommen werden. Die Symptomatik und das Verhalten des Exploranden entsprächen jedoch nicht den bei einem solchen Krankheitsbild relativ häufigen typischen sekundären weichteilrheumatischen Beschwerden. Sämtliche Untersuchungen zum Nachweis eines sekundären Organbefalls seien bisher negativ ausgefallen. Der Versicherte zeige ein deutlich dysfunktionales maladaptives passives Schmerz- und Krankheitsbewältigungsverhalten mit Katastrophisierung, das nicht durch den Lupus erythematodes erklärt werden könne. Es bestehe eine deutliche Schmerzverarbeitungsstörung sowie begleitend auch eine psychische Problematik. Zusätzlich bestehe auch ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und ein zerviko-vertebrales bis zerviko-zephalales Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, allgemeiner muskulärer Dekonditionierung. In der klinischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise für eine zerviko- oder lumboradikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik gefunden.

E. 4.1.2

Diagnosen und Befunde im Gutachten vom 15. Juli 2008, dessen Beweiswert ausser Frage steht, zeigen, dass bei der Rentenzusprechung 2008 eine unter den Begriff pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne organische Grundlage (vgl. zur Definition: BGE 139 547 E. 9.4 S. 568) fallende Schmerzstörung vorlag. Sie vermochte daher aus rechtlicher Sicht für sich allein den Nachweis einer gesundheitlichen Einschränkung mangels Objektivierbarkeit nicht zu erbringen, und die darauf gestützte fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit konnte nicht ohne weiteres Grundlage der Ermittlung des Invaliditätsgrades bilden (Urteil 8C_654/2014 vom 6. März 2015 E. 5.1). Vielmehr hätte die Beschwerdegegnerin anhand der einschlägigen Kriterien (vgl. BGE 139 V 547 E. 9.1.1 S. 565) prüfen müssen, ob ausnahmsweise von einer nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbaren Schmerzstörung und somit von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen ist (BGE 137 V 64 E. 1.2 S. 66), was sie indessen nicht tat. Die Zusprechung (auch) der Dreiviertelsrente ab 1. Januar 2007 beruhte somit auf einer rechtsfehlerhaften Invaliditätsbemessung und muss daher als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne bezeichnet werden. Es kann daher offenbleiben, ob im Lichte von BGE 140 V 514 E. 5.2 S. 520 überhaupt auf die (ursprünglich) zugesprochene ganze Rente (vgl. E. 4.1 vorne) wiedererwägungsweise zurückgekommen werden durfte.

E. 4.2

Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, das Gutachten des Begutachtungszentrums D. _____ vom 16. Mai 2013 sei beweiskräftig. Es gäbe keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprächen. Somit sei zumindest von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen. Die Feststellung der Vorinstanz, die Depressionssymptomatik sei nicht als von der Schmerzfehlentwicklung unabhängiges Leiden zu betrachten, sei nicht einsichtig und entbehre einer nachvollziehbaren Begründung. Da seine Depression als eigenständiges Leiden zu betrachten sei, könne kein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne organische Grundlage gegeben sein.

E. 4.2.1

Im polydisziplinären Gutachten (psychiatrisch, internistisch, rheumatologisch) vom 16. Mai 2013 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Undifferenzierte Kollagenose möglich, mit seit Jahren gemäss Akten und klinisch ohne labormässige, radiologische und klinische Aktivitätszeichen, deutlichen Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung und von Selbstlimitierungen; 2. depressive Störung mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.1); 3. Schmerzfehlentwicklung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). In der Beurteilung wurde festgehalten, der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht habe sich seit Mai 2012 verschlechtert; das klinische Bild aus rheumatologischer Sicht erscheine seit Jahren mehr oder weniger unverändert mit deutlich im Vordergrund stehendem multilokulärem Schmerzsyndrom, das in dieser Art im engeren Sinne keinem rheumatologischen Krankheitsbild entspreche. Dem Versicherten könne für eine einfach strukturierte, eher repetitive und körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zugemutet werden. Dabei spielten heute vor allem die psychischen Einschränkungen eine Rolle. Aus rheumatologischer Sicht ohne Einbezug des multilokulären Schmerzsyndroms, das überwiegend als nicht-somatisch bedingt beurteilt werde, bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von etwa 70 %. Die diesbezügliche Einschränkung sei in der psychiatrisch bedingten mitberücksichtigt.

E. 4.2.2

Aufgrund der Diagnosen ist für die Frage, ob auch im Zeitpunkt der streitigen Rentenaufhebung, d.h. ab Dezember 2013, von einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne organische Grundlage auszugehen ist, entscheidend, ob die depressive Störung mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.1) lediglich als Begleiterscheinung der Schmerzfehlentwicklung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) oder als ein selbständiges, davon losgelöstes Leiden anzusehen ist. Im zweiten Fall liegt kein "unklares Beschwerdebild" (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297) vor (Urteil 9C_420/2014 vom 27. November 2014 E. 3 mit Hinweisen). Die Vorinstanz hat festgestellt und erwogen, es bestünden keinerlei Anzeichen für eine Eigenständigkeit der depressiven Symptomatik. Daher sei die Beschwerdegegnerin zu Recht unter Berücksichtigung der Kriterien zur Überwindbarkeit diagnostizierten Schmerzstörung aus rechtlicher Sicht von der fachärztlichen Beurteilung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit abgewichen. Wenn diese Feststellung - keine eigenständige, sondern reaktive Depression - auch knapp und diskutabel erscheint, so kann diese nicht als offensichtlich unrichtig bezeichnet werden. Der Beschwerdeführer bestreitet diese Feststellung nicht substantiiert und legt nicht dar, inwiefern sie bundesrechtswidrig sein soll. Jedenfalls kann sie nicht ernsthaft in Frage gestellt werden mit den Hinweisen, er ziehe sich familiär und sozial zurück, er sei wieder in psychiatrischer Behandlung bzw. es liege ein Krankheitsgewinn vor, da er jede Verantwortung aufgegeben habe.

E. 4.2.3

Das kantonale Gericht hat in Anwendung der bisherigen Rechtsprechung zu den Schmerzstörungen (BGE 139 V 547) gestützt auf das Administrativgutachten erwogen, der Beschwerdeführer sei weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht arbeitsunfähig gewesen (E. 3 hievor). An diesem Ergebnis ändert die seit dem 3. Juni 2015 geänderte bundesgerichtliche Rechtsprechung zu den psychosomatischen Leiden nichts (vgl. zur Publikation vorgesehenes Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015; zur Anwendbarkeit auf laufende Verfahren vgl. E. 8 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6 S. 266), dies aus

folgenden Gründen:

E. 4.2.4

Der psychiatrische Teilgutachter ging im Jahr 2013 von einer psychisch bedingten reduzierten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % aus wegen "einer depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F32.1) und einer Schmerzfehlentwicklung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ", welche "aufgrund seiner Schilderungen schon seit Jahren zu persistieren scheint". Es liege, so der Gutachter weiter, "ein etwas akzentuierteres Bild" vor als im Zeitpunkt der Erstbegutachtung im Jahr 2008. Die objektiven Befunde würden allerdings nicht so recht zu einer schweren depressiven Störung passen. Die Motivation müsse hinterfragt werden, denn der Versicherte wirke affektiv moduliert, sei psychomotorisch nicht beeinträchtigt, ebenso wenig kognitiv. Psychosozial Belastendes sei nicht zu eruieren. Nicht ganz klar sei, weshalb eine ambulante psychotherapeutische Behandlung erst seit Frühling 2012 in Angriff genommen worden sei, obwohl nach seinen Angaben sein Zustand schon vorher in ähnlicher Weise schlecht gewesen sei. Dies erwecke den Verdacht von strategischen Überlegungen. Der Versicherte müsse dringend den Tagesablauf besser strukturieren und sich vermehrt aktivieren; er verhalte sich völlig inadäquat. Er gebe ja selber an, dass das lange Liegen seine Schmerzen verstärke. Er befinde sich durch den ausgesprochen passiven Tagesablauf in einem Teufelskreis, werde zunehmend unzufrieden. Es bestehe auch eine verstärkte Selbstbeobachtung und Selbstwahrnehmung und dadurch auch eine subjektive Zunahme der Körperbeschwerden, was sich wiederum ungünstig auf seine Stimmungslage auswirke und das gereizt-dysphorische Verhalten weitgehend erkläre.

E. 4.2.5

Aufgrund dieser gutachterlichen Ausführungen bestehen schon auf der Ebene der Diagnosestellung nicht auszuräumende Zweifel an der Schwere und Dauerhaftigkeit des Schmerzleidens und der Depression. Dies aufgrund der gleichzeitigen Bemerkung des Gutachters, bei aktiverem eigenen Zutun könnte der Beschwerdeführer "aus dem Teufelskreis" von Schmerzen und Unzufriedenheit herauskommen. Dringend indiziert wäre, so der Gutachter Dr. B. _____ weiter, "dass der Explorand seinen Tagesablauf besser strukturiert und Verantwortung übernimmt, allenfalls wäre bei geeigneter Motivation eine Behandlung in einer Tagesklinik in Erwägung zu ziehen, solange er keiner Arbeit nachgeht." Diese die Diagnose ausschliessende Einschätzung weist darauf hin, dass der Gutachter dem Beschwerdeführer angesichts von doch noch vorhandenen Ressourcen eine gewisse Eigenanstrengung zur Milderung des Leidens zumutet. Das - nicht nur krankheitsbedingte - völlig passive Verhalten des Beschwerdeführers in allen Bereichen ist auffallend und wird von den Gutachtern durchwegs als inadäquat bezeichnet (Die Ehefrau des Beschwerdeführers ist zu 100 % erwerbstätig und führt ohne seine Hilfe den 7-köpfigen Haushalt). Das viele Liegen wirkt nach den eigenen Angaben des Beschwerdeführers schmerzverstärkend. Es erscheint bei diesen Gegebenheiten nicht nur überwiegend wahrscheinlich, sondern geradezu offensichtlich, dass der Beschwerdeführer in der Lage wäre, auch durch eigenes aktives Tun (Tagesstruktur, Mithilfe im Haushalt) dem leidensverstärkenden regressiven Verhalten entgegenzuwirken. Sein passives Verhalten erscheint nach Lage der Akten nicht ausschliesslich krankheitsbedingt, sondern hat (auch) mit fehlender Motivation zu tun.

E. 4.2.6

Hinzu kommt die offensichtlich unzureichende Befolgung von therapeutischen Empfehlungen: Beide psychiatrischen Gutachter (von 2008 und von 2013) beschrieben dysfunktionales, regressives Verhalten des Beschwerdeführers und dessen zunehmende Dekonditionierung. Durch eine bereits im Jahre 2007 (vgl. EPD = Externer Psychiatrischer Dienst Baden vom 20. Februar 2007) dringend empfohlene psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, so befand bereits der damalige Gutachter, könne dieser Zustand durchbrochen werden. Indes hat der Beschwerdeführer erst im Frühling 2012 eine wenig intensive ambulante Behandlung aufgenommen, was, wie der Psychiater im Gutachten 2013 anmerkte, Verdacht auf strategisches Verhalten wecke. Schon der im Jahr 2008 beauftragte Erstgutachter hatte von "bei weitem nicht ausgenützt (-en) " Behandlungsmöglichkeiten gesprochen. Der Beschwerdeführer wurde auch im psychiatrischen Gutachten aus dem Jahr 2008 von Dr. C. _____ als bewusstseinsklar, voll orientiert beschrieben, ohne Merkfähigkeitsstörungen, mit unauffälligem Langzeitgedächtnis.

E. 4.2.7

Überzeugend hat das kantonale Gericht auch den rheumatologischen Teil des Gutachtens gewürdigt: Das Verhalten des Beschwerdeführers sei inkonsistent. Dies zeigten auch pseudoneurologische Veränderungen und variable Bewegungsausmasse einzelner Gelenke, respektive von Wirbelsäulenabschnitten während und ausserhalb der eigentlichen Untersuchungssituation; überdies müsse bei allen Gelenken eine Gegeninnervation überwunden werden, was bei wirklichen Gelenkleiden aussergewöhnlich sei. Zudem bestehe lediglich ein Verdacht einer Kollagenose, welches Krankheitsbild labormässig trotz vieler Untersuchungen und Behandlungen, auch stationären, nicht habe verifiziert werden können. Weder habe seit vielen Jahren labormässig eine relevante Entzündungsaktivität noch eine Organbeteiligung ausgewiesen werden können. Durch das Absetzen der Medikamente im Jahre 2012 hätten sich die körperlichen Symptome des Beschwerdeführers gemäss seinen eigenen Angaben nicht verändert. Aus all diesen Gründen könne die vom rheumatologischen Gutachter attestierte 70 %ige Arbeitsfähigkeit nicht übernommen werden. Vielmehr sei - rheumatologisch - von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

E. 4.3

Zusammenfassend überwiegen die Gründe, die keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit annehmen lassen, klar. Die Schmerzstörung und die reaktive mittelgradige depressive Störung werden unter anderem durch das passive, inadäquate Verhalten des Beschwerdeführers unterhalten. Der Gutachter mutet dem Beschwerdeführer (mehr) Initiative zu und äussert Zweifel an dessen Motivation. Der Beschwerdeführer hat Therapieoptionen seit Jahren - trotz ärztlicher Empfehlungen - nicht wahrgenommen. Liegt aber ein Ausschlussgrund vor, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den massgeblichen Standardindikatoren gemäss dem Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (vgl. E. 2.2). Im somatischen Bereich wird lediglich der Verdacht auf eine entzündliche Erkrankung diagnostiziert, und das Verhalten des Beschwerdeführers zeigt sich in verschiedener Hinsicht inkonsistent.

E. 5

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat grundsätzlich der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG). Seinem Gesuch um unentgeltliche

Rechtspflege kann jedoch entsprochen werden (Art. 64 BGG ; BGE 125 V 201 E. 4a S. 202). Es wird indessen ausdrücklich auf Art. 64 Abs. 4 BGG hingewiesen, wonach er der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er später dazu in der Lage ist.

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