

BVGer B-6494/2012 vom 29. September 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_B-6494_2012

FR: TAF B-6494/2012 du 29 septembre 2014

IT: TAF B-6494/2012 del 29 settembre 2014

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 in Verbindung mit Art. 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32) und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland.

E. 1.2

Im Streit liegt die Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Vorinstanz) vom 12. November 2012. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG besteht nicht. Das Bundesverwaltungsgericht ist damit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der Verfügung vom 12. November 2012 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, so dass er im Sinne von Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) beschwerdelegitimiert ist.

E. 1.4

Auf die frist- und formgerecht (Art. 60 ATSG und Art. 52 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren VwVG; SR 172.021) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger im Kanton Aargau erwerbstätig und lebte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Deutschland, wo er heute noch lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle Aargau für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung

und die IVSTA für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig.

E. 3

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist.

E. 3.1.1

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 odergleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 3.1.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 3.1.3

Soweit das FZA bzw. die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 51 ff.; SVR 2004 AHV Nr. 16 S. 49; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; ab 1. Januar 2007: Bundesgericht] H 13/05 vom 4. April 2005, E. 1.1). Demnach bestimmt sich vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente ausschliesslich nach dem schweizerischen Recht, insbesondere nach dem IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (IVV, SR 831.210).

E. 3.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung

(hier: 12. November 2012) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die sich erst später verwirklicht haben, sind jedoch soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3.3

Intertemporal sind grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2009 vom 3. November 2009). Dabei ist ein allfälliger Leistungsanspruch für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen sowie ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; BGE 130 V 445).

E. 3.3.1

Am 1. Januar 2008 sind im Rahmen der 5. IV-Revision Änderungen des IVG und anderer Erlasse wie des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, ist der Leistungsanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 445). Die 5. IV-Revision brachte für die Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (vgl. Urteil Bundesgericht 8C_373/2008 vom 28. August 2008 E. 2.1). Neu normiert wurde dagegen der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der - sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind - gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung der 5. IV-Revision) frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Trat der Versicherungsfall allerdings vor dem 1. Januar 2008 ein und wurde die Anmeldung bis spätestens Ende Juni 2008 eingereicht, so gilt das alte Recht (BGE 138 V 475).

E. 3.3.2

Im vorliegenden Verfahren finden demnach grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. November 2012 in Kraft standen; weiter aber auch alle übrigen Vorschriften, die für die Beurteilung der streitigen Verfügung im vorliegend massgeblichen Zeitraum von Belang sind. Damit ist grundsätzlich auf die materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Zudem sind die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) zu beachten, soweit diese in sachlicher sowie zeitlicher Hinsicht anwendbar sind. Zwecks Prüfung der Wiedererwägung wird vorliegend zudem auf die im Zeitpunkt der rechtskräftigen Rentenzusprechung (April 2001) gültig gewesene Fassung des IVG (AS 1987 447) hingewiesen.

E. 3.4

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 3.5

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

E. 3.6

Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen). Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 4

Vorliegend ist streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht die dem Beschwerdeführer bisher geleistete ganze Rente mit Wirkung ab Ende Dezember 2012 wiedererwägungsweise aufgehoben hat.

E. 4.1

Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Ein Zurückkommen ist auch dann möglich, wenn die materiellen Revisionsvoraussetzungen (Art. 17 ATSG) nicht erfüllt sind. Die Wiedererwägung dient der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17).

E. 4.1.1

Zweifelloser Unrichtigkeit liegt vor, wenn die ursprüngliche Rentenverfügung auf einem groben Fehler der Verwaltung beruht (BGE 109 V 108 E. 1c S. 113). Die Fehlerhaftigkeit kann auch bei einer unrichtigen Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Zurückhaltung bei der Annahme zweifelloser Unrichtigkeit ist geboten, wenn der Wiedererwägungsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung

betrifft, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzungen oder Beweiswürdigungen und damit auf Elementen beruht, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2012 vom 19. September 2012 E. 2.2 m.H.). Eine gesetzwidrige Leistungszusprechung gilt regelmässig als zweifellos unrichtig (BGE 126 V 399 E. 2b/bb S. 401).

E. 4.1.2

Die Erheblichkeit lässt sich durch keine allgemeine gültige betragliche Grenze festlegen (vgl. BGE 107 V 180 E. 2b S. 182). Massgebend sind die gesamten Umstände des Einzelfalls, wozu auch die Zeitspanne gehört, welche seit dem Erlass der zu Unrecht ergangenen Verfügung verstrichen ist (Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl., Bern 2003, § 70 Rz. 17). Bei periodischen Dauerleistungen ist die Erheblichkeit regelmässig zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c S. 480).

E. 4.2

Bei der Beurteilung, ob eine Wiedererwägung wegen zweifelloser Unrichtigkeit und Erheblichkeit zulässig ist, muss vom Rechtszustand ausgegangen werden, wie er im Zeitpunkt des Verfügungserlasses bestanden hat, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis gehört; eine Praxisänderung vermag kaum je die frühere Praxis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen (BGE 125 V 383 E. 3 S. 390). Für die Frage der Zulässigkeit ist einzig auf die Verhältnisse und den Wissensstand zum damaligen Zeitpunkt abzustellen. Führen erst spätere Beweismittel zu dieser Erkenntnis, kommt einzig eine prozessuale Revision zum Tragen (Urteil des Bundesgerichts 8C_517/2007 vom 16. September 2008 E. 4.1).

E. 5

In der vorliegend angefochtenen Wiedererwägungsverfügung vom 12. November 2012 hält die Vorinstanz fest, der Hausarzt des Beschwerdeführers sei als Arzt für Innere Medizin für die Beurteilung der beim Beschwerdeführer vorliegenden Rückenproblematik fachlich nicht qualifiziert gewesen. Er habe deshalb die bildgebenden Verfahren des Jahres 2000 fehlinterpretiert respektive überschätzt und aus diesen zu Unrecht eine volle Arbeitsunfähigkeit ab dem 5. Dezember 2000 geschlossen. Eine weitergehende kompetente fachärztliche Beurteilung hätte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Berichtigung dieser unrichtigen Beurteilung geführt. Der Beschwerdeführer demgegenüber bestreitet das Vorliegen eines Wiedererwägungsgrundes. Nach seiner Auffassung war es im Zeitpunkt der Leistungszusprechung von 2001 durchaus vertretbar, dass die Invalidenversicherung auf die Einschätzung des behandelnden Hausarztes abstellte. Ebenfalls sei die Annahme einer vollen Arbeitsunfähigkeit aufgrund seines Schmerzsyndroms am Rücken vertretbar gewesen.

E. 6

Nachdem die Frage, ob die Vorinstanz die ursprüngliche Verfügung vom 2. April 2001 zu Recht in Wiedererwägung gezogen hat, ausgehend vom Wissensstand zu jenem Zeitpunkt zu beantworten ist (vgl. E. 3.2), sind nachfolgend die in jenem Zeitpunkt vorgelegenen Medizinalakten wiederzugeben.

E. 6.1

Dr. med. E. _____, Arzt für Orthopädie, Chirotherapie und Osteopathie, berichtete am 26. November 2000, der Versicherte beklage aktuell vor allem Schmerzen im oberen und

mittleren Bereich der Brustwirbelsäule mit Ausstrahlungen in den linken Arm bis in die Finger II und III (Sensibilitätsminderung) sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in die untere Brustwirbelsäule und nach links über das Gesäss bis zur grossen Zehe. In der grossen Zehe mache sich ein Taubheitsgefühl sowie ein Dauerschmerz bemerkbar, der sich bei Belastung verstärke. Die Untersuchung habe keine wesentliche Einschränkung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit aufgezeigt. In der Brustwirbelsäule bestünden Funktionsstörungen im Bereich Th4/6. Der Rundrücken lasse sich nicht ganz ausgleichen. Die Schultern, Ellenbogen und Handgelenke seien beidseitig frei beweglich. Die Kraft sei links leicht abgeschwächt. Es liege eine Linksskoliose der Wirbelsäule bei Beckenschiefstand links vor. Der Ischiasverlauf sei bis zur Wade schmerzhaft, links mehr als rechts. Die Röntgenaufnahmen von Dr. med. F. _____ vom 20. April 2000 hätten eine Spondylarthrose im Segment C2/3, ein links eingeengtes Foramen C5/6 und eine leichte Linksskoliose der Lendenwirbelsäule gezeigt. Dem am 20. Juli 2000 durch Dr. med. G. _____ erstellten MRT der Lendenwirbelsäule sei eine geringe Vorwölbung der Bandscheibe im Segment L4/5 nach dorsal leichter, beidseitiger Tangierung der Wurzel L4 sowie eine diskrete linksbetonte Vorwölbung der Bandscheibe im Segment L5/S1 mit Tangierung der Wurzel L5 links zu entnehmen. Insgesamt stellte Dr. med. E. _____ die nachfolgenden Diagnosen: · persistierendes pseudoradikuläres lumbosakrales Schmerzsyndrom bei Fehlstatik und Funktionsstörungen der Lendenwirbelsäule sowie Diskopathien in den Segmenten L4/5 und L5/S1; · C6-betontes Zervikobrachialsyndrom bei Diskopathie im Segment C5/6. Der Versicherte sei subjektiv trotz regelmässiger Medikamenteneinnahme nie beschwerdefrei. Er fühle sich in seiner Belastungsfähigkeit hochgradig eingeschränkt. Anlässlich der aktuellen Untersuchung seien keine Hinweise auf eine akute oder chronische Nervenwurzelreizung zu sehen, dennoch seien die vom Versicherten geschilderten Beschwerden glaubhaft und nachvollziehbar. Im Moment sei er in seiner Belastungsfähigkeit eingeschränkt. Er könne keine Tätigkeiten verrichten mit Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, mit häufigem Bücken, mit fixierten, vornübergebeugten Körperhaltungen, unter Zeitdruck und unter Witterungseinflüssen. Auch leichte, abwechslungsreiche Tätigkeiten könne er höchstens noch halbschichtig verrichten. Dr. med. E. _____ empfahl eine intensive Physiotherapie mit dem Ziel der vollständigen Beschwerdefreiheit (IV-Akt. 8, S. 5-6).

E. 6.2

Im Arztbericht für Erwachsene vom 5. Dezember 2000 stellte Dr. med. B. _____, Hausarzt des Versicherten und Arzt für innere Medizin, die nachfolgenden Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · persistierendes pseudoradikuläres Hals- und Lendenwirbelsäulensyndrom, bestehend seit 1995 respektive 1991; · radikuläres Lendenwirbelsäulensyndrom mit Diskopathien der Segmente L4/5 und L5/S1, bestehend seit 1998; · Blockierungen der Halswirbelsäule und des Iliosakralgelenks, bestehend seit 1999. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen: · Adipositas; · grenzwertige Osteopenie (Knochendichteminderung); · Hyperlipidämie (erhöhte Blutfettwerte). Der Versicherte sei seit dem 26. November 1999 bis auf Weiteres zu 100 % in der bisherigen beruflichen Tätigkeit arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne nicht durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Ebenso wenig seien andere berufliche Tätigkeiten zumutbar. Als therapeutische Massnahmen seien Akupunktur, Krankengymnastik, Schlingentisch, Infiltration-Haustherapie, Injektionstherapie sowie physikalische und medikamentöse Therapie vorgesehen. Seinem Bericht legte er den vorerwähnten Bericht über die orthopädische Untersuchung von Dr. med. E. _____ (E.

4.1) sowie jeweils ein MRT und ein CT der Lendenwirbelsäule bei (IV-Akt. 8, S. 1-4).

E. 6.3

Im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 2. April 2001 lagen ausschliesslich die erwähnten beiden Arztberichte vor. Dr. med. B. _____ hat in seiner Beurteilung vom 5. Dezember 2000 in orthopädischer Hinsicht die Untersuchungsbefunde von Dr. med. E. _____ vom 26. November 2000 weitgehend unverändert übernommen. Während Dr. med. E. _____ indessen auf eine aktuell verminderte Belastbarkeit schloss mit der Möglichkeit, durch zielgerichtete Therapie Beschwerdefreiheit zu erreichen, attestierte Dr. med. B. _____ eine andauernde, therapeutisch nicht verbesserbare Arbeitsunfähigkeit, welche er jeweils in den beiden anschliessenden Revisionsverfahren der Jahre 2002 und 2005 bestätigte. Indem damit lediglich Dr. med. B. _____ abschliessend eine andauernde, vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers feststellte, Dr. med. E. _____ demgegenüber die Wiedererlangung einer vollen Arbeitsfähigkeit durch geeignete Therapien nicht ausschloss, wichen die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit durch die beiden Mediziner inhaltlich in nicht unerheblicher Weise voneinander ab.

E. 6.4

Für die richterliche Würdigung einer medizinischen Beurteilung spielt die fachliche Qualifikation des beurteilenden Arztes eine erhebliche Rolle (Eidgenössisches Versicherungsgericht (EVG; heute: Bundesgericht) I 178/00 vom 3. August 2000 E. 4a; Urteile des Bundesgerichts 9C_410/2008 vom 8. September 2008 E. 3.3, I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 362/06 vom 10. April 2007 E. 3.2.1). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter ausserdem der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b.cc mit weiteren Hinweisen). Vorliegend erscheint es nicht gänzlich ausgeschlossen, dass der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. B. _____, die vorliegenden Röntgenbilder sowie den Untersuchungsbericht des Orthopäden Dr. med. E. _____ vom 26. November 2000 in Bezug auf die Auswirkung der darin ersichtlichen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit bewusst oder unbewusst (zu Gunsten seines Patienten) überschätzte. Nachdem in jenem Zeitpunkt lediglich ein Facharztbericht vorlag, der seinerseits die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht abschliessend beurteilte, wäre rückblickend eine weitergehende Abklärung der invalidisierenden Diagnosen sowie deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unabdingbar gewesen. Die Vorinstanz hätte nicht lediglich basierend auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des Hausarztes eine Rentenverfügung erlassen dürfen. Insgesamt hat die Vorinstanz somit den Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung offensichtlich unvollständig sowie in einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes festgestellt, womit sich die ursprüngliche Rentenverfügung als zweifellos unrichtig erweist. Die Voraussetzung der Erheblichkeit bedarf bei periodischer Dauerleistung keiner weiteren Begründung (E. 3.1.2). Damit hat die Vorinstanz zu Recht das Vorliegen eines Wiedererwägungsgrundes bejaht.

E. 7

Steht die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung einmal fest und ist die Berichtigung von erheblicher Bedeutung, gilt es, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (Art. 85 Abs. 2, Art. 88bis Abs. 1 lit. c IVV). Wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist auf der Grundlage eines

richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung zu ermitteln, woraus sich die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des künftigen Anspruchs ergeben (Urteil des Bundesgerichts 8C_818/2012 vom 11. März 2013 E. 6.1 m.w.H.).

E. 7.1

Anspruch auf eine Rente der Schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer ist vorliegend unbestrittenermassen erfüllt. Streitig und nachfolgend zu prüfen verbleibt damit, ob und gegebenenfalls ab und bis wann der Beschwerdeführer in einem anspruchsbegründenden Mass invalid war respektive nach wie vor ist.

E. 7.2

Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Demnach ist Invalidität der durch einen Gesundheitsschaden verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende länger dauernde (volle oder teilweise) Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt beziehungsweise der Möglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Der Invaliditätsbegriff enthält somit zwei Elemente: ein medizinisches (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) und ein wirtschaftliches Element im weiteren Sinn (dauerhafte oder länger dauernde Einschränkung der Erwerbsfähigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich; vgl. zum Ganzen Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 8 Rz. 7).

E. 7.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 [heute: Bundesgericht] vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

E. 7.4

Bei erwerbstätigen Versicherten erfolgt die Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG (Art. 28 Abs. 2 IVG in der ab 1. April 2004 bzw. Art. 28a Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008

geltenden Fassung). Danach ist 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) zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen), in Beziehung zu setzen (Art. 16 ATSG; vgl. BGE 131 V 51 E. 5.1.2; BGE 129 V 29 E. 1; BGE 128 V 30 E. 1; BGE 104 V 136 E. 2a-c).

E. 7.5

Zu bemerken bleibt, dass auf Grund des im gesamten Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht ein invalider Versicherter gehalten ist, innert nützlicher Frist Arbeit im angestammten oder einem anderen Berufs- oder Erwerbszweig zu suchen und anzunehmen, soweit sie möglich und zumutbar erscheint (BGE 113 V 28 E. 4a, 111 V 239 E. 2a). Deshalb ist es am behandelnden Arzt bzw. am Vertrauensarzt einer IV-Stelle aus medizinischer Sicht zu bestimmen, in welchem Ausmass ein Versicherter seine verbliebene Arbeitsfähigkeit bei zumutbarer Tätigkeit und zumutbarem Einsatz auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einsetzen kann. Diese Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen.

E. 8

Aus den vorliegenden aktuellen Medizinalakten ergibt sich Folgendes:

E. 8.1

Im polydisziplinären Gutachten der RehaClinic Baden vom 5. Dezember 2011 stellte die Fachärztin FMH für Innere Medizin Dr. med. H. _____ eine erhebliche Diskrepanz zwischen den vom Versicherten geschilderten Beschwerden und den eher spärlichen klinischen und radiologischen Befunden fest, dies infolge von Symptomausweitung, Selbstlimitierung und weiteren Inkonsistenzen. Der adipöse Versicherte betreibe kaum sportliche Aktivitäten. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule habe im Rahmen des normalen Verlaufs bei zunehmendem Alter und zunehmender Dekonditionierung abgenommen. Aus internistisch-rheumato-logischer Sicht bestehe zum aktuellen Zeitpunkt rein körperlich-somatisch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine leichte, körperlich wechselbelastende Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne in rheumatologischer Hinsicht mittels eines Kondition- und Muskeltrainings stufenweise erhöht werden (IV-Akt. 49.1). Gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. J. _____ vom 3. Oktober 2011 leide der Versicherte an dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (ICD-10 F44.6) und einer abhängigen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7). Der gesundheitliche Verlauf sei chronifiziert. Allfällige Rehabilitationsbemühungen seien durch eine Psychotherapie vorzubereiten und dann engmaschig zu begleiten. Es sollten die Schlafstörungen und Schmerzen spezifischer angegangen werden. Dafür sei ein zeitlicher Rahmen von mindestens einem bis eineinhalb Jahren einzurechnen. Die in der freien Wirtschaft realisierbare Arbeitsfähigkeit liege mit grosser Wahrscheinlichkeit schon Jahre zurück. Vermutlich existiere keine zumutbare angepasste Tätigkeit, die der Versicherte innerhalb eines nützlichen Zeitraums ausüben könnte (IV-Akt. 49.2). Im neurologischen Teilgutachten vom 2. August 2011 befand Dr. med. K. _____, Facharzt FMH für Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, es hätten klinisch-neurologisch keine pathologischen Befunde objektiviert werden können. Die vom Versicherten beklagte Hypästhesie der ganzen linken Körperseite könne aus neurologischer Sicht nicht erklärt

werden. Gemäss den Angaben des Versicherten habe sich vom klinischen Standpunkt aus das gesamte Beschwerdebild in den letzten 10 Jahren kaum verändert, respektive sogar verschlechtert. Im Vordergrund stehe die Schmerzsymptomatik und die damit assoziierte verminderte psycho-physische Leistungsfähigkeit. Es sei deshalb von einer ausgeprägten Somatisierung auszugehen mit zunehmender psychogener Fixierung und Chronifizierung des gesamten Beschwerdekompleses. Aufgrund dieser Chronifizierung und der langjährigen Arbeitsabstinenz sei angesichts des fortgeschrittenen Alters des Versicherten kaum mehr von einer Arbeitsfähigkeit auszugehen. In dem während der Untersuchung präsentierten Zustand sei er überdies kaum mehr vermittelbar. Es hätte schon im Jahr 1999 alles daran gesetzt werden müssen, den Versicherten wieder in den Arbeitsprozess zu reintegrieren, zumal da ausser leichtgradigen, mehr oder weniger altersentsprechenden degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule keine medizinischen Gründe vorgelegen hätten, die eine vollständige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigten (IV-Akt. 49.3).

E. 8.2

In der konsiliarischen Aktenbeurteilung vom 13. Dezember 2011 erklärte RAD-Arzt Dr. med. D._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die durch die psychiatrische Teilgutachterin Dr. med. J._____ am 3. Oktober 2011 gestellten Diagnosen seien nicht nachvollziehbar begründet und liessen an der Objektivität der Gutachterin zweifeln. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit habe sie ebenfalls nicht begründet, insbesondere habe sie keine Einschränkungen der Funktionen und Fähigkeiten beschrieben und keine psychopathologischen Auffälligkeiten angegeben (IV-Akt. 51).

E. 8.3

Dr. med. J._____ hielt mit Schreiben vom 12. Januar 2012 in Beantwortung der Ergänzungsfragen der kantonalen IV-Stelle fest, bei den als dissoziative Störungen diagnostizierten körperlichen Befunden handle es sich um das körperliche Erleben des Versicherten, die individuelle Wirklichkeit, deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden könne. Da der Versicherte keinen Leidensdruck habe, sei die erforderliche Therapie nicht durchführbar. Dass der Versicherte trotz der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung erfolgreich eine Schlosserlehre habe abschliessen und anschliessend während 26 Jahren effektiv als Materialprüfer/technischer Mitarbeiter habe arbeiten können, sei nicht ungewöhnlich. Durch die Entwicklung eigener Strategien könnten persönlichkeitsgestörte Menschen Defizite zu Beginn des Lebens oftmals kompensieren, um dann bei geringfügigem Anlass vorzeitig auszubrennen und arbeitsunfähig zu werden (IV-Akt. 53, S. 6-7).

E. 8.4

Im Schreiben vom 27. Februar 2012 nahm Dr. med. H._____ ergänzend zum "rheumatologischen" Gutachten vom 3. Oktober 2011 (recte: 5. Dezember 2011) Stellung. Aufgrund der radiologischen Aufnahmen könne nicht auf eine Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes in rheumatologischer Hinsicht geschlossen werden. In internistischer Hinsicht komme differentialdiagnostisch nicht ein Alkoholmissbrauch für die pathologischen Leberbefunde in Frage (IV-Akt. 53, S. 2-4).

E. 8.5

In seiner Stellungnahme vom 2. April 2012 erklärte RAD-Arzt Dr. med. C._____, das Gutachten der RehaClinic Baden vom 5. Dezember 2011 sei unbrauchbar. Die in rheumatologischer Hinsicht gestellten Fragen seien nicht oder nur unzureichend

beantwortet worden. Die internistisch dargestellte Anamnese beruhe ausschliesslich auf Angaben des Versicherten. Der grösste Mangel des Gutachtens liege aber in der de facto fehlenden psychopathologischen Befundgebung. Als "Untersuchungsbefunde" sei lediglich eine Beurteilung der Persönlichkeit des Versicherten wiedergegeben worden. Die damit fehlende Untersuchung könne nicht durch entsprechende Rückfragen an die Gutachterin korrigiert werden. Es sei deshalb ein neues polydisziplinäres (rheumatologisches, psychiatrisches und internistisches) Gutachten einzuholen (IV-Akt. 55).

E. 8.6

Das polydisziplinäre Gutachten des ZIMB vom 12. Juli 2012 stellte in rheumatologischer Hinsicht keine Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In der klinischen Untersuchung seien keine wesentlichen Einschränkungen aufgefallen. Der Versicherte habe ohne Mühe sitzen und sich ohne sichtbare Behinderung zügig aus- und ankleiden können. Das Hinken links mit durchgestrecktem, leicht aduziertem und etwas aussenrotiertem Bein habe ausgesprochen demonstrativ gewirkt und nicht mit einer Rücken- oder Gelenkspathologie erklärt werden können. Die demonstrierte skoliotische Fehlhaltung mit Schultertieferstand rechts im Stehen habe sich durch Ablenkung im Sitzen problemlos aufrichten lassen. Radiologisch sei keine Skoliose der Lenden- oder Brustwirbelsäule zu erkennen. Die Wirbelsäule sei klinisch in allen Abschnitten frei beweglich. Ebenfalls seien die peripheren Gelenke reizlos und frei beweglich. Die passiven Bewegungen seien von starken Schmerzen begleitet worden, was der Versicherte aber jeweils erst auf die entsprechenden Rückfragen des Gutachters hin kundgetan habe. Auffallend sei das "ausgeprägte Grimassieren" des Versicherten während den durchgeführten Untersuchungstests gewesen. Es liege insgesamt ein chronisches und therapieresistentes Schmerzsyndrom vor, das organisch-strukturell nicht begründet werden könne, mit einer ausgeprägter Symptomausweitung und Selbstlimitierung. Rückblickend habe bereits im Jahr 2000, angesichts der damals erstellten Berichte mit den praktisch unauffälligen radiologischen Befunden und den spärlichen klinischen Pathologien, eine vollständig erhaltene Arbeitsfähigkeit zumindest in körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten bestanden. Auch wenn aufgrund der Selbstlimitierung eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess unwahrscheinlich erscheine, sei medizinisch-theoretisch keine Arbeitsunfähigkeit für geeignete berufliche Tätigkeiten gegeben. Die psychiatrische Teilgutachterin hielt schliesslich fest, aus versicherungspsychiatrischer, rein theoretischer Sicht lasse sich kein Leiden finden, das eine Arbeitsunfähigkeit begründe. Der Versicherte sei zu 100 % arbeitsfähig. Dennoch erscheine es unwahrscheinlich, dass er nach der Berentung während der Dauer von 12 Jahren seinen Weg zurück in den Arbeitsmarkt finden werde. Im Rahmen der Konsensbesprechung fanden die Gutachter keine Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Gemeinsam stellten sie hingegen die nachfolgenden Diagnosen ohne eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · chronisches, ausgedehntes Schmerzbild vorwiegend der linken Körperseite ohne organisch-strukturelles Korrelat mit/bei o diskreten degenerativen Veränderungen vor allem der Hals- und Lendenwirbelsäule, o einer Fehlförmigkeit und Fehlhaltung der Wirbelsäule bei muskulärer Insuffizienz und allgemeiner Dekonditionierung, o aktuell keinen objektivierbaren neurologischen Ausfällen, o ausgeprägter Symptomausweitung und Selbstlimitierung; · Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0); · Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen und narzisstischen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 Z73.1); · metabolisches Syndrom mit/bei: o oberkörperbetonter Adipositas zweiten Grades nach WHO (BMI von

37.1 Kilogramm/m², Bauchumfang 128 cm), o schlecht eingestellter Diabetes mellitus Typ 2 ohne Spätfolgen, o unbehandelter schwerer arterieller Hypertonie, o unbehandelter gemischter Hyperlipidämie, o medikamentös therapierter Hyperurikämie, o NASH (nicht alkoholische Steato-Hepatitis); · Status nach zweimaliger Commotio cerebri in den Jahren 1975 und 1976. Anders als dies Dr. med. J. _____ behauptet habe, liege keine Persönlichkeitsstörung vor. Eine solche könne in der Regel auch nicht in nur einer Befragung erhoben werden. Vorliegend sei der Versicherte nie in psychiatrischer Behandlung gewesen. Fremdanamnestic Angaben seien der Begutachtung durch Dr. med. J. _____ nicht zu entnehmen. Eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, welche Dr. med. J. _____ ebenfalls diagnostiziert habe, könne allenfalls aufgrund des Taubheitsgefühls im linken Arm sowie im linken Bein nachvollzogen werden. Nach dem aktuellen Untersuchungsgespräch sei eine entsprechende Diagnosestellung indessen nicht indiziert, da jene Empfindungsstörungen während des Gesprächs völlig im Hintergrund gestanden und vom Versicherten erst nach mehrmaligen diesbezüglichen Rückfragen angegeben worden seien. Der Versicherte sei sowohl für seinen zuletzt ausgeübten Beruf als Techniker in einer Nuklearanlage als auch für jede, seinem Alter und Erscheinungsbild (Habitus) entsprechende, zumindest körperlich leichte bis mittelschwere Verweisungstätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig. Leider sei der Versicherte im Jahre 1999 (recte: Ende Jahr 2000; vgl. Sachverhalt Bst. A) berentet, anstatt - wie aus psychiatrischer Sicht dringend geboten - ins Erwerbsleben wieder eingegliedert worden. Mittlerweile sei dessen Gesundheitszustand chronifiziert, er identifiziere sich mit der Rolle eines Invaliden und könne sich nicht vorstellen, jemals wieder zu arbeiten. Diese invaliditätsfremden Faktoren müssten indessen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht gelassen werden. Berufliche Massnahmen seien sodann kaum erfolgversprechend angesichts der festen Überzeugung des Versicherten, invalid zu sein und seiner fehlenden Motivation, den gegebenen Zustand zu verbessern (IV-Akt. 59).

E. 8.7

In der Stellungnahme vom 19. Juli 2012 befand der RAD, das für die streitigen Belange umfassende Gutachten des ZIMB vom 12. Juli 2012 sei vollständig und beruhe auf allseitigen Untersuchungen. Ebenfalls sei es qualitativ einwandfrei und in Kenntnis der Vorakten erstellt worden, in sich konsistent sowie in der Begründung nachvollziehbar, weshalb auf dieses vollumfänglich abgestellt werden könne. Die gesamte Krankheitsentwicklung werde ausführlich, nachvollziehbar und differenziert dargestellt. Das Gutachten habe in seiner Beurteilung den Krankheitsverlauf, die Anamnese sowie die beklagten Beschwerden berücksichtigt, die medizinische Situation einleuchtend beurteilt und die Schlussfolgerungen überzeugend begründet. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei versicherungsmedizinisch schlüssig und mit den erhobenen medizinischen Befunden eindeutig erklärbar. Es sei damit seit der letzten Revision von Oktober 2005 respektive seit der Verfügung vom 2. April 2001 keine Änderung des medizinischen Sachverhaltes eingetreten. Die zahlreichen kardiovaskulären Risikofaktoren, die sich in der aktuellen Untersuchung ergeben hätten, sprächen ohne klinische oder elektrokardiographische Hinweise nicht für eine ischämische Herzkrankheit oder eine periphere arterielle Verschlusskrankheit. Die angegebene Kraftlosigkeit oder fehlende Kondition seien Ausdruck einer allgemeinen Dekonditionierung im Rahmen der Adipositas. Weder aus internistischer noch aus rheumatologischer oder psychiatrischer Sicht hätten sich Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gezeigt. Aus heutiger Sicht habe bereits im Jahr 2000 eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Diese Einschätzung decke sich auch mit der

neurologischen und rheumatologischen Begutachtung des Jahres 2011, welche keine körperlich-somatische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leichte, körperlich wechselbelastende Tätigkeiten gefunden habe (IV-Akt. 60).

E. 9

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 122 V 160 E. 1c mit Hinweisen). Nach der ständigen Praxis des Bundesgerichts soll von ärztlichen Gutachten, die diesen Qualitätsanforderungen entsprechen, nicht ohne zwingende Gründe abgewichen werden, ist es doch Aufgabe der medizinischen Experten, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen (BGE 125 V 351 E. 3 b/aa).

E. 9.1

Vorliegend hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 2. April 2012 festgehalten, dass das Gutachten der RehaClinic Baden vom 5. Dezember 2011, selbst unter Berücksichtigung der Antworten auf die durch die kantonale IV-Stelle am 20. Dezember 2011 gestellten Ergänzungsfragen (IV-Akt. 52), die vorangehend dargestellten Qualitätsanforderungen nicht erfülle. So könne die de facto fehlende psychopathologische Befundgebung, welche den grössten Mangel des Gutachtens darstelle, nicht durch entsprechende Rückfragen an die Gutachterin korrigiert werden (E. 7.5). Überdies habe das polydisziplinäre Gutachten des ZIMB vom 12. Juli 2012 die bereits in der konsiliarischen Aktenbeurteilung vom 13. Dezember 2011 durch RAD-Psychiater Dr. med. D. _____ (E. 7.2) geäusserten Kritiken an den im psychiatrischen Teilgutachten vom 3. Oktober 2011 durch Dr. med. J. _____ gestellten Diagnosen bestätigt (E. 7.6). Es fällt schliesslich auf, dass die psychiatrische Teilgutachterin und der neurologische Teilgutachter der RehaClinic Baden ihre Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit einerseits jeweils als eine blosser Vermutung formulierten und andererseits bei deren Begründung unter anderem IV-fremde Faktoren (langjährige Arbeitsabstinenz, fortgeschrittenes Alter) berücksichtigten (vgl. E. 7.1). Insofern handelten die beiden Gutachter der im Sozialversicherungsrecht geltenden Aufgabenteilung zuwider, wonach es die Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, insbesondere darzutun, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist, und die Frage, ob eine Wiedereingliederung ins Berufsleben faktisch möglich und der versicherten Person subjektiv zuzumuten ist, hingegen die Verwaltung bzw. die Berufsberatung zu beantworten hat (E. 6.3). Insgesamt erscheint es damit vertretbar, dass die kantonale IV-Stelle zur umfassenden Abklärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie dessen (medizinisch-theoretischen) Arbeitsfähigkeit auf die Empfehlung ihres RAD hin ein neues Gutachten in Auftrag gab, zumal der Beschwerdeführer dieses Vorgehen zu keinem Zeitpunkt kritisierte. Wie nachfolgend zu sehen sein wird, hätte die Vorinstanz respektive die kantonale IV-Stelle dennoch die Ergebnisse des Gutachtens der Reha-Clinic Baden vom 5. Dezember 2011 insoweit in ihre Überlegung mit einbeziehen dürfen, als dass sie der darin aufgeworfenen Frage nach der Zumutbarkeit einer Wiedereingliederung des während über 12 Jahren vom Arbeitsprozess ausgeschiedenen Beschwerdeführers eine besondere Beachtung hätte schenken müssen (vgl. E. 10.4).

E. 9.2

Demgegenüber genügt das durch die kantonale IV-Stelle eingeholte polydisziplinäre Gutachten des ZIMB vom 12. Juli 2012 den bundesgerichtlich aufgestellten Qualitätsanforderungen. Die Gutachter setzten sich mit den bereits vorliegenden medizinischen Unterlagen ausführlich auseinander, klärten nicht nur die subjektiven Klagen, sondern auch die körperlichen Leiden des Beschwerdeführers umfassend ab und nahmen in der Folge in detaillierter Weise zu dessen Arbeitsfähigkeit Stellung. Die diesbezüglichen medizinischen Ausführungen sind nachvollziehbar, schlüssig und vollständig. So geht aus dem Gutachten in eindeutiger Weise hervor, dass der Beschwerdeführer seit jeher sowohl für seinen zuletzt ausgeübten Beruf als auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere Verweisungstätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (gewesen) ist (E. 7.6). Der RAD-ärztlichen Empfehlung vom 19. Juli 2012, auf das Gutachten des ZIMB vom 12. Juli 2012 sei abzustellen (E. 7.7), kann demnach gefolgt werden. Der Beschwerdeführer hat im vorliegenden Beschwerdeverfahren denn auch die im Gutachten des ZIMB vom 12. Juli 2012 vorgenommene Beurteilung seines Gesundheitszustandes sowie die (insbesondere rückblickend) gezogenen Schlüsse auf seine Arbeitsfähigkeit zu Recht nicht bestritten.

E. 10

In seiner Beschwerdeschrift vom 13. Dezember 2012 macht der Beschwerdeführer geltend, im Falle einer Rentenrevision oder Wiedererwägung sei der Eingliederungsbedarf in gleicher Weise abzuklären wie im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung. Vorliegend sei die Selbsteingliederung angesichts seines fortgeschrittenen Alters nicht mehr zumutbar.

E. 10.1

Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung gilt allgemein der Grundsatz, dass die versicherte Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare vorzukehren hat, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mildern. Es ist primär Sache des Einzelnen, sich um eine angemessene Eingliederung zu bemühen. Kann eine versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht keine Invalidität, womit es an der Anspruchsvoraussetzung für Leistungen der Invalidenversicherung - insbesondere auch für Eingliederungsmassnahmen - fehlt. Die Selbsteingliederung als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht (vgl. E. 6.5) geht nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (BGE 113 V 22 E. 4a). Daher geht die ständige Rechtsprechung vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist. In der Praxis kann somit aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen werden, dies auch bei einem langjährigen Rentenbezug.

E. 10.2

Dennoch hat die Rechtsprechung in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe medizinisch-rehabitativer respektive beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential effektiv ausgeschöpft werden konnte. Im Sinne eines rechtslogisch gebotenen Schrittes muss sich die Verwaltung nach dem Gesagten vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer

Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen beziehungsweise fehlenden Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen vorausgesetzt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 10.3

Diese Rechtsprechung ist jedoch dahingehend zu präzisieren, dass sie grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränkt ist, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3, vgl. aber auch Urteil des Bundesgerichts 9C-367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.2 f.). Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien bedeutet nicht, dass die darunter fallenden Invalidenrentenbezüger in dem revisionsrechtlichen Kontext (Art. 17 Abs. 1 ATSG) einen Besitzstandesanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass - von Ausnahmen abgesehen - aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 5.2 und 9C_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.3). Wenn sich in diesen Fällen keinerlei Anknüpfungspunkte für eine zumutbare Selbsteingliederung bieten, ist ein Aufhebungsentscheid, welchem keine Prüfung der Eingliederungsfrage vorangegangen ist, bundesrechtswidrig (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2).

E. 10.4

Im massgebenden Zeitpunkt vom 12. November 2012 (Datum der angefochtenen Verfügung) war der am 15. September 1956 geborene Beschwerdeführer 56 Jahre alt. Er bezog die - ursprünglich zu Unrecht zugesprochenen - Rentenleistungen seit dem 1. November 2000 und damit während der Dauer von 12 Jahren. Nachdem das Alter des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Wiedererwägungsverfügung vom 12. November 2012 das vom Bundesgericht hierfür aufgestellte Kriterium erfüllt, kann die Selbsteingliederung im vorliegenden Revisionsverfahren nicht ohne Weiteres als zumutbar betrachtet werden. Vielmehr sind vorgängig entsprechende Abklärungen unter Berücksichtigung der konkreten Umstände sowie gegebenenfalls beruflich-erwerbliche Massnahmen erforderlich. Folglich schlägt sich das medizinisch-theoretisch festgestellte Leistungsvermögen im vorliegenden Fall nicht eo ipso in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad nieder. Die Vorinstanz hat vor Erlass der angefochtenen Verfügung weder geprüft, ob dem Beschwerdeführer eine Selbsteingliederung in die bisherige oder eine neue berufliche Tätigkeit möglich und zumutbar wäre, noch berufliche Massnahmen zur Wiedereingliederung ins Arbeitsleben gewährt. Unter diesen Umständen erweist sich der bundesverwaltungsgerichtlich zu überprüfende Sachverhalt als unvollständig erhoben (Art. 43 ff. ATSG).

E. 10.5

Die kantonale IV-Stelle bringt in ihrer undatierten, durch die Vorinstanz mit der Eingabe vom 16. Januar 2013 eingereichten Eingabe (Sachverhalt Bst. E) hiergegen sinngemäss vor, zur Beurteilung, ob die bundesgerichtlichen Kriterien für die Annahme einer unzumutbaren Selbsteingliederung erfüllt sind, sei nicht der Zeitpunkt der Wiedererwägungsverfügung

vom 12. November 2012 massgebend, sondern der frühere Zeitpunkt der Begutachtung durch die RehaClinic Baden vom 5. Dezember 2011. Bereits zu dem Zeitpunkt habe sich der Beschwerdeführer darüber im Klaren sein müssen, dass er sowohl im Haushalt als auch ausserhäuslich noch über eine erhebliche Einsatzfähigkeit verfüge und diese im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht umzusetzen verpflichtet sei. Mit diesen Ausführungen widerspricht die kantonale IV-Stelle einerseits der klaren Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach der Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung, mit welcher die bisherigen Rentenansprüche aufgehoben werden, massgebend ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 5.2 i.f.). Andererseits erscheint die Annahme einer bereits vor Erlass der Wiedererwägungsverfügung vom 12. November 2012 eingetretenen Pflicht zur Schadensminderung im vorliegenden Fall auch nicht als angezeigt, nachdem die RehaClinic Baden im Gutachten vom 5. Dezember 2011 gerade auf einen unveränderten Gesundheitszustand und das Fehlen einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit schloss (siehe E. 7.1). Der Beschwerdeführer konnte somit in jenem Zeitpunkt in gutem Glauben auf eine unveränderte Ausrichtung der bisherigen Rentenleistungen - wie bereits in den vorausgegangenen Revisionsverfahren der Jahre 2002 und 2005 - hoffen. Die Vorinstanz übersieht überdies, dass ihr RAD das erwähnte Gutachten der RehaClinic Baden in seiner Stellungnahme vom 2. April 2012 als unbrauchbar erklärte (E. 7.5) und sie selbst am 24. April 2012 einen neuen Gutachtensauftrag ans ZIMB erteilt hatte (vgl. Sachverhalt Bst. B.c). Nachdem der Beschwerdeführer schliesslich im Zeitpunkt der zweiten Begutachtung durch das ZIMB, welche am 27. Juni 2012 sowie am 3. und 10. Juli 2012 stattfand (vgl. IV-Akt. 58), das 55. Altersjahr bereits erreicht hatte, ändert die erwähnte Darlegung der kantonalen IV-Stelle nichts an der vorangehend festgestellten unvollständigen Sachverhaltsabklärung (E. 10.4).

E. 10.6

Damit kann die vom Beschwerdeführer aufgeworfene Frage, ob der Vertrauensgrundsatz dem Widerruf einer rentenzusprechenden Verfügung nach Ablauf einer gewissen Zeit grundsätzlich entgegensteht, im vorliegenden Verfahren offen bleiben.

E. 11

Zusammenfassend ergibt sich demnach, dass die Vorinstanz den rechts-erheblichen Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht (insbesondere bezüglich der Eingliederung ins Erwerbsleben) ungenügend abgeklärt hat (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG; vgl. auch MADELEINE CAMPRUBI, in: VwVG Kommentar, S. 773, Rz. 10 f. zu Art. 61).

E. 11.1

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn aufgrund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten bzw. andere gerichtliche Beweissmassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V

163 E. 1d).

E. 11.2

Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz entgegenstünden. Die Sache ist deshalb zur Prüfung beruflicher Eingliederungsmassnahmen, zur Durchführung allfälliger weiterer (beruflicher) Sachverhaltsabklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Art. 61 Abs. 1 VwVG). Die Vorinstanz wird im Rahmen der weiteren Abklärungen zusätzlich zu prüfen haben, ob der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der konkreten Umstände seine seit jeher vorgelegene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt im Rahmen der Selbsteingliederung realistischweise noch verwerten kann. Gegebenenfalls ist eine erwerbsbezogene Abklärung ins Auge zu fassen (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-2956/2012 vom 25. Juni 2014, E. 9).

E. 12

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Eine Rückweisung gilt indessen praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 215 E. 6), sodass vorliegend keine Verfahrenskosten zu erheben sind.

E. 13

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz. Da er keine Kostennote eingereicht hat, ist die ihm zuzusprechende Parteientschädigung nach Ermessen und aufgrund der Akten auf Fr. 1'600. (inklusive Auslagen) festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Nicht zu entschädigen ist die Mehrwertsteuer (Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 des Mehrwertsteuergesetzes vom 12. Juni 2009; MWSTG SR 641.20).

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