

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00368 vom 16. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00368

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00368 du 16 janvier 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00368 del 16 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) Anspruch auf eine Invalidenrente.

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2. Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts kann die Verwaltung auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, die nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückkommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 133 V 50 E. 4.1 S. 52).

E. 2.1

2.1.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Rentenzusprache vom 26. Juli 2005 (Urk. 13/130) hauptsächlich auf das Gutachten der Medas C.____ vom 3. März 2005 (Urk. 13/107).

2.1.2. Gestützt auf ihre Schlussbesprechung stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 23 Ziff. 4.1):

Konversionsneurotische Fehlentwicklung nach Unfallereignissen vom 22. September 2000 und vom 29. März 2003, differentialdiagnostisch: bewusste (?) Simulation, mit

- dissoziativer Bewegungseinschränkung, besonders der Halswirbelsäule
- Symptomausweitung
- multiplen diffusen Klagen ohne klar objektivierbaren Kern

- offensichtlichem Sekundärerwerb, bei
- psychosozialer Zwangslage (Schulden)

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, nannten die Gutachter eine Osteochondrose C5/6 mit diskreten Foraminalstenosierungen beidseits, eine arterielle Hypertonie und einen Nikotinabusus (S. 24 Ziff. 4.2).

In der zusammenfassenden Beurteilung führten die Gutachter aus, subjektiv klagte der Beschwerdeführer in erster Linie über Kopfschmerzen, welche ununterbrochen Tag und Nacht vorhanden seien. Da er nur noch 2 kg tragen, sich kaum mehr bücken und wegen Erschütterungsschmerzen nur noch "ganz langsam und vorsichtig" treppab gehen könne, sei seines Erachtens an eine Wiederaufnahme der Arbeit nicht zu denken. Sein zweitwichtigstes Gesundheitsproblem seien Rückenschmerzen (S. 22).

Objektiv wirke der Beschwerdeführer vorgealtert und psychisch "stumpf", deprimiert und misstrauisch. Höchst auffällig sei seine konsequente "versteifte" Haltung des Kopfes in nach links gewendeter Inklinasion (S. 22 unten). Neben weiteren klinischen Befunden hielten die Gutachter eine manifeste starke Verdeutlichungstendenz beziehungsweise Aggravation fest (S. 23 oben).

Der beigezogene Psychiater habe auf eine konversionsneurotische Entwicklung mit dissoziativer Bewegungseinschränkung und Symptomausweitung geschlossen und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der beigezogene Rheumatologe habe eine chronifizierte zervikozephal Symptomatik mit grotesk fixierter Fehlhaltung der Halswirbelsäule bei Osteochondrose C5/6 gefunden und veranschlage die Arbeitsunfähigkeit - bei massiver Aggravation und dringendem Verdacht auf Simulation - auf 0 %. Die beigezogene Neurologin habe ein chronisches zervikozephal betontes, zunehmend generalisiertes Schmerzsyndrom diagnostiziert, den Verdacht auf Somatisierungsstörung bei psychoreaktiver Fehlverarbeitung der Unfallfolgen, Aggravation und Depression geäußert und die Arbeitsfähigkeit für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten auf 50 % veranschlagt (S. 23).

Sodann führten die Gutachter aus, für die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter schätzten sie die Arbeitsfähigkeit auf 0 % der Norm, dies vor allem aus psychiatrischen und neurologischen Gründen (S. 24 Ziff. 5.1).

Dies gelte auch für alle anderen in Frage kommenden Tätigkeiten, wobei wiederum vorwiegend die psychiatrischen Gegebenheiten, weniger die neurologischen, die Grenzen setzten (S. 24 Ziff. 5.2).

Als mögliche medizinische Massnahmen nannten die Gutachter, sofern der Beschwerdeführer dazu motiviert wäre, eine Psychotherapie, mit Einschluss der Familie, in seiner Muttersprache (S. 24 Ziff. 5.3).

Als Schlussbemerkungen führten die Gutachter aus (Urk. 8/28/1 S. 25 Ziff. 6):

"Wir sind uns bewusst, dass dieses Gutachten mit mehr Unsicherheitsfaktoren behaftet ist als üblich, in erster Linie, weil sich der Versicherte einer seriösen Abklärung und Untersuchung weitgehend entzieht, und in zweiter, weil zur besseren Wahrheitsfindung

Zeit, Geld und detektivisches Können von Nähten wären, welche die Möglichkeiten eines medizinischen Gutachtens im Rahmen der MEDAS bei Weitem sprengen.

2.1.4 In Beantwortung von Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin führten die Gutachter unter anderem aus, das so genannte "typische Beschwerdebild" sei nur für medizinische Laien typisch; solche Beschwerden seien in der Gesamtpopulation (respektive in einem Kontrollkollektiv ohne Halswirbelsäulendistorsionstrauma) so häufig (und könnten auch gut erlernt werden, sofern dafür eine Belohnung anstehe), dass die Zuordnung völlig arbiträr sei (S. 25 Ziff. 7.2.1).

Zur Frage unfallfremder Ursachen führten sie aus, der tiefere Grund der Beschwerden dürfe in der Persönlichkeitsstruktur und der (schwierig eruierten) persönlichen und psychosozialen Vorgeschichte zu finden sein. Die Unfallereignisse als vordergründige Auslöser respektive Amplifizierer gegenüber dem Beschwerdeführer und seiner Umgebung die Rechtfertigung, in die Opferrolle zu schlüpfen, zumal diese mit erheblichem Sekundärerwerb verbunden sei (S. 26 Ziff. 7.3.1).

Die Frage, ob und welche Beschwerden organischer Genese seien, könne so nicht beantwortet werden; jedenfalls ständen die "mageren" klinisch und radiologisch fassbaren Alterationen in keinem Verhältnis zur (bewussten, halb-bewussten oder unbewussten?) überdeutlichen "psychischen" (zentralnervösen) Überlagerung (S. 26 Ziff. 7.3.2). Die Frage einer dauerhaften Integritätsbeeinträchtigung verneinten die Gutachter, dies ausdrücklich im Gegensatz zur neurologischen Konsiliaria, da sie zu wenig solides Substrat fänden und die Möglichkeit der Simulation offen lassen müssten (S. 27 Ziff. 7.10.1).

E. 2.2

2.2.1 Weiter lag der Beschwerdegegnerin der Bericht der Abteilung Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals D. (D.) vom 26. Mai 2005 (Urk. 13/121) vor, wo am 26. Mai 2005 im Rahmen der rheumatologischen interdisziplinären Schmerzprechstunde (RISS) eine psychosomatisch-psychiatrische Beurteilung stattgefunden hatte. Es wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 2 oben):

- Dysthymie (depressive Entwicklung, ICD-10: F34.1)
- Verdacht auf dissoziative Fehlhaltung der HWS (ICD-10: F44.4)
- Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0)

Für die Fehlverarbeitung der Unfallfolgen wurden folgende Faktoren als bedeutsam erachtet: fehlende Deutschkenntnisse, geringe Akkulturation, Verunsicherung durch ausstehenden Rentenentscheid, fehlende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten in der Muttersprache. Die Vermutung einer Simulation dürfe für den Beschwerdeführer ausserst kränkend gewesen sein. Die Arbeitsunfähigkeit sei, wie im MEDAS-Gutachten erwähnt, ganz überwiegend aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht längerfristig als 100 % zu beurteilen (S. 2 Mitte).

2.2.2 Am 6. Juni 2005 wurde wie folgt über die im Rahmen der RISS getätigten Abklärungen berichtet (Urk. 13/122):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Klinisch zeige sich ein chronifiziertes zervikozephal und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei deutlicher Schmerzverarbeitungsstörung und Somatisierungstendenz. Eine klinische Untersuchung sei aufgrund der fixierten Fehllhaltung der HWS beinahe unmöglich gewesen. Die strukturellen Probleme alleine erklärten weder das ausgeprägte Schon- und Schmerzverhalten noch die grossen Einschränkungen der Handlungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Rahmen der beruflichen Partizipation. In der Selbstsorge sei der Beschwerdeführer selbstständig und das Freizeitverhalten sei durch die Krankheit nicht beeinträchtigt worden (S. 1 unten). Das zentrale Problem scheine aus ergotherapeutischer Sicht der Umgang mit den Schmerzen sowie das Verhalten und die Einstellung des Beschwerdeführers gegenüber seiner Krankheit, wodurch er vollständig passiv, inaktiv und handlungsunfähig werde. Die religiöse Haltung, das Gesundheitsverstehen und die familiären und sozialen Kontextfaktoren (Hilfestellung durch Angehörige, IV-Antrag, schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt) unterstützten das passive Verhalten und wirkten verstärkend auf die aktuelle Schmerzproblematik (S. 1 unten f.).

E. 3

3.1 Ä Ä Ä In der Folge nahm die Beschwerdegegnerin Kenntnis vom Urteil des Bundesgerichts vom 30. April 2008 (Urk. 13/159), mit welchem ein Leistungsanspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung verneint worden war. Das höchste Gericht führte dabei aus (E. 4):

■ Die Diagnose eines psychischen Leidens begründet für sich alleine noch keine rechtserhebliche Arbeitsunfähigkeit. Entscheidend ist, ob die diagnostizierte Störung mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wäre (BGE 131 V 50 E. 1.2). Die Unzumutbarkeit des Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess gilt nur, wenn Umstände vorliegen, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern und den Wiedereinstieg unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354 f.). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Renz/Schaffhauser / Franz Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S.77). Hierbei gilt es zu beachten, dass zu den vom Bundesgericht nur eingeschränkt überprüfbaren Tatsachenfeststellungen diejenigen nach dem Bestehen einer

psychischen Komorbidität oder weiterer Umstände zu wählen, welche die Schmerzbewältigung behindern. Als Rechtsfrage frei überprüfbar ist, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten (Urteil I 683/06 vom 29. August 2007 E. 2.2).

In Bezug auf den konkreten Fall des Beschwerdeführers hielt das Bundesgericht sodann fest (E. 5):

Nach den Feststellungen der Vorinstanz ist weder eine psychische Komorbidität noch eine chronische körperliche Begleiterkrankung noch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vorhanden. Dies steht in Einklang mit dem MEDAS-Gutachten vom 3. März 2005, woraus sich unter anderem ergibt, dass seit den Umständen der Zusammenhalt in der Familie gewonnen hat und weiterhin ein regelmässiger Kontakt zu Kollegen unterhalten wird. Die Vorinstanz schloss zudem auf einen sekundären Krankheitsgewinn und die mangelnde Mitwirkung bei den therapeutischen Bemühungen. Das Gericht hat mithin keines der massgeblichen Kriterien als erfüllt erachtet. Der Beschwerdeführer erblickt darin eine offensichtlich unrichtige Sachverhaltsfeststellung im Sinne von Art. 97 Abs. 1 BGG bezüglich der Annahme des fehlenden sozialen Rückzuges, des Bestehens eines sekundären Krankheitsgewinns und der ungenügenden Mitwirkung bei den Therapien. Diese Einwände dringen nicht durch. So ist im Austrittsbericht der Rehaklinik E. ___ vom 6. Mai 2002 bloss der Verdacht auf einen sozialen Rückzug und auf eine verminderte Teilnahme am familiären Leben erhoben worden. Es sind ferner keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass der Beschwerdeführer trotz der bald nach dem ersten Unfall indizierten psychiatrischen Behandlung den ernsthaften Versuch unternommen hätte, einen Psychiater ausfindig zu machen, welcher seiner Muttersprache mächtig ist. Sodann haben die Gutachter der MEDAS mehrfach die mangelnde Mitwirkung bei der Befunderhebung beanstandet, was gegen das Vorliegen einer invalidisierenden Störung spricht (BGE 131 V 49). Nachdem die richtige Diagnosestellung Basis jeder Therapie bildet, ist auch in dieser Hinsicht der Schluss der Vorinstanz auf mangelnde Compliance begründet. ... Das kantonale Gericht durfte ohne Bundesrecht zu verletzen, zum Ergebnis gelangen, es sei dem Beschwerdeführer zuzumuten, bei Aufbieten allen guten Willens sich in die Arbeitswelt einzugliedern und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

3.2 Dr. med. F. ____, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie FMH und Familientherapie, welche den Beschwerdeführer seit Ende November 2007 betreut, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 12. Januar 2008 (Urk. 13/157) eine schwer wiegende chronische depressive Entwicklung mit andauerndem schwerem depressivem Zustand sowie eine andauernde Persönlichkeitsveränderung (S. 3 oben).

Sie führte aus, die ursprüngliche Symptomatik lasse sich ohne grosse Bedenken auf den Unfall zurückführen. Es sei auch nicht so ungewöhnlich, dass solche Symptome zwei bis drei Jahre andauern könnten. Es sei nachvollziehbar, dass alle Symptome durch einen zweiten Unfall erneut aufgeflammt seien. Insbesondere sei die Fehlhaltung des Kopfes und der Schulter aggraviert. Nicht ausser Acht zu lassen und nicht zu unterschätzen sei die traumatisierende Wirkung von plötzlichen, unerwarteten Unfallgeschehen, die ohne weiteres lebensbedrohlich hätten sein können. Solche

Unfälle, besonders wenn sie wiederholt auftreten würden, könnten eine posttraumatische Belastungsstörung verursachen (S. 3 Mitte).

Wenn chronische Schmerzen den Kopf und den lokomotorischen Apparat treffen würden, geschehe es regelmässig, dass eine Symptomausweitung zustande komme. Dies sei nicht mit einer Somatisierung oder einer somatoformen Schmerzstörung gleichzusetzen. Dieses Phänomen sei eher als eine maladaptive physiologische, neurobiologische Reaktion zu verstehen. Auch die groteske Fehlhaltung gehöre wohl in dieselbe Kategorie. Es sei zu betonen, dass das Geschehen ausserhalb der willentlichen Kontrolle des Beschwerdeführers liege. Er sei dem Geschehen genau so ausgeliefert, wie wenn er an einer Schizophrenie leiden würde (S. 3 unten).

Dr. F. attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit (S. 4).

3.3 Dr. med. G., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungsmediziner der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner vom 22. Juli 2008 (Urk. 13/160) datierenden Aktenbeurteilung fest, in der Zeit seit 2005 habe offensichtlich keine psychiatrische Behandlung mit der notwendigen Dauer und Intensität stattgefunden. Die von Dr. F. getroffene diagnostische Feststellung eines schweren depressiven Zustandes und einer andauernden Persönlichkeitsänderung erfolge ohne detaillierte Auseinandersetzung mit den früheren psychiatrischen Berichten und erschliesse sich jedenfalls auch nicht umfassend aus den von ihr gemachten Darlegungen zum aktuellen psychischen Befund (S. 2 unten). Dr. G. erachtete für eine abschliessende Beurteilung eine Begutachtung des Beschwerdeführers als notwendig (S. 3).

3.4 Dr. med. H., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete am 8. Juni 2010 (Urk. 13/180) sein Gutachten zu Händen der Invalidenversicherung. Aufgrund der Akten sowie seiner Untersuchungs- und Erkundigungsbefunde diagnostizierte er den starken Verdacht auf eine Person, die Krankheit vorzusucht, wobei er eine gleichzeitig bestehende dissoziative Begleitstörung bei histrionischer Persönlichkeitsstörung nicht ausschliessen konnte. Er führte aus, das Ausmass letzterer Störung entspreche sicher nicht dem vom Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation gezeigten Bild, weil ihm so Auto fahren, was er offensichtlich nach wie vor praktiziere, sicher nicht möglich wäre. Diese Störung sei auch nie Anlass einer ernsthaften Therapie gewesen, weshalb er nicht von einem nennenswerten Leidensdruck ausgehe (S. 21 Mitte).

Gar nicht einig gehen konnte Dr. H. mit der Beurteilung von Dr. F.: Erstens sei ein schweres depressives Zustandsbild überhaupt nicht kompatibel mit dem extrem dünnen therapeutischen Setting (einmal monatlich), der sehr geringen Dosierung der antidepressiven Medikation, dem Abbruch des in die Wege geleiteten stationären psychiatrischen Aufenthaltes am Eintrittstag (Urk. 13/174/23) sowie der Tatsache, dass der Beschwerdeführer in den letzten Jahren mehrfach zu Auslandsreisen in der Lage gewesen sei, teils unter beschwerlichen Bedingungen. Zweitens scheine eine Rentenverweigerung als Grund für eine andauernde Persönlichkeitsveränderung anzuführen doch sehr an den Haaren herbeigezogen (S. 21 unten).

Dr. H. ersah keine objektivierbaren Befunde, welche für eine nennenswerte Zunahme einer depressiven Symptomatik des Beschwerdeführers im Lauf der letzten Jahre sprechen würde. Aufgrund seiner Untersuchungen ging er von einer auch mitzuberücksichtigenden familiendynamischen Problematik

(Krankenrollenverhalten, S. 12 Mitte) aus, zu deren versuchter Aufklärung die Familie bisher aber offensichtlich nie Hand geboten habe. Zusammenfassend hielt der Gutachter eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht für ausgewiesen (S. 22).

E. 4

4.1.1.1.1 Das Bundesgericht erachtet eine Rentenzusprache unter anderem dann als zweifellos unrichtig, wenn bei der blossen Diagnose einer langanhaltenden somatoformen Schmerzstörung resp. Fibromyalgie von einer Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wird, ohne dass die praxisgemässen Kriterien für die ausnahmsweise Annahme der Nicht-Überwindbarkeit gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_203/2010 vom 21. September 2010 E. 3.3). Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen).

4.2.1.1.1 Im invalidenversicherungsrechtlichen Urteil betreffend den Beschwerdeführer vom 30. April 2008 hat das Bundesgericht ausdrücklich festgehalten, dass bei der Hauptdiagnose einer konversionsneurotischen dissoziativen Störung (Urk. 13/157 E. 3.4) weder eine psychische Komorbidität noch eine chronische körperliche Begleiterkrankung noch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vorhanden ist. Es bestätigte das vollständige Fehlen der praxisgemässen Kriterien und verneinte das Vorliegen einer versicherungsrechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/157 E. 5).

4.3.1.1.1 Bei diesem Ergebnis ist die mit Verfügung vom 26. Juli 2005 (Urk. 13/130) erfolgte Rentenzusprache aufgrund eines aetiologisch-pathogenetisch unerklärlichen syndromalen Leidenzustandes als zweifellos unrichtig zu qualifizieren. Denn vorweg wurden bei der Rentenzusprache die massgeblichen praxisgemässen Kriterien zur Überwindbarkeit der funktionellen Problematik gar nicht geprüft. Damit liegt aber nicht bloss eine nachträgliche, abweichende Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vor, welche die getroffene Beurteilung noch nicht als zweifellos unrichtig erscheinen liesse (so das sinngemässe Vorbringen des Beschwerdeführers, Urk. 1 S. 6 unten). Im Gegenteil ist in der erfolgten Rentenzusprache eine klare Verletzung der Bundesgerichtspraxis zu erblicken, welche den Entscheid als zweifellos unrichtig erscheinen lässt.

E. 4.4

4.4.1.1.1 Eine Überprüfung der Verhältnisse im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids 15. November 2010 ergibt kein abweichendes Bild: Dr. H.____, dessen Expertise den praxisgemässen Kriterien des Beweiswerts einer Expertise (BGE 125 V 351 E. 3a) vollumfänglich entspricht, verneinte nach wie vor das Vorliegen einer Komorbidität und legte in einleuchtender Weise dar, weshalb die gegenteilige Auffassung von Dr. F.____ (Diagnose eines schweren depressiven Zustandes und einer andauernden Persönlichkeitsänderung) nicht überzeugt (E. 3.4). Namentlich finden sich weder objektivierbare Befunde noch eine Auseinandersetzung mit den Vorakten und den

offenkundigen Inkonsistenzen. Das Vorliegen einer Komorbidität wurde denn auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht.

Die praxisgemässen weiteren Kriterien sind klarerweise nicht gegeben: Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liegt gerade nicht vor. An einem mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung ist angesichts des aggraviorischen Charakters erheblich zu zweifeln. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liegt ebenfalls klarerweise nicht vor. Von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung sowie einem Scheitern konsequent durchgeführter Behandlungen kann bei der Verweigerung einer durch die behandelnde Psychiaterin veranlassten stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person von vornherein nicht gesprochen werden.

Damit besteht auch aktuell keine Veranlassung, von einer versicherungsrechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

4.4.2 Nichts anderes ergibt sich aus dem invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren: Die Invalidenversicherung verneinte mit Verfügung vom 16. Dezember 2010 (Urk. 15/1) weiterhin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Rentenleistungen mit der Begründung, dass kein Gesundheitsschaden im Rechtssinne ausgewiesen sei. Das hiesige Gericht trat in der Folge mit (nicht angefochtenem) Beschluss vom 1. März 2011 (Urk. 15/2) auf die dagegen erhobene Beschwerde nicht ein, weshalb die Verfügung in Rechtskraft erwachsen ist.

4.5 Die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Soweit er seine Observation beantragt (Urk. 1 S. 6 f.), ist darauf hinzuweisen, dass auch entsprechende Beobachtungen keine andere Beurteilung erlauben würden. Bei Fehlens relevanter organischer Befunde wäre ein Schmerzverhalten ohnehin als funktionell zu betrachten, und die Voraussetzungen zur entsprechenden versicherungsrechtlichen Relevanz ist gerade nicht gegeben.

5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die ursprüngliche Rentenzusprache offensichtlich unrichtig war. Da die Berichtigung sodann - wie es bei periodischen Dauerleistungen regelmässig der Fall ist (BGE 119 V 475 E. 1c) - von erheblicher Bedeutung ist, hob die Beschwerdegegnerin die Rentenzusprache zu Recht wiedererwägungsweise auf. Die erhobene Beschwerde erweist sich demgemäss als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

6. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur, Dübendorf, aus der Gerichtskasse zu entschädigen. In Anwendung der massgeblichen Kriterien (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie §§ 8 und 9 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]) ist die Entschädigung bei Anwendung des gerichtlichen Stundensatzes von 200.-- auf Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur, Dübendorf, wird mit Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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