

BGer 8C_170/2020 vom 2. Juli 2020

Bundesgericht, 2020-07-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_170_2020

FR: TF 8C_170/2020 du 2 juillet 2020

IT: TF 8C_170/2020 del 2 luglio 2020

Erwägungen

E. 1

Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann eine Rechtsverletzung nach Art. 95 f. BGG gerügt werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Dennoch prüft es - offensichtliche Fehler vorbehalten - nur die in seinem Verfahren gerügten Rechtsmängel (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG ; BGE 141 V 234 E. 1 S. 236). Es legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Es kann ihre Sachverhaltsfeststellung von Amtes wegen berichtigen oder ergänzen, wenn sie offensichtlich unrichtig ist oder auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG beruht und wenn die Behebung des Mangels für den Verfahrensausgang entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1, Art. 105 Abs. 2 BGG).

E. 2.1

Streitig ist, ob die Vorinstanz zu Recht die Aufhebung der Invalidenrente bestätigt hat.

E. 2.2

Das kantonale Gericht hat die Bestimmungen und Grundsätze über die Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), die Invalidität (Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG) und die Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) zutreffend dargelegt. Richtig sind auch die Ausführungen zum zeitlichen Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f.) und zur zeitlichen Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 143 V 409 E. 2.1 i.f. S. 411 mit Hinweis). Gleiches gilt für die bei der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) und der Beurteilung des Beweiswerts eines ärztlichen Berichts oder Gutachtens zu beachtenden Regeln (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352). Darauf wird verwiesen.

E. 2.3

Zu betonen ist Folgendes:

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG [SR 830.1]). Anlass zur Rentenrevision (materielle Revision) gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung resp. Bestätigung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext

unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C_418/2010 E. 4.2; Urteile 9C_59/2019 vom 29. Mai 2019 E. 4.3.2; 9C_561/2018 vom 8. Februar 2019 E. 5.3.2.1; 8C_419/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 4.3).

E. 3.1

Das Bundesverwaltungsgericht verneinte zunächst eine Verletzung des Anspruchs auf ein faires Verfahren und des rechtlichen Gehörs. Es legte sodann den zeitlichen Referenzzeitpunkt für die Prüfung der Frage, ob sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers in anspruchrelevanter Weise verändert hat, auf den Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügungen vom 31. März resp. 27. Mai 2010 fest. Weiter gab es die medizinischen Grundlagen, die zur Rentenzusprache führten, ausführlich wieder. Dabei kam die Vorinstanz zum Schluss, dass die Rentenzusprache aufgrund umfangreicher Diagnosen, insbesondere aber wegen kognitiver Funktionsstörungen multifaktoriellen Ursprungs erfolgte. Alsdann legte sie die medizinischen Akten im Revisionszeitpunkt, insbesondere das polydisziplinäre SAM-Gutachten vom 25. Mai 2016, detailliert dar. Sie mass der Expertise volle Beweiskraft bei und schloss auf eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands. Gestützt auf das SAM-Gutachten stellte das Bundesverwaltungsgericht ferner fest, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig sei. Hingegen seien ihm adaptierte Verweisungstätigkeiten unter Berücksichtigung des von den Ärzten definierten Zumutbarkeitsprofils im Rahmen einer Vollzeitstelle bei einer Leistungsminderung von 20 % zumutbar. Basierend darauf berechnete es mittels Einkommensvergleichs einen Invaliditätsgrad von gerundet 35 %, wobei es den von der IVSTA gewährten leidensbedingten Abzug von 15 % bestätigte. Schliesslich bejahte es die Zumutbarkeit der Verwertung der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Wege der Selbsteingliederung.

E. 3.2

Der Beschwerdeführer macht im Wesentlichen geltend, die Vorinstanz habe Bundesrecht verletzt, indem sie auf ein nicht beweiskräftiges Gutachten abgestellt und gestützt darauf festgestellt habe, es sei eine relevante gesundheitliche Verbesserung eingetreten. Zudem habe das Bundesverwaltungsgericht zu Unrecht bei der Invaliditätsbemessung nicht den Maximalabzug von 25 % gewährt und die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bejaht.

E. 4.1

Die Vorinstanz stellte fest, dass die Rentenzusprache im Jahr 2010 in erster Linie aufgrund von kognitiven Funktionsstörungen multifaktoriellen Ursprungs erfolgt sei. Die bereits damals vorhandenen rheumatologischen Beschwerden (thorakolumbales Vertebralesyndrom) sowie diverse weitere Erkrankungen hätten eine untergeordnete Rolle gespielt und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Zwar seien damals auch ein Diabetes mellitus Typ 2 und eine depressive Störung diagnostiziert worden. Insbesondere letztere sei aber nicht als alleinstehende Erkrankung, sondern im Zusammenhang mit den multifaktoriellen kognitiven Defiziten diskutiert worden. Denn der Neuropsychologe Dr. phil. C. _____ habe in seinem Bericht vom 5. Mai 2009 ausgeführt, dass eine klare ätiologische

Zuordnung der kognitiven Defizite schwierig sei. Das beim Beschwerdeführer festgestellte Ausfallmuster in Bezug auf die Aufmerksamkeits- und Gedächtnisfunktionen mit auch kognitiver Verlangsamung könne nicht nur bei einer durch Lösungsmittelinduzierten toxischen Enzephalopathie, sondern auch bei einem Diabetes sowie bei affektiven Störungen beobachtet werden. Dr. phil. C._____ habe zudem aufgrund eines blanden MRI-Befunds vom 23. Juni 2009 eine toxische Ursache als deutlich abgeschwächt erachtet und für den Fall einer bestehenden affektiven Störung zur besseren Differentialdiagnose eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung empfohlen. Die damals zuständige IV-Stelle des Kantons Zürich habe dem Versicherten in der Folge eine Behandlungspflicht der depressiven Störung auferlegt.

E. 4.2

Das Bundesverwaltungsgericht erwog sodann, im Rahmen der Begutachtung im SAM hätten die Experten überzeugend dargelegt, dass aus psychiatrischer Sicht keine Erkrankung mehr vorliege. Die depressive Komponente sei demnach nach der Rentenzusprache vom 31. März 2010 weggefallen. Weiter führte die Vorinstanz aus, die Gutachter hätten einlässlich und überzeugend begründet, weshalb sie einen Zusammenhang zwischen den im Rahmen der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung festgestellten Schwierigkeiten (leichte Reduktion des Kurzzeitgedächtnisses; lexikalische Armut mit einfacher Sprache und reduziertem Vokabular; leichte Wahrnehmungsschwierigkeiten, wahrscheinlich bedingt durch Sehprobleme; kognitive Funktionsweise an der unteren Grenze der Norm) und einer Lösungsmittelinduzierten Enzephalopathie als fraglich erachtet hätten. Stattdessen hätten sie die gegenwärtigen (eingeschränkten) kognitiven Funktionen auf das niedrige intellektuelle Niveau des Beschwerdeführers (IQ von 73) zurückgeführt. Das Bundesverwaltungsgericht wies im Weiteren darauf hin, die Ärzte der Abteilung für Arbeits- und Umweltmedizin des Spitals D._____ hätten in ihrem Bericht vom 3. August 2009 festgehalten, dass zumindest eine teilweise Reversibilität der chronischen toxischen Enzephalopathie angenommen werden dürfe. Nach den überzeugenden Feststellungen der Gutachter sei diese nun vollständig erfolgt.

E. 5.1

Es steht fest und ist unbestritten, dass die Rentenzusprache im Jahr 2010 aufgrund von kognitiven Funktionsstörungen multifaktoriellen Ursprungs erfolgte. Als Ursache wurde damals eine durch chronische Lösungsmittelexposition induzierte toxische Enzephalopathie diskutiert (vgl. Bericht der neurologischen Klinik des Spitals D._____ vom 5. Mai 2009). Gleichzeitig wiesen die Ärzte aber darauf hin, dass ein ähnliches Ausfallmuster auch bei Diabetes oder affektiven Störungen beobachtet werden könne. Zudem müsse bei der Interpretation der Befunde auch die tiefe Schulbildung des Versicherten berücksichtigt werden, welche die Minderleistungen zu einem gewissen Grad mitbedinge. Am ehesten müsse von einer multifaktoriellen Genese (vorbestehende Leistungsschwäche, depressive Störung, toxische Enzephalopathie, Diabetes) ausgegangen werden.

E. 5.2.1

Gemäss neuropsychologischem Teilgutachten des Dr. E._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie, vom 10. Februar 2016 besteht beim Beschwerdeführer ein präorbiter IQ von 73, einem Wert an der untersten Grenze der Norm. Am wahrscheinlichsten sei die Diagnose grenzwertiger intellektueller Fähigkeiten (ICD-10 R41.83). Die neuropsychologische Untersuchung habe eine leichte Verzögerung der Exekutivfunktionen,

eine leichte Reduktion des Kurzzeitgedächtnisses und eine lexikalische Armut mit einfacher Sprache und reduziertem Vokabular gezeigt. Es seien zudem leichte perspektivische Unterscheidungsschwierigkeiten zum Vorschein gekommen, welche wahrscheinlich in Verbindung mit den Sehstörungen stünden. Die globale kognitive Funktion sei an der unteren Grenze der Norm. Der Zusammenhang zwischen den erwähnten Schwierigkeiten und einer möglichen auf die Inhalation von Lösungsmitteln zurückzuführende Enzephalopathie sei zweifelhaft. Wahrscheinlicher sei ein Zusammenhang zwischen den aktuellen kognitiven Funktionen und dem niedrigen intellektuellen Niveau des Versicherten, was auch durch die Anamnese bestätigt werde.

E. 5.2.2

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte keine psychiatrische Diagnosen. Die Untersuchung habe keine schweren psychopathologischen Beschwerden ergeben. In Bezug auf die seinerzeit vom Spital D. _____ formulierte diagnostische Hypothese hielt der Experte fest, die wahrscheinlichsten Ursachen der ausgewiesenen funktionellen und der multifaktoriellen kognitiven Störung seien die beschränkten intellektuellen Ressourcen, insbesondere unter Berücksichtigung der geringen Schulbildung des Versicherten. Diese beschränkten intellektuellen Ressourcen hätten den Exploranden aber nicht daran gehindert, in der Vergangenheit brauchbare Leistungen zu erbringen (wenn auch im Rahmen von einfachen Arbeiten). Es bestehe demnach aus rein psychiatrischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Auf die Frage, seit wann eine (allfällige) anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestehe und wie sich diese seither bis zur gutachterlichen Untersuchung entwickelt habe, antwortete Dr. med. F. _____, aus fachärztlicher Sicht habe keine Arbeitsunfähigkeit bestanden und bestehe auch derzeit nicht. Bei der Beantwortung der Frage 11 betreffend eine allfällige Veränderung des Gesundheitszustands hielt er zudem fest, der Gesundheitszustand des Versicherten sei seit Jahren stationär.

E. 5.2.3

In ihrem Gesamtgutachten sprachen die Experten sodann von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands im Vergleich zum Jahr 2009. Sie begründeten dies damit, dass aktuell keine depressive Störung habe festgestellt werden können. Stattdessen habe man das Vorhandensein von beschränkten intellektuellen Ressourcen bestätigen können. In neuropsychologischer Hinsicht sei ein Zusammenhang zwischen den kognitiven Defiziten und einer möglichen lösungsmittelinduzierten Enzephalopathie zweifelhaft. Wahrscheinlicher erscheine ein Zusammenhang mit dem tiefen intellektuellen Niveau des Versicherten.

E. 5.3

Es besteht ein gewisser Widerspruch zwischen der im Gesamtgutachten angenommenen gesundheitlichen Verbesserung in psychischer Hinsicht und den Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten, wonach auch in der Vergangenheit keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und der Gesundheitszustand seit Jahren stationär sei. Dies kann einzig so verstanden werden, dass eine allfällige Verbesserung des Gesundheitszustands durch den Wegfall einer depressiven Komponente jedenfalls keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Dem Beschwerdeführer ist darin beizupflichten, dass eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens für sich alleine nicht genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen. Notwendig ist

vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. E. 2.3 hiervor). Eine solche ergibt sich aus dem SAM-Gutachten vom 25. Mai 2016 aber gerade nicht. Wie die Vorinstanz verbindlich (vgl. E. 1.1 hiervor) feststellte, kam der depressiven Störung im Zeitpunkt der Rentenzusprache keine eigenständige Bedeutung zu. Vielmehr wurde sie im Zusammenhang mit den multifaktoriellen kognitiven Defiziten diskutiert. Allein im Wegfall der Diagnose einer depressiven Störung kann demnach keine Verbesserung des Gesundheitszustandes erblickt werden, zumindest solange nicht, als die kognitiven Störungen unverändert bestehen. Der Beschwerdeführer weist zudem zutreffend darauf hin, dass im Zeitpunkt der Rentenzusprache kein medizinischer Bericht aktenkundig ist, in welchem ein psychiatrischer Facharzt eine depressive Störung unter Bezugnahme auf ein anerkanntes Klassifikationssystem (vgl. dazu: BGE 130 V 396 E. 5.3. S. 398) diagnostiziert hätte. Ausserdem verneinte der psychiatrische Experte des SAM eine Arbeitsunfähigkeit aus fachärztlicher Sicht auch für die Vergangenheit. Weiter ergibt sich aus den Ausführungen des neuropsychologischen und des psychiatrischen Experten (vgl. E. 5.2.1 und 5.2.2 hiervor), dass sich die kognitiven Defizite, die bei der Rentenzusprache im Vordergrund standen, im Vergleichszeitraum nicht verändert haben. Dies sahen offenbar auch die Ärzte der Fachgruppe der IVSTA so: So ist dem Protokoll zur Besprechung vom 16. Februar 2017 zu entnehmen, dass die Verlangsamung und Reduktion des Kurzzeitgedächtnisses immer noch vorhanden seien. Die kognitiven Funktionen seien an der unteren Grenze. Diesbezüglich sei die Situation analog zur Situation im Zeitpunkt der Rentenzusprache. Mithin habe sich im kognitiven Bereich nichts geändert. Die Bildgebung sei unauffällig und die Störungen seien gleich geblieben. Aus neuropsychologischer Sicht sei demnach keine Verbesserung ersichtlich (vgl. Protokoll zur Besprechung vom 31. August 2017).

E. 5.4

Dass die Gutachter des SAM die Ursache der kognitiven Defizite - anders als die Ärzte des Spitals D. _____ - in erster Linie auf das tiefe intellektuelle Niveau des Beschwerdeführers zurückführten, begründet keine Verbesserung des Gesundheitszustands, wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht. Insbesondere ergibt sich auch aus dem Umstand, dass die SAM-Gutachter eine lösungsmittelinduzierte Enzephalopathie als Ursache der kognitiven Störungen als zweifelhaft erachteten, keine erhebliche gesundheitliche Verbesserung, zumal bereits anlässlich der Rentenzusprache auf die diesbezüglichen diagnostischen Unsicherheiten hingewiesen wurde (vgl. Bericht der Abteilung für Arbeits- und Umweltmedizin vom 3. August 2009). Entgegen der Feststellung der Vorinstanz führten die Experten sodann nicht aus, dass eine "teilweise Reversibilität" der chronischen toxischen Enzephalopathie eingetreten sei. Sie hielten lediglich fest, dass ein Zusammenhang zwischen den kognitiven Defiziten und dem niedrigen intellektuellen Niveau wahrscheinlicher erscheine (vgl. E. 5.2.1 und 5.2.3 hiervor). Eine gesundheitliche Verbesserung wird damit gerade nicht ausgewiesen.

E. 5.5

In ihrer Vernehmlassung vertritt die IVSTA ebenfalls die Meinung, dass sich das Leiden des Versicherten nicht verändert hat. Sie geht aber davon aus, dass die neuropsychologischen Defizite im Sinne eines niedrigen Intelligenzniveaus schon immer bestanden und den Versicherten bis zum Auftreten weiterer Störungen nicht daran gehindert hätten, einer angepassten einfachen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Inwiefern dies im revisionsrechtlichen Kontext relevant sein soll, ist indessen nicht erkennbar.

E. 5.6

Da die rheumatologischen und neurologischen wie auch die aus otorhinolaryngologischer Sicht gestellten Diagnosen im Zeitpunkt der Rentenzusprache keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten hatten (vgl. E. 4.1 hiervor), scheidet diesbezüglich eine anspruchrelevante Verbesserung des Gesundheitszustands von vornherein aus. Die Fachärzte des SAM stellten in diesem Zusammenhang denn auch stabile Verhältnisse fest.

E. 5.7

Nach dem Gesagten lässt sich die vorinstanzliche Feststellung, wonach sich die Arbeitsfähigkeit der Versicherten seit der Rentenzusprache vom 31. März 2010 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung erheblich verbessert habe, nicht auf das SAM-Gutachten vom 25. Mai 2016 abstützen. Die zusammenfassende Beurteilung im SAM-Gutachten, wonach der Versicherte für leidensangepasste Tätigkeiten im Rahmen eines Vollzeitpensums zu 80 % arbeitsfähig sei, ist demnach nicht Ausdruck eines verbesserten Gesundheitszustandes, sondern Resultat einer unterschiedlichen Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit. Dies ist revisionsrechtlich unerheblich (vgl. E. 2.3 hiervor). Auch aus den übrigen Unterlagen lässt sich keine anspruchrelevante Veränderung ableiten.

E. 5.8

Zusammenfassend hat die Vorinstanz Bundesrecht verletzt, indem sie allein aufgrund des Wegfalls der depressiven Komponente und gestützt auf eine unterschiedliche gutachterliche Beurteilung der Ursache der kognitiven Defizite einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG bejaht hat. Die Beschwerde des Versicherten ist begründet. Er hat demnach weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente.

E. 6

Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 66 Abs. 1 Satz 1 BGG). Ferner hat sie dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten (Art. 68 Abs. 1 und 2 BGG).

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