

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/340 vom 11. Dezember 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-12-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_340

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/340 du 11 décembre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/340 del 11 dicembre 2019

Regeste

Art. 17 ATSG, Art. 28 IVG. Würdigung medizinischer Berichte. Verbesserung des Gesundheitszustandes überwiegend wahrscheinlich, Voraussetzung für Renteneinstellung erfüllt. Kein Anspruch auf berufliche Massnahmen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Dezember 2019, IV 2017/340).

Volltext

Entscheid vom 11. Dezember 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. IV 2017/340 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach 29, 8887 Mels, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.____ meldete sich am 11. Dezember 2006 (Posteingang 5. Januar 2007) zum Bezug von Leistungen der liechtensteinischen Invalidenversicherung an (IV-act. 20). Der Versicherte war am 28. Oktober 2006 aufgrund eines akuten Hydrocephalus (vermehrte Ansammlung von Hirnwasser) im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) hospitalisiert worden. Gleichtags war eine endoskopische Ventrikulostomie durchgeführt und eine Ventrikeldrainage eingelegt worden. Am 3. November 2006 hatte er sich einer elektiven Resektion eines parenchymatösen Pinealistumors (Hirntumor) unterzogen und am 9. November 2006 war ihm ein ventrikulo-peritonealer (VP) Shunt rechts frontal eingesetzt worden (IV-act. 29-18, 31-2). Vom 21. November 2006 bis 3. Januar 2007 befand er sich stationär in der Klinik Valens. Die dort behandelnden Ärzte attestierten ihm in ihrem Austrittsbericht vom 10. Januar 2007 ab 21. November 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (IV-act. 29-5 ff.). Nach einer vom 19. Dezember 2006 bis 8. Februar 2007 durchgeführten Radiotherapie im Bereich der Glandula pinealis erachteten ihn die zuständigen Ärzte des KSSG auch am 22. Mai 2007 noch bis auf Weiteres als zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 31-2 f.). Im Auftrag der liechtensteinischen IV-Stelle wurde der Versicherte im Oktober 2007 durch Ärzte der Klinik Valens neurologisch und neuropsychologisch abgeklärt. Diese listeten in ihren Gutachten vom 11. bzw. 14. Dezember 2007 als Diagnosen insbesondere einen intermediär differenzierten Pinealistumor mit unter anderem klinisch einem leicht- bis mittelgradig eingeschränkten neurokognitiven Leistungsprofil, einem Parinaud-Syndrom mit vertikaler Blickparese, Doppelbildern beim Blick nach links, einer leichten Gangataxie und einer organisch bedingten affektiven Störung auf. Aktuell bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt. Sie empfahlen eine berufliche Förderzeit in der Einrichtung B.____ (IV-act. 34). Die liechtensteinische IV-Stelle sprach dem Versicherten am 14. April 2008 mit Wirkung ab 1. November 2007 eine ganze Rente zu

und übernahm mit Verfügung vom 10. Juni 2008 die Kosten des Arbeitstrainings in der B.____ (IV-act. 44, 54, vgl. IV-act. 55). Die zuständigen Ärzte der Klinik Valens berichteten am 16. Dezember 2008, die Massnahme habe ohne konkret fassbares Ergebnis einer beruflichen Reintegrationsmöglichkeit beendet werden müssen (IV-act. 61). Am 17. Oktober 2008 hatte sich der Versicherte erstmals bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen angemeldet (IV-act. 5). Diese sprach ihm am 5. Oktober 2009 mit Wirkung ab 1. Oktober 2007 eine ganze Rente zu (IV-act. 71 f.). Die liechtensteinische IV-Stelle bestätigte den bisherigen Rentenanspruch mit Schreiben vom 2. November 2009 und 17. Dezember 2012 (IV-act. 78, 91-14). Am 6. Juli 2010 und 6. März 2013 teilte die IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten mit, er habe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-act. 88, 108). Der behandelnde Arzt des KSSG, Dr. med. C.____, berichtete am 17. März 2015 über eine leichte Zunahme der diskreten Doppelbilder. Ein gleichentags durchgeführtes MRI habe jedoch ein normalweites Ventrikelsystem ohne Hinweis auf einen Hydrocephalus oder ein Tumorrezidiv gezeigt (IV-act. 114-6 ff.). Am 17. Juni 2015 hielt er fest, von rein neurologischer Seite bestehe keine direkte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Allfällige Einschränkungen aus neuropsychologischer oder ophthalmologischer Sicht könne er nicht beurteilen (IV-act. 115). Im Auftrag der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (IV-act. 127 f.) wurde der Versicherte durch Prof. Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet sowie von Dr. med. E.____, Fachärztin für Augenheilkunde, konsiliarisch beurteilt. In seinem Gutachten vom 8. März bzw. 8. April 2016 hielt Prof. D.____ unter Einbezug einer neuropsychologischen Abklärung von Dipl. psych. F.____ als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein inkomplettes dorsales Mittelhirnsyndrom mit Augenmotilitätsstörungen bei Status nach Resektion eines Pinealistumors und Anlage eines VP-Shunts mit Restfunktionsstörungen in den höheren koordinativen Fähigkeiten und Kopfschmerzen fest. In einer adaptierten Tätigkeit könne von einem Rendement ausgegangen werden, welches den Versicherten quantitativ zu ca. 20 bis 30% bezogen auf ein Vollpensum einschränke (IV-act. 135). RAD-Arzt Dr. med. G.____ erachtete das Gutachten am 3. Mai 2016 für beweiskräftig und stellte fest, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit der ersten Rentenverfügung erheblich verbessert (IV-act. 137). Mit Vorbescheid vom 6. Juni 2016 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 23% die Aufhebung der Rente in Aussicht (IV-act. 140). Dagegen erhob der Versicherte am 11. Juli 2016 Einwand und reichte unter anderem einen Bericht des Spitals H.____ vom 19. Mai 2016 ein, in welchem die zuständigen Ärzte einen Verdacht auf fokale Anfälle geäußert hatten (IV-act. 144, vgl. IV-act. 148). Prof. D.____ beantwortete am 22. September 2016 Rückfragen der IV-Stelle. Er hielt fest, aufgrund des neu hinzugetretenen Verdachts auf eine fokale Epilepsie ergäben sich zusätzliche qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 149 f.). Nach Einholen weiterer Berichte des Spitals H.____ (IV-act. 151 ff.) hielt die IV-Stelle mit Schreiben vom 21. November 2016 an ihrem bisherigen Entscheid fest und gewährte dem Versicherten eine Frist zur Stellungnahme (IV-act. 159), wovon dieser am 19. Dezember 2016 Gebrauch machte (IV-act. 162). Die zuständigen medizinischen Fachpersonen der Augenklinik des Universitätsspitals Zürich hatten am 24. November 2016 über im Vergleich zur letzten Untersuchung im Juni 2016 leicht progrediente Befunde berichtet. Der Versicherte habe sein kleines Fusionsblickfeld verloren und die Senkungseinschränkung habe leicht zugenommen (IV-act. 163). Die behandelnden Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG berichteten am 14. Februar 2017 über ein dorsales Mittelhirnsyndrom. Der Versicherte sehe

mittlerweile überall übereinanderstehende Doppelbilder (IV-act. 167, vgl. IV-act. 169). Dr. C.____ berichtete am 27. April 2017, am 6. April 2017 habe eine MRI-Verlaufskontrolle stattgefunden. Diese habe einen guten Befund ohne Hinweis auf einen Rezidiv-Tumor ergeben. Die langsam progredienten Doppelbilder seien am ehesten als Spätfolge der Bestrahlung im Bereich der Vierhügelplatte zu interpretieren. Aufgrund der Doppelbilder und des Schwindels bestehe für Arbeiten an rotierenden Maschinen, unter körperlicher Belastung, bei Notwendigkeit zu fahren oder mit ständig wechselnden ungünstigen Körperpositionen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Nach Abschluss der ausstehenden ophthalmologischen Behandlung, allenfalls einer Schieloperation, könne die Arbeitsfähigkeit definitiv beurteilt werden (IV-act. 172, vgl. IV-act. 174). Am 4. Juli 2017 äusserte sich Prof. D.____ zu weiteren Rückfragen der IV-Stelle (IV-act. 178). Nach erneuter Gewährung des rechtlichen Gehörs (IV-act. 179, 182) verfügte die IV-Stelle am 24. August 2017 entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 183). Mit Vorbescheid vom 4. September 2017 stellte die liechtensteinische IV-Stelle dem Versicherten die Aufhebung der Rente in Aussicht (IV-act. 186). Gegen die Verfügung vom 24. August 2017 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) die vorliegende Beschwerde vom 18. September 2017. Er beantragte darin deren Aufhebung; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Er machte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache nicht erheblich verbessert, es fehle an einem Revisionsgrund. Das Gutachten von Prof. D.____ sei nicht beweiskräftig (act. G1). Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 9. November 2017 die Abweisung der Beschwerde. Sie brachte vor, es sei ein medizinischer Revisionsgrund ausgewiesen. Auf das Gutachten von Prof. D.____ könne abgestellt werden (act. G4). Mit Replik vom 4. Dezember 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und verneinte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (act. G6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G8). Erwägungen Der Beschwerdeführer hat seit 1. Oktober 2007 eine ganze Invalidenrente der schweizerischen Invalidenversicherung bezogen (IV-act. 71 f.). Mit der angefochtenen Verfügung vom 24. August 2017 hat die Beschwerdegegnerin die bisherige Rente eingestellt (IV-act. 138). Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Renteneinstellung zu Recht erfolgt ist. Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 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). Bei der Anpassung einer Invalidenrente im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG geht es darum, eine ursprünglich tatsächlich und rechtlich korrekte formell rechtskräftige Verfügung über eine Dauerleistung (Rente) an nach Eintritt der formellen Rechtskraft eingetretene Veränderungen tatsächlicher Natur anzupassen, das heisst eine nachträglich eingetretene tatsächliche Unrichtigkeit der formell rechtskräftigen Verfügung zu beheben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4). Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Die letzte Prüfung des Rentenanspruchs nahm die Beschwerdegegnerin im Januar 2013 vor (IV-act. 92 ff.). Sie holte aus medizinischer Sicht lediglich einen Verlaufsbericht von Hausärztin Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, ein. Diesem lag ein Bericht über eine Kontrolluntersuchung im KSSG vom 23. März 2012 bei (IV-act. 95). Dies stellt keine umfassende materielle Neuprüfung des Rentenanspruchs dar, so dass die gestützt darauf ergangene Mitteilung vom 6. März 2013 (vgl. IV-act. 108) nicht als Referenzzeitpunkt für die Rentenrevision zu betrachten ist. Dasselbe gilt für die im Mai 2010 vorgenommene Prüfung des Rentenanspruchs (vgl. IV-act. 81 ff.) und die gestützt darauf ergangene Mitteilung vom 6. Juli 2010 (IV-act. 88). Vorliegend ist daher zu prüfen, ob seit der erstmaligen Rentenzusprache vom 5. Oktober 2009 eine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, welche sich auf dessen Erwerbsfähigkeit auswirkt. Die ursprüngliche Verfügung vom 5. Oktober 2009 (IV-act. 71 f.) ging im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten der Klinik Valens vom 11. bzw. 14. Dezember 2007 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% in jeglichen Tätigkeiten aus (IV-act. 34). Der abklärende Arzt der Klinik Valens listete als Diagnosen einen intermediär differenzierten Pinealistumor bei initial occlusivem Hydrocephalus sowie klinisch einem leicht- bis mittelgradig eingeschränkten neurokognitiven Leistungsprofil, einem Parinaud-Syndrom mit vertikaler Blickparese, Doppelbildern beim Blick nach links, leichter Gangataxie und einer organisch bedingten affektiven Störung im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode auf. Er führte aus, es bestehe derzeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt. Die Feststellung einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei verfrüht, da zuerst eine berufliche Förderzeit in der B.____, begleitet von ambulantem neuropsychologischem

Training und ambulantem ergotherapeutischem Neurotraining, durchgeführt werden sollte (IV-act. 34). Das gemäss der Empfehlung absolvierte Arbeitstraining wurde im Dezember 2008 ohne konkret fassbares Ergebnis einer beruflichen Reintegrationsmöglichkeit beendet (IV-act. 61). Nachdem RAD-Arzt Dr. med. J. ___ eine Arbeitsfähigkeit von 0% in einer adaptierten Tätigkeit bestätigt hatte (IV-act. 64), sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine ganze Rente zu (IV-act. 71 f.). Dr. I. ___ bestätigte im Folgenden einen unveränderten Gesundheitszustand (IV-act. 85, 95). Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 24. August 2017 (IV-act. 183) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Gutachten von Prof. D. ___ (IV-act. 135). Der Beschwerdeführer spricht diesem die Beweiskraft ab (act. G1). Prof. D. ___ nannte als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein inkomplettes dorsales Mittelhirnsyndrom bei Status nach Resektion eines Pinealistumors und Anlage eines VP-Shunts mit Restfunktionsstörungen in den höheren koordinativen Fähigkeiten und Kopfschmerzen (IV-act. 135-47). Er beurteilte, infolge der Kopfschmerzen und der neuro-ophthalmologischen Störungen mit sekundären koordinativen Einschränkungen bestehe ein Rendement, welches den Beschwerdeführer in Bezug auf ein Vollpensum in jeglicher beruflicher Tätigkeit zu 20% bis 30% einschränke. Dies aufgrund der Störungen im Arbeitstempo und des erhöhten Pausenbedarfs. Zusätzlich bestünden qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 135-46, 135-48). Entgegen der Kritik des Beschwerdeführers (act. G1) berücksichtigte er dabei insbesondere auch die Ergebnisse der ophthalmologischen Untersuchung durch Dr. E. ___, welche ein dorsales Mittelhirnsyndrom mit inkompletter Remission diagnostiziert hatte (vgl. IV-act. 135-49, 135-57 ff.). Prof. D. ___ führte aus, es sei davon auszugehen, dass der neurologische Gesundheitszustand nie so schlecht gewesen sei wie angenommen. Er sei der Ansicht, dass bei der Berentung bereits subjektive Beschwerden nicht objektiviert in die Beurteilung mit eingeflossen seien. Seine Untersuchung habe die handicapierenden Fähigkeitsstörungen auf der Grundlage der aktuellen medizinischen Erkenntnisse unter Nutzung von Symptomvalidierungsverfahren objektiviert (IV-act. 135-49). Sie sei gründlich und objektivierend, ohne Berücksichtigung subjektiver Beschwerden bei der Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung. Das subjektive Beschwerdebild sei hingegen weitgehend unverändert. Aufgrund der objektivierten Untersuchung beurteile er die Arbeitsfähigkeit im Ergebnis anders (als bei der ursprünglichen Berentung). Dies stehe im Einklang mit den Einschätzungen des Neurochirurgen des KSSG in einem Bericht vom 17. Juni 2015 (IV-act. 136, vgl. IV-act. 115). Aus den Ausführungen von Prof. D. ___ ergibt sich, dass er die attestierte Arbeitsunfähigkeit, welche ursprünglich zur Zusprache einer Rente geführt hatte, als zu grosszügig erachtete. Es bestehen aber keine hinreichenden Hinweise darauf, dass diese offensichtlich unrichtig gewesen wäre. Dies, obwohl Dr. C. ___ am 17. Juni 2015 festhielt, seines Wissens sei nie von einer Berentung die Rede gewesen und er wisse nicht, woher das Rentenbegehren motiviert sei (IV-act. 115). Nachfolgend ist allerdings zu prüfen, ob zwischen der Rentenzusprache und dem Einstellungszeitpunkt eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist oder es sich bei der Beurteilung von Prof. D. ___ lediglich um eine andere Einschätzung eines unveränderten Sachverhalts handelt. Prof. D. ___ erwähnte in seiner Stellungnahme vom 22. September 2016, er führe in seinem Gutachten aus, warum sich der Gesundheitszustand verbessert habe (IV-act. 150). RAD-Arzt Dr. G. ___ befand am 3. Mai 2016 ebenfalls, der Gesundheitszustand habe sich erheblich verbessert. Er begründete, im Gegensatz zur ersten Verfügung hätten im Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. D. ___ mit Ausnahme von ophthalmologischen

Störungen keine objektivierbaren neurologischen oder neuropsychologischen Beeinträchtigungen vorgelegen. Im Zeitpunkt der ersten Verfügung hätten noch Symptome eines Hydrocephalus bestanden, welcher wohl die neuropsychologischen Defizite verursacht habe (IV-act. 137). Wie der Beschwerdeführer jedoch zu Recht vorbringt (act. G1), war der initial vorhandene occlusive Hydrocephalus im Oktober und November 2006 durch eine externe ventrikuläre Druckentlastung sowie eine VP-Shunt-Anlage behandelt worden. Im Zeitpunkt des Rentenbeginns am 1. Oktober 2007 bestand damit bereits kein Hydrocephalus mehr (vgl. IV-act. 34). Seit der Rentenzusprache ist es aber insofern zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen, als keine organisch bedingte affektive Störung im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode mehr vorliegt (vgl. IV-act. 34-11 f.). Ebenso bestand im Zeitpunkt der Rentenzusprache ein leicht- bis mittelgradig eingeschränktes neurokognitives Leistungsprofil, während Prof. D. ___ lediglich noch Restfunktionsstörungen in den höheren koordinativen Fähigkeiten erwähnte (IV-act. 135-47). Auch die im Gutachten der Klinik Valens noch angeführte leichte Gangataxie (vgl. IV-act. 34-11) fand keine Erwähnung mehr. Der Beschwerdeführer klagte sowohl im Zeitraum der Rentenzusprache wie auch bei der Begutachtung durch Prof. D. ___ über wiederkehrende Kopfschmerzen bzw. einen Druck oder ein "komisches Gefühl" im Kopf (IV-act. 31-2, 34-10, 135-35, 135-44). Gegenüber Prof. D. ___ führte er aus, bei körperlicher Anstrengung aggraviere der Druck im Kopf und es komme dann zu Kopfschmerzen. Etwa einmal pro Woche sei der Kopfschmerz so stark, dass er sich hinlegen und eine Schmerztablette einnehmen müsse. Teilweise trete auch Übelkeit auf (IV-act. 135-35). Anlässlich der Begutachtung in der Klinik Valens hatte er noch erklärt, er habe mit häufigen Kopfschmerzen betont im Bereich der Schläfe beidseits zu tun, teilweise komme es auch zu Schmerzen im Bereich des Hinterkopfes, besonders bei Belastung. Bei geistiger Anstrengung komme es zu einer Zunahme der Kopfschmerzen. Nach der Nahrungsaufnahme komme es zu einem vermehrten Druckgefühl im Kopf, nach dem Mittagessen etwa müsse er sich hinlegen, um die Übelkeit auszukurieren (IV-act. 34-3 f.). Es ist damit davon auszugehen, dass sich die Problematik bezüglich der Kopfschmerzen verbessert hat. Im Zeitpunkt der Begutachtung in der Klinik Valens im Oktober 2007 litt der Beschwerdeführer unter einem Parinaud-Syndrom mit vertikaler Blickparese und Doppelbildern beim Blick nach links (IV-act. 34-11). Dr. C. ___ berichtete am 17. März 2015, der Beschwerdeführer leide seit ca. zwei Monaten unter einer leichten Zunahme der diskreten Doppelbilder. Diese seien in den letzten Jahren nur bei endständigen Blicken zur Seite vorhanden gewesen, nun aber auch beim Blick geradeaus. Er führte weiter aus, der Beschwerdeführer fühle sich dadurch weniger gestört als etwas beunruhigt, ob dies mit einem neuen Tumorwachstum zu tun haben könnte. Das gleichentags durchgeführte MRI habe verglichen zu den Voraufnahmen ein weiterhin normalweites Ventrikelsystem ohne Hinweis auf einen Hydrocephalus und keinen Hinweis auf ein Tumorrezidiv ergeben. Rein bildmorphologisch lasse sich die leichte Progredienz der Doppelbilder nicht erklären. Der Beschwerdeführer sei durch den sehr positiven Befund des neuen MRI sehr beruhigt gewesen. Er komme mit den leichten Doppelbildern durchaus zurecht (IV-act. 114-6 f.). Dr. I. ___ erklärte am 3. Juli 2015, es bestehe Fahrtauglichkeit. Es gebe eine Augenstellung, in welcher der Beschwerdeführer keine Doppelbilder habe, aber er müsse den Kopf dazu immer in einer speziellen Haltung haben. Das ermüde ihn und er fahre nie länger als eine Stunde am Stück, da es sonst zu Nackenschmerzen komme (IV-act. 118). Der Beschwerdeführer gab auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin an, er sehe nur beim Blick nach links doppelt. Beim Autofahren bewege er den ganzen Kopf, nicht nur die Augen,

nach links, so dass keine Doppelbilder aufträten. Sein Sehvermögen sei scharf, er brauche keine Brille. Wenn nötig fahre er täglich Auto, dies bis zu einer Strecke von 100km (Posteingang 12. November 2015; IV-act. 120 f.). Dr. E.____ berichtete am 12. Februar 2016, der Beschwerdeführer nehme eine ausgeprägte Kopfwangshaltung ein, um die Doppelbilder auszugleichen und das Feld von binokularem Einfachsehen zu nutzen. Er habe gelernt, im Alltag das Bild des linken Auges zu ignorieren (IV-act. 135-58). Am 24. November 2016 hielten die zuständigen Ärzte der Augenklinik des Universitätsspitals Zürich sodann fest, die Befunde seien im Vergleich zur letzten Untersuchung im Juni 2016 leicht progredient. Der Beschwerdeführer habe sein kleines Fusionsblickfeld verloren und die Senkungseinschränkung habe leicht zugenommen. Die leichte Zunahme der Schielwinkel müsse aber nicht im direkten Zusammenhang mit der neurologischen Situation stehen. Sie kündigten an, für ihre Empfehlung und Entscheidung bezüglich einer allfälligen Augenmuskuloperation die neurologische Untersuchung im KSSG abzuwarten (IV-act. 163). In ihrem Bericht vom 14. Februar 2017 führten die behandelnden Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG als Anamnese aus, in den letzten zwei Jahren hätten die Doppelbilder zugenommen, so dass der Beschwerdeführer nur noch ein kleines Fenster bei der Kopfwendung nach rechts und beim Blick nach oben gehabt habe. Mittlerweile sehe er überall übereinanderstehende Doppelbilder (IV-act. 167). Dabei handelt sich offenbar jedoch um subjektive Angaben des Beschwerdeführers, welche nicht durch Untersuchungen objektiviert wurden. Dr. C.____ hielt am 11. April 2017 fest, das am 6. April 2017 durchgeführte MRI habe einen sehr guten Verlaufsbefund ohne Hinweis auf einen Rezidiv-Tumor ergeben. Die langsam progredienten Doppelbilder würden den Beschwerdeführer auch im Sinne von Schwindelgefühlen und Sensationen des Kopfes beim nach vorne oder hinten Neigen einschränken. Die Option einer Schieloperation sei unbedingt zu evaluieren. Momentan bestehe für gewisse näher bezeichnete Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, für leichte Tätigkeiten sollte jedoch eine Arbeitsfähigkeit bestehen (IV-act. 174, vgl. IV-act. 172). Dr. C.____ ging damit von einer bestehenden Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus. Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin (IV-act. 177) führte Prof. D.____ am 4. Juli 2017 überzeugend aus, eine Schieloperation könnte allenfalls das qualitative Leistungsspektrum verbessern, habe jedoch auf die quantitative Arbeitsfähigkeit keinen Einfluss. Er halte weiter an seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung fest (IV-act. 178). Insgesamt ist damit eine Verschlechterung der Problematik der Doppelbilder, welche sich auf die quantitative Arbeitsfähigkeit auswirken würde, nicht nachgewiesen. Im Übrigen sieht der Beschwerdeführer trotz der geklagten Zunahme der Doppelbilder seine Fahreignung offenbar weiterhin als gegeben an, was bei einer erheblichen Verschlechterung nicht zu erwarten wäre. Die behandelnden Ärzte des Spitals H.____ äusserten am 19. Mai 2016 erstmals einen Verdacht auf fokale Anfälle (IV-act. 144-6 f.). Dadurch ergeben sich jedoch - sollten sie durch die Medikation nicht vollständig kompensiert sein (vgl. IV-act. 162, act. G1.3) - gemäss Beurteilung von Prof. D.____ lediglich qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit; hinsichtlich der quantitativen Einschränkung (20 bis 30% eines Vollpensums in jeglicher Tätigkeit) seien die Doppelbilder ohne Belang (IV-act. 150-4). Die Beschwerdegegnerin bringt vor, aus dem im Gutachten von Prof. D.____ erhobenen Tagesablauf ergebe sich eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes (act. G4), was der Beschwerdeführer bestreitet (act. G6). Anlässlich der Begutachtung in der Klinik Valens im Oktober 2007 war der Tagesablauf des Beschwerdeführers nicht im Detail erhoben worden. Dieser hatte angegeben, wenn er unter Menschen sei, beispielsweise bei Einkäufen im Supermarkt, leide

er unter Schwindelgefühlen, vermehrtem Druck- sowie Angstgefühl. Nach dem Mittagessen müsse er sich hinlegen, um seine Übelkeit auszukurieren. Bei den Aktivitäten des täglichen Lebens wie Körperpflege, Einkaufen und Kommissionen erledigen sei er nicht eingeschränkt (IV-act. 34-4). Gegenüber Prof. D. ___ berichtete der Beschwerdeführer sodann, er wecke morgens seine Kinder und bereite ihnen das Frühstück zu. Er bringe seinen älteren Sohn in den Kindergarten und hole ihn mittags wieder ab. Er begleite seine im gleichen Haushalt lebenden Eltern zum Einkaufen. Etwa einmal pro Woche müsse er sich am Vormittag wegen Kopfschmerzen hinlegen. Den Haushalt führten "die Frauen", er beteilige sich nicht daran. Nach dem Mittagessen bringe er seinen Sohn wieder in den Kindergarten und lege sich anschliessend eine Stunde lang hin. Nachmittags spiele er mit seinem jüngeren Sohn und hole dann den älteren wieder vom Kindergarten ab. Manchmal gehe er mit seiner Ehefrau spazieren. Am Abend bringe er seine Kinder ins Bett (IV-act. 135-36). Der Beschwerdeführer war damit bei der Begutachtung durch Prof. D. ___ weitgehend in der Lage, seinen Alltag ohne grössere gesundheitliche Einschränkungen zu bewältigen und seine Kinder zu betreuen. Insgesamt ergibt sich damit, dass die Beeinträchtigungen seit der Rentenzusprache bzw. der erst rund ein Jahr nach der Tumorentfernung erfolgten Beurteilung durch die Klinik Valens (IV-act. 34) zurückgegangen sind bzw. sich der Beschwerdeführer zumindest besser daran gewöhnt hat. Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass das Gutachten von Prof. D. ___ vom 8. März bzw. 8. April 2016 sowie seine Stellungnahmen vom 22. September 2016 und 4. Juli 2017 (IV-act. 135, 150) auf umfassender Aktenkenntnis sowie eigenen Untersuchungen beruhen, das gesamte Leidensbild des Beschwerdeführers berücksichtigen und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Prof. D. ___ berücksichtigte dabei die konsiliarische Beurteilung von Dr. E. ___ und die neuropsychologische Abklärung durch Dipl. psych. F. ___ (IV-act. 135). Letztere hatte in ihrem Teilgutachten vom 8. April 2016 festgehalten, aus neuropsychologischer Sicht ergäben sich Hinweise für vor allem nicht-authentische neuropsychologische Störungen. Mit den in den Akten beschriebenen Diagnosen seien die erhobenen ausgeprägten Minderleistungen und die Inkonsistenzen nicht zu vereinbaren. Sie seien auch mit dem Fähigkeitsniveau im Alltag nicht zu vereinbaren. Würde das gezeigte Leistungsvermögen den tatsächlichen kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers entsprechen, wäre eine eigenständige Lebensführung nicht möglich. Aufgrund der hoch auffälligen Beschwerdevalidierung mit Ergebnissen auf Zufallsniveau könne eine bewusstseinsnahe Selbstlimitierung nicht ausgeschlossen werden (IV-act. 135-56). Aus den vom Beschwerdeführer vorgebrachten medizinischen Einschätzungen ergeben sich zudem keine objektiven Gesichtspunkte, welche im genannten Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Schliesslich wurden auch zwischen dem Gutachten bzw. den Stellungnahmen und der umstrittenen Verfügung vom 24. August 2017 (IV-act. 183) eingetretene massgebliche Veränderungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht substantiiert geltend gemacht und solche ergeben sich auch nicht aus den Akten. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich damit. Zusammenfassend ist eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Folglich besteht ein medizinisch bedingter Revisionsgrund und es ist gestützt auf das Gutachten von Prof. D. ___ von einer Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 25% auszugehen. Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens - und damit indirekt des Invaliditätsgrads - ist in aller Regel der Grad der verbliebenen

Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer hat in seinem Heimatland den Beruf des Metallrehers erlernt (IV-act. 9), war danach jedoch als Hilfsarbeiter tätig (vgl. IV-act. 15, 135-34). Es ist ihm deshalb ohne weiteres zumutbar, im Ausmass seiner verbliebenen Arbeitsfähigkeit einer Hilfsarbeit nachzugehen. Es muss sich um eine der Behinderung optimal gerecht werdende Hilfsarbeit handeln, damit die verbleibende Arbeitsfähigkeit - der allgemeinen Schadenminderungspflicht Rechnung tragend - bestmöglich verwertet werden kann. Wenn in Art. 6 Satz 1 ATSG von der durch eine Gesundheitsbeeinträchtigung bewirkten Einschränkung bei der Fähigkeit, im bisherigen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten, die Rede ist, so kann damit im Zusammenhang mit der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens der Beschwerdeführerin also nur die Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsadaptierten Hilfsarbeit gemeint sein (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 17. August 2012, IV 2010/400 E. 1.1). Ausgehend von einer 100%igen Arbeitstätigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter (Maschinenbediener) im Validenfall und einer solchen von 75% im Invalidenfall erübrigen sich die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs und insbesondere die Festsetzung eines Tabellenlohnabzugs. Denn auf der Basis der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von 25% würde selbst bei Gewährung eines Abzugs von 15% kein rentenbegründender Invaliditätsgrad erreicht ($25\% + [75\% \times 15\%] = 36.25\%$). Ein Abzug von über 15% ist jedenfalls nicht angezeigt, sodass die genaue Festsetzung mangels Relevanz unterbleiben kann. Die Beschwerdegegnerin hat die Rente damit zu Recht eingestellt. Der Beschwerdeführer beantragt sinngemäss eventualiter die Zusprache von beruflichen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (act. G1, G6). Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil 8C_759/2018 vom 13. Juni 2019 fest, dass bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen seien. Dabei wies es darauf hin, dass von dieser praxisgemäss vermuteten Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung ausnahmsweise abgewichen werden könne, wenn namentlich die langjährige Absenz der versicherten Person vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen sei, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert sei oder wenn sie über eine besonders breite Ausbildung und Berufserfahrung verfüge. Dabei müssten konkrete Anhaltspunkte den Schluss zulassen, dass sich die versicherte Person trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren könne. Die IV-Stelle trage hierfür die Beweislast (E. 9.2 des Urteils mit Verweis auf Urteil 8C_494/2018 vom 6. Juni 2019, E. 5.1 ff.). Der Beschwerdeführer bezog seit 1. Oktober 2007 eine ganze Rente (IV-act. 71 f.). Bei Erlass der Einstellungsverfügung vom 24. August 2017 (vgl. IV-act. 183) lag damit eine Bezugsdauer von knapp zehn Jahren vor. In diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer 40 Jahre alt. Im Sinne der genannten Rechtsprechung war die Beschwerdegegnerin damit nicht verpflichtet, berufliche Massnahmen durchzuführen. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.--

ist dem Beschwerdeführer anzurechnen. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss wird dem Beschwerdeführer im Betrag von Fr. 600.-- angerechnet.

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