

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00271 vom 16. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00271

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00271 du 16 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00271 del 16 maggio 2017

Erwägungen

E. 1.1

). Im Mai 2004 diagnostizierte Dr. B.____ zusätzlich eine seit Februar/März 2004 bestehende schwere depressive Episode (vorstehend E. 3.

E. 1.2

). Schliesslich diagnostizierte Dr. C.____ im Juli 2004 eine Anpassungsstörung mit Übergang zu Angstreaktion nach körperlichen Erkrankungen (Schilddrüsenkarzinom 1998 und FSME 2000) seit 1998/2000 sowie einen Verdacht auf Residualsyndrom nach FSME-Infektion mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.1.3).

Der Rentenbestätigung vom 22. Juni 2006 (Urk. 9/69) lag sodann das Schreiben vom Dr. B.____ vom Juni 2006 zugrunde, in welchem er eine Anpassungsstörung im Rahmen/bei Status nach einer FSME-Infektion, einer Persönlichkeitsstörung und einen Status nach Schilddrüsenkarzinom diagnostizierte (vorstehend E. 3.3). Der Rentenbestätigung vom 6. August 2008 (Urk. 9/76) lag schliesslich der Bericht von Dr. B.____ vom Juli 2008 zugrunde, in welchem er einen residuellen Zustand nach FSME, einen Status nach Schilddrüsenkarzinom mit Hypothyreose, einen Status nach Radiotherapie sowie eine psycho-vegetative Dystonie mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte (vorstehend E. 3.4).

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. Januar 2016 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Z.____-Gutachten vom November 2014 (vorstehend E. 4.6), wonach keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnosen vorliegen. Die Gutachter diagnostizierten jedoch einen Zustand nach FSME 1999 mit subjektiver Belastungsintoleranz und Vergesslichkeit, einen Zustand nach Substanzabusus (Benzodiazepine und wahrscheinlich Alkohol), ein minimal invasives follikuläres Schilddrüsenkarzinom, ein normogonadotroper Hypogonadismus, eine arterielle Hypertonie und eine Adipositas ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

5.2

Das polydisziplinäre Z.____-Gutachten vom November 2014 umfasst die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie und Endokrinologie. Die Gutachter Dr. I.____, Dr. J.____, Dr. E.____ und PD Dr. L.____ verfügen über den entsprechenden Facharztstitel und waren somit in ihren Fachgebieten grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers befähigt. Der Psychologe/Neuropsychologin lic. phil. K.____ ist Konsiliararzt in der Neuropsychologie des Z.____ und deshalb in seinem Fachgebiet ebenfalls grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers

befähigt.

Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und das Verhalten des Beschwerdeführers und erstellten ihren jeweiligen Teil des Gutachtens in Kenntnis der Vorakten (vorstehend E. 4. 6). Die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit werden im Gutachten ausführlich begründet und sind nachvollziehbar. Damit erfüllt das Z.____ -Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 5.3

Gemäss dem Z.____ -Gutachten vom November 2014 liegen keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnosen vor (vorstehend E. 4.7). Die Gutachter begründeten den neurologisch unauffälligen Status des Beschwerdeführers (vorstehend E. 4. 6) damit, dass sich während der neurologischen Untersuchung in objektiver Hinsicht ein völlig unauffälliger neurologischer Befund (vgl. Urk. 9/168 S. 18 f. Ziff. 4.2.2) ergeben habe und auch keine Zeichen einer vorzeitigen Ermüdung, auch wenn der Beschwerdeführer Schwindelbeschwerden und Kopfschmerzen beklagt habe. Für die Schwindelbeschwerden finde sich indes unter der Frenzelbrille kein Korrelat. Dem neurologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bezüglich eines vormaligen Benzodiazepin- und möglicherweise auch Alkohol-Überkonsums glaubhaft angegeben habe, diesen reduziert zu haben. Allerdings reiche die angegebene verbliebene Menge an psychoaktiven Substanzen aus, um eine vermehrte Tagesmüdigkeit hinreichend zu erklären. Zudem habe ein relevanter Defektzustand als Folge der anamnestischen FSME vor 15 Jahren nicht festgestellt werden können. So sei bereits im Rahmen der ersten Z.____ Begutachtung im Juni 2012 dargelegt worden, dass das sekundäre Auftreten kognitiver Defizite in einem Abstand von mehreren Jahren als unwahrscheinlich anzusehen sei (Urk. 9/168 S. 19 f. Ziff. 4.2.4, vgl. vorstehend E. 4. 1). Der neurologische Teilgutachter nahm auch zur neuropsychologischen Untersuchung vom November 2012 in der H.____ (vgl. vorstehend E. 4. 4) Stellung und führte hierzu in nachvollziehbarer Weise aus, dass insbesondere die Schlussfolgerung eines amnestischen Syndroms von den beschriebenen Befunden her nicht nachvollziehbar sei. So sei mehrfach ausgeführt worden, dass der Beschwerdeführer die mehrstündige Untersuchung mit nur einer kurzen Pause gut durchgehalten habe. Ein Nachlass der Aufmerksamkeit sei nicht beschrieben worden. Dies decke sich mit der aktuellen Untersuchung (Urk. 9/168 S. 20 Ziff. 4.2.7).

Die Gutachter stützten sich für die neuropsychologische Beurteilung des Gesundheitszustandes auf die diesbezügliche Untersuchung, wonach weitgehend unauffällige Befunde erhoben worden seien und lediglich eine leichte kognitive Beeinträchtigung unklarer Genese vorliege (vorstehend E. 4. 6). Dabei stützten sie sich auf die im Rahmen des neuropsychologischen Teilgutachtens erhobenen Befunde, welche mit diversen Tests und Untersuchungen (namentlich Untersuchungsverfahren, Hamburg-Wechsler-Intelligenztest, Corsi-Würfel, Aufmerksamkeits-Belastungs-Test, TAP: Geteilte Aufmerksamkeit, Farbe-Wort-Interferenz-Test, komplexe Figur von Rey, Benton-Test, Verbal-Learning-Test, Textgedächtnis Form A, LGT 3 Gegenstände, Word Fluency phonetisch, Word Fluency semantisch, Design Fluency, Diktat und Handschriftprobe und Verhaltensbeobachtung) erhoben worden sind (Urk. 9/168 S. 21 ff. Ziff. 4.3.2). Der neuropsychologische Gutachter legte in seinem Teilgutachten nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer im Bereich der Intelligenz eine durchschnittliche Leistungsfähigkeit gezeigt habe. Die Merkfähigkeit sei für Zahlen,

Bewegungsabläufe, Texte, Figuren und Gegenstände nicht beeinträchtigt. Lediglich für Sinn unverbundene Wörter finde sich eine sehr deutlich unterdurchschnittliche Leistung. Die Aufmerksamkeitsfunktionen seien nach motivationalen Hinweisen des Versuchsleiters durchschnittlich. Ohne diese motivationalen Hinweise seien die Leistungen sehr deutlich unterdurchschnittlich. Da im Bereich der geteilten Aufmerksamkeit eine gut durchschnittliche Leistung gezeigt werde, müsse von einer erhaltenen Konzentration auch unter vorgegebenem Tempo von aussen ausgegangen werden. Die Frontalhirnfunktionen seien lediglich im Sinne einer leicht reduzierten Grundgeschwindigkeit unter Interferenzbedingungen auffällig. In sämtlichen übrigen Verfahren zeigten sich durchschnittliche Resultate. Es fänden sich keine aphasischen, apraxischen oder agnostischen Phänomene im neuropsychologischen Testprotokoll (Urk. 9/168 S. 24 Ziff. 4.3.4). Der neuropsychologische Teilgutachter nahm ebenfalls zur neurologischen Untersuchung vom November 2012 in der H.____ (vgl. vorstehend E. 4.4) Stellung und führte hierzu aus, dass keine Übereinstimmung bestehe. Er legte in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass sich fast zwei Jahre nach der Untersuchung von 2012 lediglich im Bereich der reduzierten Merkfähigkeit für Sinn unverbundene Wörter Übereinstimmung finde. Im Gegensatz zur damaligen Untersuchung seien in der aktuellen neuropsychologischen Testung die Merkfähigkeitsfunktionen in den anderen Bereichen nicht beeinträchtigt gewesen. Damals seien die Aufmerksamkeitsfunktionen nicht beeinträchtigt gewesen; heute seien sie anfänglich beeinträchtigt gewesen, nach motivationalen Hinweisen des Versuchsleiters seien sie jedoch durchschnittlich. Ein amnestisches Syndrom, wie es damals aus neuropsychologischer Sicht postuliert worden sei, könne heute auch in Absprache mit dem Neurologen nicht mehr postuliert werden (Urk. 9/168 S. 24 f. Ziff. 4.3.7).

Der Schluss der Gutachter, aus allgemeininternistischer Sicht liege keine Einschränkung vor (vorstehend E. 4.6), erweist sich gestützt auf die allgemein internistischen Befunde als nachvollziehbar. So stellte der allgemein internistische Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, seit der letzten Untersuchung im Z.____ hätte er eine Blutdruckbehandlung beginnen müssen. Im Übrigen hätten keine internistischen Beschwerden bestanden. Die Befunde im allgemein internistischen Status seien ausser einer Adipositas mit einem BMI von 30 kg/m² unauffällig gewesen. Die Blutdruckwerte hätten im Normbereich gelegen. Bei den Laboruntersuchungen sei eine Erhöhung des Kreatinins festgestellt worden. Eine manifeste Niereninsuffizienz habe mit dem etwas erniedrigten Harnstoffwert ausgeschlossen werden können, denn ein wesentlicher Krankheitswert könne aus diesem Laborbefund nicht abgeleitet werden (Urk. 7/168 S. 11 f. Ziff. 3.4).

Der Schluss der Gutachter, aus endokrinologischer Sicht bestehe ebenfalls keine Einschränkung (vorstehend E. 4.6), erweist sich gestützt auf die endokrinologischen Befunde als nachvollziehbar. Der endokrinologische Teilgutachter hielt fest, dass sich bei 1998 diagnostiziertem minimal invasivem follikulärem Schilddrüsenkarzinom nach totaler Thyreoidektomie und Radiojodelimination ein günstiger, rezidivfreier Verlauf gezeigt habe. Die suppressive Schilddrüsenhormonbehandlung sei adäquat eingestellt, bedürfe jedoch einer aussergewöhnlich hohen Dosierung von Eltroxin. Eine kürzlich durchgeführte endokrinologische Beurteilung habe eine adäquate Schilddrüsenhormontherapie bestätigt. Die Langzeitprognose bei hochdifferenziertem Schilddrüsenkarzinom sei günstig. Im Jahre 2012 habe zudem bei abnehmender Libido und erektiler Dysfunktion erstmalig ein normogonadotroper Hypogonadismus diagnostiziert werden können. Eine kürzlich durchgeführte endokrinologische Abklärung habe keine Hinweise für eine hypophysäre

hypothalamische Störung ergeben, so dass der Hypogonadismus differenzial diagnostisch im Rahmen der Adipositas beziehungsweise im Rahmen der Komorbidität bei Depression zu interpretieren sei. Nach einem ersten gescheiterten Testosteronsubstitutionsversuch im Jahre 2012 erfolge aktuell ein erneuter Behandlungsversuch (Urk. 9/168 S. 26 Ziff. 4.4.4).

Schliesslich stützten sich die Gutachter für die psychiatrische Beurteilung des Gesundheitszustandes (vorstehend E. 4. 6) auf das psychologische Teilgutachten, in welchem keine psychiatrische Diagnose gestellt wurde. Der psychiatrische Teilgutachter führte aus, dass sich die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Symptomatik nicht erklären lasse, es müsse von einer Symptomausweitung ausgegangen werden. Es bestehe ein chronischer Verlauf. So beziehe der Beschwerdeführer seit 1999 eine Rente und sei nach eigenen Angaben seit 2013 stundenweise zu 10 bis 12 Stunden in der Woche selbständig tätig. Zu mehr fühle er sich nicht arbeitsfähig, was er mit seinen Beschwerden und den Kopfschmerzen, dem Tinnitus und konsekutiv erhöhter Ermüdbarkeit und Konzentrations- beziehungsweise Gedächtnisstörungen begründe (Urk. 9/168 S. 16 Ziff. 4.1.4). Der psychologische Gutachter stellte in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden könne. So sei die Anamneseerhebung gut möglich gewesen, obschon leichte Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen aufgefallen seien. Der Beschwerdeführer fahre aber auch selber Auto, was gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche. Ferienreisen mit Langzeitflügen zusammen mit der Ehefrau und den Kindern nach Thailand in die Heimat der Ehefrau seien ihm trotz subjektiv starker Beschwerden mit Kopfschmerzen und Tinnitus möglich. Auch gehe er seiner Arbeit als selbständiger Unternehmer nach. Der Medikamentenspiegel des verordneten und eingenommenen Antidepressivums liege unter dem therapeutischen Bereich. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bestehe sonst nicht. Auch fühle er sich eigentlich nicht depressiv. Schliesslich seien die Angaben bezüglich des Konsums von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen nachvollziehbar, auch aufgrund der durchgeführten Urtoxikologie und des nicht pathogenetisch erhöhten CDT-Werten (Urk. 9/168 S. 16 Ziff. 4.1.7). 5.4

Nach

dem Gesagten wurde im Z.____ -Gutachten vom November 2014 schlüssig begründet, dass weder aus somatischer noch psychiatrischer Sicht eine objektivierbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (vorstehend E. 4. 6). Diese Schlussfolgerung stimmt sodann mit dem ersten Z.____ -Gutachten vom Juni 2012 (vorstehend E. 4.2) überein, in welchem die Gutachter eben falls keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt haben. Die Gutachter gingen damals davon aus, dass eine volle Arbeitsfähigkeit seit mehreren Jahren anzunehmen sei, was mit Sicherheit jedoch ab der damaligen Untersuchung im Mai 2012 bestätigt werden könne. Vor diesem Hintergrund ist dem aktuellen Z.____ -Gutachten vom November 2014 folgend von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Untersuchung anlässlich der ersten Begutachtung im Mai 2012 auszugehen (vorstehend E. 4. 6).

Die Z.____ -Begutachtung vom November 2014 stimmt ebenfalls mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. E.____ vom Juni 2012 überein, nach welchem keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (vorstehend E. 4. 2). 5.5

Der dem Z.____-Gutachten vom November 2014 entgegenstehenden Bericht der H.____ vom November 2012 (vorstehend E. 4. 4) vermag sodann keine Zweifel an der schlüssigen und nachvollziehbaren gutachterlichen Beurteilung aufkommen zu lassen, setzten sich doch der neurologische und der neuropsychologische Z.____ -Teilgutachter mit dem Bericht der H.____ auseinander und legten dar, weshalb nicht darauf abzustellen sei (vorstehend E. 5.3). 5.6

Der im Schreiben von Dr. B.____ vom Januar 2015 genannte Widerspruch in der neuropsychologischen Beurteilung (vorstehend E. 4. 7) erweist sich als unbegründet, denn die von Dr. B.____ zitierten Passagen beziehen sich auf die neuropsychologische Anamnese und geben den Inhalt des Berichts der H.____ vom November 2012 wieder (Urk. 9/168 S. 20 f. Ziff. 4.3.1, vgl. vorstehend E. 4. 4). Die Ausführungen der Z.____ -Gutachter in der Gesamtbeurteilung sind , wie bereits erwähnt , schlüssig und nachvollziehbar (vorstehend E. 5.3-5.4) und stehen in keinem Widerspruch. 5.7

Die Ärztliche Leitung des Z.____ teilte dem Beschwerdeführer am 28. Januar 2015 (Urk. 9/179/1 = Urk. 9/182 = Urk. 3/5) mit, dass alle ihre Untersuchungsbefunde und anamnestischen Angaben, also die gesamte „Krankengeschichte“ im Gutachten in den Teilgutachten abgebildet worden seien. Dementsprechend lägen keine weiteren Unterlagen vor und alles sei offen gelegt. Zudem wurden dem Beschwerdeführer die originalen Laboruntersuchungen zugestellt (Urk. 9/179/2-4). Demzufolge wurde dem Beschwerdeführer Einsicht in alle vorhandenen Unterlagen, die der Z.____ Begutachtung zugrunde lagen, gewährt. Ein weitergehender Anspruch, namentlich auf die Herausgabe allfälliger Rohdaten, besteht nicht. Der Einwand des Beschwerdeführers, mit der unvollständigen Herausgabe der medizinischen Akten durch das Z.____ sei sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden (vorstehend E. 2.2, Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 3.1), erweist sich demnach als unbegründet. 5.8

Die vom Beschwerdeführer genannten Leitlinien für eine regelkonforme Begutachtung der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP), wonach die SVNP Neuropsychologen als qualifiziert erachtet, neuropsychologische Gutachten zu erstellen, wenn sie unter anderem über einen Fachtitel in Neuropsychologie verfügen (Ziff. 2 der genannten Leitlinie) , sowie die darin genannten formalen Kriterien zur Beurteilung des Beweiswerts eines Gutachtens (Ziff. 5 des genannten Leitlinie, Urk. 1 S. 12 f. Ziff. 3.2.1), verstehen sich als Empfehlung und sind für das Gericht nicht verbindlich. Denn gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (vorstehend E. 1.5). Das Z.____ -Gutachten erfüllt, wie bereits erwähnt, die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten vollumfänglich (vorstehend E. 5.2). Ausserdem wurde bereits dargelegt, dass der Psychologe/Neuropsychologin lic. phil. K.____ zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers befähigt war (vorstehend E. 5.2). Die diesbezüglichen Einwände des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 12 ff. Ziff. 3.2.1) erweisen sich demnach als unbegründet. 5.9

Des Weiteren lässt die vom Beschwerdeführer gerügte Untersuchungsdauer der psychiatrischen Begutachtung von 50 Minuten (Urk. 1 S. 16 Ziff. 3.2.2.1) ebenfalls keine Zweifel am Gutachten aufkommen. Der zeitliche Aufwand muss zwar der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. In erster Linie hängt der Aussagegehalt einer Expertise aber davon ab, ob sie inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies – wie hier – zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (Urteil des Bundesgerichts 9C_352/2013 vom 3. Juli 2013 E.

4).

5.10

Zusammenfassend ist somit der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenerhöhung im Januar 2005 wesentlich verbessert hat. Gestützt auf das Z. ___-Gutachten vom November 2014 ist von einer Verbesserung des Gesundheitszustands ab Mai 2012 auszugehen, indem der Beschwerdeführer ab diesem Datum in jeglicher Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig ist.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten bezügers 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbeurteilung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder des Hilfebedarfs die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei

Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE

119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass aufgrund des nun vorliegenden Z.____-Gutachtens vom 20. Juni 2012 aus versicherungsmedizinischer Sicht seit Untersuchungsdatum am 2. Mai 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in anderen Verweistätigkeiten ausgewiesen sei (S. 2 oben). Aufgrund der Einwände des Beschwerdeführers sei eine erneute Begutachtung im Z.____ in Auftrag gegeben und am 26. November 2014 erstellt worden. Es bestünden heute keine Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Der Beschwerdeführer sei mit Massnahmen zur Arbeitsvermittlung unterstützt worden. Er habe seine selbständige Tätigkeit ausgebaut und könne sich keine Tätigkeit im Anstellungsverhältnis vorstellen. Sie würden somit an ihrer Beurteilung festhalten (S. 2 unten). 2.2

Demgegenüber vertrat der Beschwerdeführer den Standpunkt (Urk. 1), dass mit der unvollständigen Herausgabe der medizinischen Akten durch das Z.____ der Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden sei. Er sei nicht in die Lage versetzt worden, prüfen zu können beziehungsweise prüfen lassen zu können, ob die neuropsychologischen Tests tatsächlich korrekt in das geschriebene Gutachten eingeflossen seien. Deshalb seien ihm die gesamten edierbaren medizinischen Akten von den im Z.____ durchgeführten medizinischen Untersuchungen zur Stellungnahme zur Verfügung zu stellen (S. 11 Ziff. 3.1). Zudem liege – aus näher genannten Gründen – kein beweiskräftiges Gutachten vor, welches eine erhebliche und andauernde gesundheitliche Verbesserung nachweisen würde (S. 21 Mitte). 2.3

Strittig ist die revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert respektive sich die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat, und ob zur Beantwortung dieser Frage auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Z.____-Gutachten vom 26. November 2014 abgestellt werden kann.

Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenerhöhung im Januar 2005 – da im Rahmen der Rentenbestätigungen im Juni 2006

und August 2008 nur eine rudimentäre Prüfung erfolgte – mit demjenigen, welcher der hier angefochtenen Verfügung vom 26. März 2015 zugrunde lag. 3. 3.1

Der Rentenerhöhung vom 26. Januar 2005 (Urk. 9/60-61) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde: 3.1.1

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hausarzt des Beschwerdeführers, nannte in seinem Bericht vom 9. März 2004 (Urk. 9/48/5- 6) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. A): - Status nach Thyreoidektomie

bei Schilddrüsenkarzinom - Status nach Radiotherapie - Status nach Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) 2000 - dekompenzierte vegetative Dystonie im Zusammenhang mit beiden obigen Diagnosen

Der Beschwerdeführer sei seit Dezember 2000 zu 75 % arbeitsunfähig (Ziff. B). 3.1.2

Dr. B.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 21. Mai 2004 (Urk. 9/ 50/3) neu eine seit Februar/März 2004 bestehende schwere depressive Episode.

3.1.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 20. Juli 2004 (Urk. 9/51/1-2) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. A): - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) mit Übergang zu Angstreaktion (ICD

E. 4

vom 16. Juni 2014 (Urk. 9/155).

In Nachachtung dieses Urteils beauftragte die IV-Stelle das Z.____ mit der polydisziplinären Begutachtung des Versicherten (vgl. Urk. 9/157), wobei das polydisziplinäre Gutachten am 26. November 2014 erstattet wurde (Urk. 9/168). Mit Verfügung vom 25. Januar 2016 (Urk. 9/223 = Urk. 2) hielt die IV-Stelle an ihrem Vorbescheid fest und hob die bisher ausgerichtete Rente auf. 2.

Der Versicherte erhob am 26. Februar 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. Januar 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei die polydisziplinäre Abklärung zu wiederholen, indem das Gericht die Gutachter bestimme. Zudem sei festzustellen, dass die IV-Stelle im Einwandverfahren das Recht auf Akteneinsicht und das rechtliche Gehör verletzt habe. Ferner beantragte er unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-4). Am 24. März 2013 zog der Versicherte den Antrag auf unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zurück (Urk. 7). Die IV Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. April 2016 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 18. April 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Die Ärzte des Z.____ erstatteten das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten am 20. Juni 2012 (Urk. 9/99) gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff. Ziff. 2), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 6 f. Ziff. 3.2) und die am 2. Mai 2012 (S. 1 Mitte) durchgeführten allgemeininternistischen (S. 7 f. Ziff. 3.3), psychiatrischen (S. 8 ff. Ziff. 4.1) und neurologischen (S. 13 ff. Ziff. 4.2)

Untersuchungen.

Die Gutachter nannten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 5.1). Sie nannten jedoch folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 5.2): - funktionelle Störung mit Belastungsintoleranz und Vergesslichkeit (ICD

E. 4.2

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete das von der Pensionskasse in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten am 20. Juni 2012 (Urk. 9/100/3-18) gestützt auf die ihm überlassenen Akten (S. 6 ff. Ziff. II), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 4 f. Ziff. I) und auf die am 30. Mai 2012 (S. 3 oben) durchgeführte psychiatrische Untersuchung (S. 9 f. Ziff. III).

Der Gutachter nannte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er diagnostizierte jedoch einen Status nach Anpassungsstörung (bei Status nach Schilddrüsenkarzinom; FSME-Infektion) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. VII). Er führte aus, dass er in seiner Untersuchung weder die vom psychiatrischen MEDAS-Gutachter diagnostizierte Anpassungsstörung noch die vom den Beschwerdeführer während kurzer Zeit behandelnden Psychiater diagnostizierte Persönlichkeitsstörung habe feststellen können. Im Gegenteil, der Beschwerdeführer mache einen recht stabilen, gesunden Eindruck. Er beschreibe einen normalen, aktiven Alltag, sei wiederum verheiratet, habe drei Buben, die Beziehung zu seiner thailändischen Ehefrau sei gut, er sei ein guter Vater, präsent zu Hause, helfe den älteren Buben bei den Aufgaben und liebe auch den jüngsten, an sich unerwünschten, Sohn (S. 13 Ziff. VIII). Die Restarbeitsfähigkeit betrage in angepasster Tätigkeit, als Koch im Servicebetrieb als auch als Küchenhilfe aus psychiatrischer Sicht 100%. Dem Beschwerdeführer seien jegliche Verweistätigkeiten zumutbar,

jedoch benötige er vorgängig ein Arbeitstraining (S. 15 f. Ziff. IV Fragen 19-24).

E. 4.3

Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) führte in ihrer Stellungnahme vom 19. Juli 2012 (Urk. 9/103/4-5) aus, dass in der von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären Begutachtung als auch in der praktisch zeitgleich durch die Pensionskasse veranlassten psychiatrischen Begutachtung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in bisherigen und anderen Verweistätigkeiten resultiere. Aus ihrer Sicht sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab dem Z.____-Gutachten respektive dem Untersuchungsdatum vom 2. Mai 2012 zur Übernahme zu empfehlen. 4. 4

Dr. phil. G.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, H.____, legte in ihrem Bericht vom 2. November 2012 (Urk. 9/122 = Urk. 3/3) dar, dass der Beschwerdeführer bei problemloser Kooperation und guter Anspruchshaltung die mehrstündige Untersuchung mit nur einer kurzen Pause gut durchgehalten habe, obwohl er sich anschliessend sehr müde gefühlt habe (S. 3 oben). Die Fachpsychologin kam zum Schluss, dass sich im Bereich Mnestik/Lernen deutliche Minderleistungen manifestieren würden (S. 3 Mitte). Die objektivierten mittelschweren Beeinträchtigungen im Bereich Mnestik/Lernen ergäben ein sehr konsistentes Störungsprofil, welches materialunabhängig sei. Zur formal erfassten anterograden Gedächtnisstörung komme die anamnestisch erhobene leichte retrograde Gedächtnisstörung mit teilweisem Verlust von erworbenem Wissen. Diagnostisch entsprächen die Gedächtnisdefizite einem eigentlichen amnestischen Syndrom. Die Defizite

seien als cerebral bedingt zu interpretieren und als persistierende Folge der vor zwölf Jahren durchgemachten schweren FSME-Erkrankung zu sehen. Sie seien alltagsrelevant und mit den anamnestisch erhobenen Beschwerden auf kognitiver Ebene gut zu vereinbaren, das heisst sie würden dem Beschwerdeführer das zuverlässige Speichern neuer Ereignisse wie auch das Lernen neuer Inhalte erschweren (S. 3 unten).

E. 4.5

Die Z.____-Gutachter führten in ihrer Stellungnahme vom 19. November 2012 (Urk. 9/123) aus, dass sie an ihrem Gutachten vollumfänglich festhalten würden. Aus medizinischer Sicht bestehe keine Indikation, eine ergänzende endokrinologische oder neuropsychologische Untersuchung durchzuführen (S. 1 unten).

E. 4.6

Die Ärzte des Z.____ erstatteten das von der Beschwerdegegnerin erneut in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten am 26. November 2014 (Urk. 9/168) gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff. Ziff. 2), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 9 ff. Ziff. 3.1) und die am 21. und 22. Oktober 2014 (S. 1 Mitte) durchgeführten allgemeininternistischen (S. 11 f. Ziff. 3.2), psychiatrischen (S. 12 ff. Ziff. 4.1), neurologischen (S. 17 ff. Ziff. 4.2), neuropsychologischen (S. 20 ff. Ziff. 4.3) und endokrinologischen (S. 25 f. Ziff. 4.4) Untersuchungen.

Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte die allgemeininternistische (S. 9 ff. Ziff. 3), Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die psychiatrische (S. 12 ff. Ziff. 4.1), Dr. med.

E.____, Facharzt für Neurologie, die neurologische (S. 17 ff. Ziff. 4.2), lic. phil. K.____, Psychologin/Neuropsychologin und Konsiliarärztin für Neuropsychologie, die neuropsychologische (S. 20 ff. Ziff. 4.3) und PD Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Endokrinologie/Diabetologie, die endokrinologische Untersuchung (S. 25 f. Ziff. 4.4) durch.

Die Gutachter nannten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 Ziff. 5.1). Sie nannten jedoch folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 Ziff. 5.2): - Zustand nach FSME 1999 mit subjektiver Belastungsintoleranz und Vergesslichkeit (ICD-10 F44.6) - Zustand nach Substanzabusus (Benzodiazepine und wahrscheinlich Alkohol, ICD-10 F13.1/F10.1) - minimal invasives follikuläres Schilddrüsenkarzinom, Erstdiagnose 1998 - normogonadotroper Hypogonadismus (Erstdiagnose 2012) - Differentialdiagnose Adipositas, Depression - Testosteronsubstitution, intermittierend - arterielle Hypertonie - Adipositas (BMI 30 kg/m²)

Die Gutachter führten aus, dass, wie bei ihrer letzten Untersuchung im Mai 2012, der Beschwerdeführer vor allem Gedächtnisprobleme angegeben habe. Er sei auch rasch erschöpft und habe Schlafprobleme. Bei ihrer neurologischen Untersuchung sei ein Zustand nach FSME mit subjektiver Belastungsintoleranz und Vergesslichkeit diagnostiziert worden. Weiter bestehe ein Zustand nach Substanzabusus, aktuell noch Benzodiazepine. Die Befunde im neurologischen Status seien unauffällig gewesen. Hinweise für eine Gedächtnisstörung hätten nicht bestanden. Die Schwindelbeschwerden hätten eben falls nicht objektiviert werden können. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei ihrer neuropsychologischen Untersuchung seien

weitgehend unauffällige Befunde erhoben worden. Es bestehe eine leichte kognitive Beeinträchtigung unklarer Genese. Die schlechten Werte bei den Aufmerksamkeitsfunktionen liessen sich durch motivationale Faktoren auf Normalwerte bringen. Insbesondere habe ein amnestisches Syndrom ebenfalls nicht festgestellt werden können. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei demnach aus neuropsychologischer Sicht ebenfalls nicht eingeschränkt. Bei ihrer endokrinologischen Untersuchung sei ein Status nach minimal invasivem follikulärem Schilddrüsenkarzinom und ein normogonadotroper Hypogonadismus diagnostiziert worden. Die endokrine Funktion mit Eltroxin-Substitution sei normal. Die Testosteronsubstitution sei ebenfalls genügend. Aus endokrinologischer Sicht bestehe deshalb auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei ihrer allgemeininternistischen Untersuchung sei eine Adipositas und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert worden, letztere sei medikamentös gut eingestellt. Die pathologischen Laborwerte mit erhöhtem Kreatinin hätten keinen Krankheitswert. Folglich bestehe aus allgemeininternistischer Sicht ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Schliesslich seien bei ihrer psychiatrischen Untersuchung unauffällige Befunde erhoben worden. Eine psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Im Gespräch seien keine Hinweise für Gedächtnisstörungen oder rasche Ermüdbarkeit festgestellt worden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe somit auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend bestehe weder somatisch noch psychiatrisch eine objektivierbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 28 Ziff. 6.2).

Wie sie in ihrem letzten Gutachten (vorstehend E. 4.2) festgehalten hätten, bestehe wahrscheinlich schon seit mehreren Jahren eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Im Verlauf seit ihrer letzten Untersuchung habe sich daran nichts geändert. Die von ihnen festgestellte Arbeitsfähigkeit gelte sicher ab ihrem Untersuchungsdatum im Mai 2012 (S. 28 Ziff. 6.3). Der Beschwerdeführer fühle sich nur eingeschränkt für wenige Stunden täglich arbeitsfähig. Diese Einschätzung könne mit objektiven medizinischen Befunden nicht bestätigt werden. Der Beschwerdeführer sei in seinen Alltagsaktivitäten nicht wesentlich eingeschränkt. Es sei ihm möglich, in verschiedene Restaurants zu fahren und Spielautomaten zu betreuen. Die von ihm angegebene Ermüdbarkeit und Gedächtnisstörungen hätten bei der Untersuchungen nicht objektiviert werden können. Ein sekundärer Krankheitsgewinn sei bei der bestehenden Berentung anzunehmen. Da kein psychisches Leiden festgestellt worden sei, könne es dem Beschwerdeführer zugemutet werden, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um wieder ganztags einer vollen Erwerbstätigkeit nachzugehen (S. 28 f. Ziff. 6.4).

Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit in der Gastronomie wie auch für jede andere körperlich leichte bis schwere Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Medizinische Massnahmen würden zur Erhaltung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit vorgeschlagen. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der subjektiven Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers schwierig durchzuführen, könnten dem Beschwerdeführer aber bei guter Motivation angeboten werden. Die Prognose für einen vollen Wiedereinstieg ins Erwerbsleben sei allerdings ungünstig (S. 29 Ziff. 6.8). 4. 7

Dr. B.____ nahm in seinem Schreiben vom 17. Januar 2015 (Urk. 9/174) Bezug auf das Z.____ -Gutachten vom November 2014 (vorstehend E. 4.7) und führte hierzu aus, dass sich darin ein wesentlicher Fehler befinde. So stehe bei der neuropsychologischen Beurteilung „Diagnostisch entsprechen die Gedächtnisdefizite einem eigentlichen amnestischen

Syndrom“ und weiter unten, dies sei „alltagsrelevant“. Bei der Gesamtbeurteilung der Arbeitsunfähigkeit stehe dann „Hinweise für eine Gedächtnisstörung bestanden nicht“. Dieser Widerspruch zeige eindeutig, dass die wirkliche Beurteilung des Beschwerdeführers gar nicht ernst genommen worden sei. 5. 5.1

Der Rentenerhöhung vom 26. Januar 2005 (Urk. 9/60-61) lagen im Wesentlichen drei Arztberichte zugrunde. Dr. B.____ diagnostizierte im März 2004 einen Status nach Thyreoidektomie bei Schilddrüsenkarzinom, einen Status nach Radiotherapie, einen Status nach FSME 2000 sowie eine dekompensierte vegetative Dystonie im Zusammenhang mit den beiden genannten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist vor einer Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Rente abzuklären, ob ein Eingliederungsbedarf besteht. Dabei ist vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit einer verbesserten oder wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbst eingliederung auszugehen. In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegen stehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

E. 6.2

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 dahin gehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (E. 3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wieder einzugliedern. Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf. Ausnahmsweise kann eine Selbsteingliederung allerdings auch trotz fortgeschrittenem Alter ohne vorgängige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zumutbar sein (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_680/2014 vom 15. Mai 2015 E. 6.2.4, 9C_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3 und 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5). Zur

Feststellung der zumutbaren Selbst eingliederung ist auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung oder auf den darin verfüigten Zeitpunkt der Rentenaufhebung abzustellen. In diesem Zeitpunkt ist für die versicherte Person ohne Zweifel klar, dass ihr Rentenanspruch unsicher ist und sie sich neu orientieren muss (BGE 141 V 5 E. 4.2.1).

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin hob die bisherige ganze Rente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 25. Januar 2016 (Urk. 2) unter Berücksichtigung von Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV auf das Ende des folgenden Monats nach Zustellung der Verfügung auf (S. 3), mithin per Ende Februar 2016, da die Verfügung am 28. Januar 2016 beim Beschwerdeführer eingegangen ist (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer bezog im Zeitpunkt der Renten aufhebung seit September 2000 eine Rente, mithin seit 15 1/2 Jahren, wes halb er unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Personenkreis fällt.

E. 6.4

Im Rahmen der Abklärung der beruflichen Situation des Beschwerdeführers fand am 4. Mai 2015 eine erste Eingliederungsberatung statt (Urk. 9/197). Der Beschwerdeführer berichtete, dass er nie auf dem erlernten Beruf als Koch, sondern als Wirt tätig gewesen sei. Seit 2013 übe er eine selbständige Tätigkeit aus, dies zirka ein bis zwei Stunden pro Tag. Er stelle in Restaurants Automaten (Billard, Flipper, Darts usw.) zur Verfügung und führe die Wartungen, Reparaturen und Abrechnungen durch. Aktuell habe er in zirka sieben Betrieben solche Automaten bereitgestellt (S. 2 oben, S. 3 Ziff. 2). Die Parteien vereinbarten, dass in einem ersten Schritt die Möglichkeiten für einen Ausbau der selbständigen Tätigkeit geprüft werden (S. 4 Ziff. 3). In der Folge sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 6. Mai 2015 Arbeitsvermittlung für sechs Monate zu (Urk. 9/196, vgl. Urk. 9/198). Am 16. Juni 2015, 2. September 2015 und 28. Oktober 2015 fanden weitere Eingliederungsberatungen statt. Aus den Gesprächen geht hervor, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Selbständigerwerbender ausbauen und zusätzliche Automaten bei bereits bestehenden und neu akquirierten Betrieben aufstellen konnte. Die Aufnahme einer Tätigkeit im Anstellungsverhältnis könne er sich jedoch nicht vorstellen. Während des Gesprächs am 28. Oktober 2015 teilte der Beschwerdeführer mit, dass er mit seiner Frau eventuell ein Café übernehmen werde. Er sah zudem keine konkreten Unterstützungsmöglichkeiten von Seiten der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/216 S. 3 f. Ziff. 2). In der Folge teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 4. November 2015 mit, die Arbeitsvermittlung werde abgeschlossen (Urk. 9/215).

E. 6.5

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat, bevor sie die Rente des Beschwerdeführers aufhob. Dem Beschwerdeführer ist es somit nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zumutbar, seine Restarbeitsfähigkeit im Rahmen der Selbst eingliederung zu verwerten.

Dementsprechend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 9 00. --

anzusetzen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Elda Bugada Aebli - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Peter-Schwarzenberger

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

F44.6) - Status nach FSME 2000 - Substanzabusus mit Cannabis, Benzodiazepine und wahrscheinlich Alkohol (ICD-10 F13) - Status nach undifferenziertem minimal invasivem follikulärem Schilddrüsenkarzinom, Erstdiagnose 1998 - Verdacht auf arterielle Hypertonie - anamnestisch Testosteron-Mangel - Übergewicht, BMI 29 kg/m²

Die Gutachter hielten fest, dass aus psychiatrischer Sicht aufgrund der anamnestischen Angaben, der Aktenlage sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde keine Diagnosen gestellt würden, so dass aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Aus neurologischer Sicht könnten aufgrund der anamnestischen Angaben, der Aktenlage sowie der erhobenen Untersuchungsbefunde ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Es könne eine funktionelle Störung mit subjektiver Belastungsintoleranz und Vergesslichkeit sowie ein Zustand nach FSME im Jahr 2000 als auch ein Substanzabusus mit Cannabis, Benzodiazepinen und wahrscheinlich Alkohol festgehalten werden. Dass die angegebene Belastungsintoleranz sowie die vom Beschwerdeführer beschriebenen kognitiven Störungen einen Zusammenhang mit der

FSME vom Sommer 2000 haben sollen, sei nicht nachvollziehbar. So sei das sekundäre Auftreten von kognitiven Defiziten im Anschluss an eine FSME in einem Abstand von mehreren Jahren als unwahrscheinlich anzusehen. Falls tatsächlich residuelle neurokognitive Defizite vorliegen würden, wäre mit einem stark enzephalopathischen Zustand bis in der Akutphase zu rechnen. Dies habe jedoch nicht vorgelegen. Dafür spreche auch, dass der Beschwerdeführer auf eigenen Wunsch nach wenigen Tagen das D.____ verlassen und selbständig eine Reise nach Thailand unternommen habe. Der fortgesetzte Substanzabusus mit Benzodiazepinen und Cannabis sowie der Alkoholkonsum hätten möglicherweise auch einen Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht bestehe deshalb eine volle Arbeitsfähigkeit. Auch aus allgemein-internistischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Bei Status nach erfolgreich behandeltem follikulärem Schilddrüsenkarzinom sei der Beschwerdeführer unter Eltroxin adäquat substituiert. Zusammenfassend bestehe für jegliche vom Beschwerdeführer früher ausgeübte Tätigkeit, allgemein für jegliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 17 Ziff. 6.2).

Es sei davon auszugehen, dass eine volle Arbeitsfähigkeit seit mehreren Jahren anzunehmen sei, was mit Sicherheit jedoch ab der aktuellen Untersuchung bestätigt werden könne. Die früher mit einer hohen Arbeitsunfähigkeit vergesellschaftete Anpassungsstörung beziehungsweise affektive Störung sei aus psychiatrischer Sicht nicht mehr nachweisbar (S. 17 Ziff. 6.3).

Der Beschwerdeführer erachte sich lediglich als wenige Stunden pro Tag arbeitsfähig, was in deutlichem Gegensatz zu ihrer Beurteilung stehe, wonach jede vom Beschwerdeführer früher ausgeübte Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar wäre. Diese Diskrepanz lasse sich durch die von ihnen erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen nicht begründen. Durch die frühe Renten zusprechung fühle sich der Beschwerdeführer in seiner Wahrnehmung bestätigt, wonach keine Arbeitstätigkeit mehr möglich sein soll. Hierbei handle es sich allerdings um einen invaliditätsfremden Faktor, welcher keine höhere Arbeitsunfähigkeit rechtfertige (S. 18 Ziff. 6.4).

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