

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00243 vom 23. Mai 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00243](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00243)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00243 du 23 mai 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00243 del 23 maggio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1957, war vom 1. Juli 1998 bis Dezember 2014 als Präger bei der A.\_\_\_\_, anfänglich als Teilzeitaushilfe, ab 1. Mai 2007 in einem 80%-Pensum angestellt (Urk. 7/15 und Urk. 7/75 S. 10).

Am 9. Juli 2013 meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/1). Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und holte die Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/12, Urk. 7/14 und Urk. 7/16) sowie einen Auszug aus dem Individuellen Konto des Versicherten (IK-Auszug, Urk. 7/10) ein und ersuchte die Arbeitgeberin um Auskünfte (Arbeitgeberbericht vom 13. März 2014, Urk. 7/15).

Nach einem Eingliederungsgespräch am 9. August 2013 (Urk. 7/9) teilte die IV-Stelle mit Schreiben vom 5. Dezember 2013 mit, aufgrund des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (Urk. 7/13). Die IV-Stelle veranlasste in der Folge eine aktenbasierte Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD). Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin, nahm am 23. Mai 2014 Stellung (Urk. 7/18). Mit Vorbescheid vom 27. Mai 2014 wurde dem Versicherten eine Dreiviertelsrente in Aussicht gestellt (Urk. 7/21). Nach Einsicht in die Vorbringen vom 20. Juni 2014 sowie ergänzend am 29. Juli 2014 (Urk. 7/24 und Urk. 7/27) verfügte die IV-Stelle am 28. August 2014 dem Antrag entsprechend und sprach dem Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 80 % mit Wirkung ab 1. September 2014 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 7/32).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG)).

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

## **E. 1.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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). 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 Invaliditätsbemessung 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. 1.3**

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).

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet voll ständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend dar über ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_160/2017 vom 22. Juni 2017 E. 2.2; SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81; 9C\_418/2010 E. 4.2). 2.

## **E. 2**

Im Rahmen einer im August 2015 eingeleiteten revisionsweisen Überprüfung nahm die IV-Stelle erneut Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor. Sie holte wiederum Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/38, Urk. 7/40, Urk. 7/42 und Urk. 7/43)

sowie einen Auszug aus dem Individuellen Konto des Versicherten (Urk. 7/39) ein. Des Weiteren veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung durch die C.\_\_\_\_, über welche am 16. Juni 2016 berichtet wurde (Urk. 7/75). RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ nahm am 23. Juni 2016 Stellung (Urk. 7/77). Mit Vorbescheid vom 4. August 2016 wurde dem Versicherten die Einstellung der Invalidenrente angekündigt (Urk. 7/78). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 9. September 2016 sowie ergänzend am 31. Oktober 2016 Einwand (Urk. 7/83, Urk. 7/87 und Urk. 7/88). RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ nahm dazu am 3. Januar 2017 Stellung (Urk. 7/90). Die IV-Stelle verfügte am 24. Januar 2017 wie vorbeschrieben die Einstellung der Invalidenrente auf Ende des folgenden Monats (Urk. 2).

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) vom 24. Januar 2017 hielt die Beschwerdegegnerin fest, gemäss polydisziplinärer Beurteilung vom 16. Juni 2016 (Urk. 7/75) habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert, so dass ein Arbeitspensum im bisherigen Tätigkeitsbereich im Umfang von 50 % möglich sei. Unter Berücksichtigung der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich habe der Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad unter 40 % ergeben, womit kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente begründet sei.

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 23. Februar 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, seit der Rentenverfügung im Jahr 2014 (Urk. 7/32) sei keine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten. Dem Beschwerdeführer sei deshalb ab März 2017 weiterhin eine Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer auch über den 28. Februar 2017 hinaus Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3.

### **E. 3**

Hiergegen erhob der Versicherte am 23. Februar 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 24. Januar 2017 sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. April 2017 (Urk. 5) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 10. April 2017 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8).

### **E. 3.1**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die ursprüngliche Rentenverfügung vom 28. August 2014 (Urk. 7/32), welcher in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die Facharztberichte von Dr. med. D.\_\_\_\_, Onkologie und Hämatologie, zugrunde lagen. So führte Dr. D.\_\_\_\_ in ihrem Arztbericht vom 25. November 2013 (Urk. 7/12) zu Händen der IV-Stelle aus, der Beschwerdeführer sei seit April 2013 wegen eines im März 2013 diagnostizierten klarzelligen

Adenokarzinoms der Urethra bei ihr in Behandlung. Aufgrund der Tumorausdehnung und des Nachweises von ossären Metastasen sei der Tumor nicht operabel, entsprechend sei vom 9. April 2013 bis 22. Mai 2013 eine kombinierte Radio-/Chemotherapie erfolgt. Wegen rezidi vierenden Harnverhaltungen habe zwischenzeitlich auch ein Zystofix eingelegt werden müssen. Im Rahmen der Therapie seien therapiebedingte Nebenwirkungen, wie ausgeprägte Müdigkeit und Lokaltoxizität aufgetreten. Der Allgemein zustand habe sich nach Therapieabschluss kontinuierlich etwas verbessert. Im Verlaufs-PET-CT Ende Juli 2013 habe sich auch eine deutliche Regredienz des lokal fortgeschrittenen Urethrakarzinoms gezeigt. Ausserdem seien keine Hin weise für ein Auftreten einer Fernmetastasierung ersichtlich. Es bestehe aber weiterhin ein ausgeprägter Erschöpfungszustand und eine deutliche Verminde rung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Konstant bestünden auch Schmerzen im Beckenbodenbereich.

Hinsichtlich der Prognose äusserte sich Dr. D.\_\_\_\_ in dem Sinne, dass es sich um eine äusserst seltene Tumorentität handle, wobei der Tumor durch seinen aggressiven Verlauf auffalle . Obwohl der Beschwerdeführer gut auf die palliati ve Radio-/Chemotherapie angesprochen habe, sei mit einem lokalen Progress oder Auftreten von Fernmetastasen zu rechnen. Sie attestierte dem Beschwerde führer vom 5. März 2013 bis 30. September 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähig keit, ab dem 1. Oktober 2013 eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 80 % . Sollte der Krankheitsverlauf stabil bleiben, sei mit einer Steigerung der Arbeits fähigkeit auf 40 % bis maximal 50 % zu rechnen.

### **E. 3.2**

In einem weiteren Arztbericht vom 26. Februar 2014 (Urk. 7/14) zu Händen der IV-Stelle stellte Dr. D.\_\_\_\_ fest, die körperliche Leistungsfähigkeit des Be-schwerdeführers habe sich seit dem letzten Bericht vom November 2013 (vgl. E. 3.1) etwas verbessert. Dennoch sei der Beschwerdeführer nach einer körperli chen oder auch geistigen Anstrengung sehr erschöpft und habe ein grosses Schlafbedürfnis. Bezüglich der Miktion bestehe eine Urge-Symptomatik und ein Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung. Weiter würden bewegungsabhän gige Hüftschmerzen links bestehen. Die bisherige Tätigkeit sei weiterhin nur stundenweise möglich. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von aktuell 20 % auf 40 % wäre allenfalls bei weiterhin stabilem Krankheitsverlauf möglich. Diesbezüglich finde Ende März 2014 eine Neuevaluation statt.

### **E. 3.3**

Dr. D.\_\_\_\_ gab in ihrem Arztbericht vom 29. April 2014 (Urk. 7/16) zu Händen der IV-Stelle kein verändertes Gesundheitsbild des Beschwerdeführers an. Erstaunlicherweise habe der Beschwerdeführer auf die palliative Radio-/Chemo-therapie gut angesprochen und die Krankheit schein momentan stabil zu ver laufen. Unverändert bestehe eine rasche Erschöpfung nach körperlicher oder geistiger Tätigkeit mit der Notwendigkeit von mehrmals täglichen Ruhephasen und sei nur ein stundenweiser Einsatz möglich. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 80 %.

### **E. 3.4**

Zu den gesamten medizinischen Vorakten nahm RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ am 23. Mai 2014 Stellung (Urk. 7/18) und hielt gestützt auf die Einschätzungen von Dr. D.\_\_\_\_ fest, es werde nachvollziehbar ausgewiesen, dass der Beschwerde führer aufgrund der Tumorerkrankung und der Nebenwirkungen durch die Chemotherapie anfänglich zu 100 % und ab dem 1. Oktober 2013 und weiterhin andauernd zu 80 % arbeitsunfähig sei. Eine erneute

Beurteilung sei in 12 Monaten empfohlen.

#### **E. 4**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

##### **E. 4.1**

Im Rahmen der revisionsweisen Überprüfung der Invalidenrente hielt Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Urologie, in seinem Arztbericht vom 7. September 2015 (Urk. 7/38) zu Händen der IV-Stelle fest, der Beschwerdeführer sei ihm aufgrund einer Makrohämaturie zugewiesen worden. Er habe den Beschwerdeführer am 31. Oktober 2014 operiert (Bougierung der membranösen Urethra mittels Zystoskop über einem Titan-Draht in Seldinger Technik; Urethrozystoskopie diagnostisch; Entnahme einer Blasenspül-Exfoliativzytologie). In der Untersuchung vom 26. August 2015 habe sich die Uroflowmetriekurve abgeschwächt gezeigt, jedoch nicht signifikant. Die Leber, Gallenblase und Nieren beidseits seien sonographisch unauffällig. Die Prostata weise suprapubisch einen Defekt bei Status nach TUR-P auf, wobei der Beschwerdeführer schwere obstruktive Beschwerden habe (IPS Score 24). Die Arbeitsfähigkeit werde zurzeit nicht durch die subvesikale Obstruktion eingeschränkt, sondern eher durch die Nebenwirkung der Radiochemotherapie. Allerdings könne sich die Pollakisurie und teilweise Urgeinkontinenz je nach Beruf (häufige Toilettengänge) negativ auswirken.

##### **E. 4.2**

In ihrem Arztbericht vom 23. September 2015 (Urk. 7/40) zu Händen der IV-Stelle stellte Dr. D.\_\_\_\_ fest, die aktuelle Bildgebung zeige eine anhaltende Remission ohne Hinweis für Lokalrezidiv oder Metastasen. Seit der Diagnose/Therapie bestehe jedoch ein ausgeprägter Erschöpfungszustand (Fatigue-Symptomatik) mit kognitiven Störungen und deutlich eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit. So seien für den Beschwerdeführer an gewissen Tagen kleinere Wanderungen möglich, während an den nächsten Tagen eine Bettlägerigkeit bestehe. Des Weiteren verwies sie auf die urologische Untersuchung vom 26. August 2015, welche eine abgeschwächte Uroflowmetriekurve ergeben habe. Ausserdem seien Urge-Beschwerden mit Pollakisurie und zum Teil Urgeinkontinenz festgestellt worden (vgl. E. 4.1). Aufgrund der Unberechenbarkeit der Leistungsfähigkeit sei die Arbeit praktisch nicht planbar. Dr. D.\_\_\_\_ hielt eine leichte körperliche Arbeit mit der Möglichkeit zu häufigen Ruhepausen in einem anfänglichen Pensum von 20 % zumutbar.

##### **E. 4.3**

Hausarzt pract. med. F.\_\_\_\_ schilderte in seinem Arztbericht vom 3. November 2015 (Urk. 7/42) zu Händen der IV-Stelle, der Beschwerdeführer habe eine schwere reaktive Depression mit Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit und karzinomspezifischer Angststörung. Gemäss seinen Angaben habe er sich seit der karzinomspezifischen Behandlung nie erholt. Er klagte über einen permanenten quälenden Harndrang und leide ausserdem an einer mittelschweren Urininkontinenz.

##### **E. 4.4**

Der Beschwerdeführer stand seit Oktober 2014 in psychoonkologischer Betreuung bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie. In ihrem Arztbericht vom 3. Dezember 2015 (Urk. 7/43) zu Händen der IV-Stelle diagnostizierte

Dr. G.\_\_\_\_ eine leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine kognitive Störung (ICD-10 F06.7), eine tumorassozierte Fatigue sowie ein chronisches Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73). Der Beschwerdeführer weise eine depressive Stimmungslage mit ausgeprägter Gereiztheit auf. Unter Berücksichtigung des Verlaufs seit 2014 liege ein stationärer Zustand vor. Nachdem die urologisch medikamentöse Einstellung bei der ausgeprägten Inkontinenz mit den massiven sozialen Einschränkungen abgeschlossen gewesen sei, sei ein Versuch mit Einstellung auf ein Antidepressiva bei der fortbestehenden depressiven Symptomatik begonnen worden. Hier sei eine Stimmungsstabilisation zu verzeichnen. In der gesamten Zeit sei das Bild der tumorassozierten Fatigue mit schneller Erschöpfbarkeit, abrupter Müdigkeit mit sofortigem Schlafbedürfnis und deutlich reduzierter Leistungsfähigkeit erhalten geblieben.

Aufgrund der deutlich verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit durch tumorassozierte Fatigue mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit und schneller Erschöpfbarkeit sowie der verminderten Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit und reduzierten Umstellungsfähigkeit sei die Arbeitsleistung des Beschwerdeführers reduziert. Dr. G.\_\_\_\_ attestierte ihm eine 20%ige Arbeitsfähigkeit, verteilt auf halbe Arbeitstage, mit der Möglichkeit, vermehrt Pausen zu machen oder den Tageseinsatz auch auf einen anderen Wochentag zu verschieben.

#### **E. 4.5**

Mit Arztbericht vom 9. Februar 2016 (Urk. 7/73) informierte Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Radiologie, pract. F.\_\_\_\_ über die beim Beschwerdeführer durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Iliosakralgelenks. Er diagnostizierte ein metastasierendes Urothelkarzinom in Remission nach Radiochemotherapie, Status nach Deckplattenimpression des LWK 4 (September 2015), progrediente Rückenschmerzen ohne erneuten Fraktur nachweis im konventionellen Röntgenbild sowie Verdacht auf DISH. Die durchgeführte Untersuchung habe keine akut traumatische Wirbelsäulenläsion oder metastasensuspikte Veränderungen unterhalb BWK 10 und in den erfassten Anteilen des Beckenskeletts gezeigt. Es würden sich auch keine relevant aktivierten Osteochondrosen oder Spondylarthrosen zeigen und es gebe keinen Nachweis einer relevanten ossären oder diskoligamentären Einengung des Spinalkanals oder eines singulären Neuroforamens. In Hinsicht auf die klinische Symptomatik und Fragestellung würde sich kein fassbares Korrelat finden.

#### **E. 4.6**

Das C.\_\_\_\_ erstattete am 16. Juni 2016 (Urk. 7/75) im Auftrag der Beschwerdeführerin ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten. Die Untersuchungen fanden vom 11. bis 13. April 2016 statt.

Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/75 S. 28f.): 1. Klarzelliges Adenokarzinom der proximalen Urethra (ICD-10 C68.0) - ED durch Biopsie am 5. März 2013 - Lokoregionär fortgeschritten mit Infiltration des Penis, der Prostata, des Rektum und des Ramus inferior Os pubis beidseits sowie Verdacht auf Metastase im Trochanter minor links - Tumorstadium cT4, cN0, cM1 - Zustand nach Radio-Chemotherapie im April und Mai 2013 - Aktuell mit abgeschwächtem Harnstrahl mit Urgeinkontinenz und Pollakisurie (ICD-10 N39.42) - Leichte kognitive Störung bei persistierender Fatigue-Symptomatik (ICD-10 F06.7) 2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) - Radiologisch keine

relevante Veränderung an Lendenwirbelsäule und Iliosakralgelenken (MRI 9. Februar 2016) - Klinisch massiver Rundrücken und muskuläre Verkürzung

Die Diagnosen der Dysthymie (ICD-10 F34.1), die chronischen Beschwerden im Leistenbereich links (ICD-10 M79.65) sowie der Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der allgemeininternistischen Untersuchung wurden keine Befunde und Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Eine arterielle Hypertonie könne mit medikamentösen Massnahmen behandelt werden und begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Mit dieser Beurteilung stimme auch der behandelnde Arzt pract. F. \_\_\_ überein, der in seinem Arztbericht ebenfalls keine Diagnosen aus allgemeininternistischer Sicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufführte (Urk. 7/75 S. 10 f.).

Der psychiatrische Gutachter stellte eine seit der Tumorerkrankung vorliegende depressiv-resignative Verstimmung leichteren Grades fest. Die Befunde würden jedoch – entgegen dem Bericht der behandelnden Ärztin – nicht für eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode sprechen, sondern passten besser zu einer Dysthymie. Die depressive Verstimmung des Beschwerdeführers vermöge keine kognitive Einschränkung zu begründen und das chronische Erschöpfungssyndrom lasse sich auch nicht durch die Dysthymie erklären. Eine erhöhte Müdigkeit müsste onkologisch begründet werden (Urk. 7/75 S. 14-17).

Im orthopädischen Teilgutachten wurde festgehalten, die vom Beschwerdeführer beklagten Rückenschmerzen liessen sich am ehesten im Sinne eines fixierten Rundrückens samt massiver Protraktion von Kopf und Schulter einerseits sowie erheblicher muskulärer Verkürzungen andererseits begründen und hätten insofern Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, als der bisherige Beruf und jede schwere bis mittelschwere Tätigkeit nur zu 50 % zumutbar sei (Urk. 7/75 S. 21).

In onkologischer Hinsicht wurde ein guter Allgemein- und Ernährungszustand festgehalten. Die verabreichte Behandlung mit Chemotherapie und Bestrahlung sei offenbar sehr wirksam gewesen, da jetzt drei Jahre nach dieser Behandlung noch kein Rezidiv oder eine Metastasierung des Tumors festgestellt worden sei. Ein Teil der Allgemeinbeschwerden des Exploranden (Müdigkeit, verminderte Leistungsfähigkeit, fehlende Libido und Erektion) könnten Folge eines Testosteronmangels sein. Der imperative Harndrang sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Folge sowohl des Tumors als auch der Behandlung. Sie beeinträchtige die Lebensqualität, aber auch die körperliche Leistungsfähigkeit erheblich. Insgesamt habe der Beschwerdeführer nur eine 6-wöchige Chemotherapie erhalten. Es sei schwer vorstellbar, dass dadurch Müdigkeit und Leistungsfähigkeit «beeinträchtigt» würden. Aufgrund der anhaltenden Miktionsprobleme als Folge der Tumorerkrankung/Tumortherapie sei aus onkologischer Sicht eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben mit der Möglichkeit, diese Arbeit auch zu unterbrechen und nicht mehr als vier Stunden an einem Tag zu arbeiten. Retrospektiv sei die Arbeitsfähigkeit eigentlich bereits ab Anfang 2011 mit Beginn der Miktionsprobleme eingeschränkt gewesen. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit habe seit März 2013 bis circa drei Monate nach Abschluss der Therapie, also Ende August 2013 vorgelegen. Danach habe der Beschwerdeführer bis zum Oktober 2014 mit einem Pensum von 20 % gearbeitet. Eine Steigerung dieses Pensums sei nach seinen Aussagen wegen der anhaltenden Müdigkeit und beeinträchtigten körperlichen Leistungsfähigkeit nicht möglich gewesen (Urk. 7/75 S. 22).

Die neuropsychologische Untersuchung ergab leichte kognitive Störungen. Die Aufmerksamkeit sei im Sinne der selektiven und der geteilten Aufmerksamkeit nicht beeinträchtigt. Es würden sich jedoch leichte Aufmerksamkeitsprobleme in Form von Fehlversuchen und den zweimal vorgegebenen Testinstruktionen zeigen. Die verzögerte kognitive Geschwindigkeit unter Interferenzbedingungen und die mangelnde kognitive Fluenz im phonetischen Modus würden Ausdruck der emotionalen Instabilität aufgrund der körperlichen Probleme (unter anderem imperativer Stuhlgang und Harndrang) sein. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zu 10 % beeinträchtigt (Urk. 7/75 S. 27).

Der urologische Gutachter des C.\_\_\_\_ stellte im Rahmen seiner Untersuchung fest, der Urinstatus sei unauffällig. Ebenso würden sich die Nieren sonografisch unauffällig darstellen. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden einer Urgesymptomatik nach der Bestrahlung und Chemotherapie seien aus urologischer Sicht jedoch durchaus nachvollziehbar und würden die Arbeitsfähigkeit beschränken (Urk. 7/75 S. 29).

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe entsprechend sowohl in der angestammten Tätigkeit als Prägeprofi wie auch in einer anderen körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit unter Wechselbelastung mindestens seit Untersuchungszeitpunkt eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %, wobei das Pensum halbtags oder je zwei Stunden morgens und mittags umgesetzt werden könne. Bei Auftreten einer Rezidivkrankung sei die Arbeitsfähigkeit neu zu evaluieren, andererseits sei bei rezidivierendem Verlauf durchaus eine weitere Besserung möglich. Entsprechend sei eine Reevaluation in ein bis zwei Jahren empfohlen. Zu Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit hielten die C.\_\_\_\_-Gutachter fest, aufgrund der anamnestischen Angaben, ihrer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen sie davon aus, dass seit März 2013 bis circa drei Monate nach Abschluss der Therapie, also Ende August 2013, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Vom obengenannten Arbeits- und Leistungsprofil könne mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden, wahrscheinlich seit mindestens Januar 2014 (Urk. 7/75 S. 31).

#### **E. 4.7**

Dr. D.\_\_\_\_ äusserte sich am 15. September 2016 bezüglich der vom C.\_\_\_\_ durchgeführten Begutachtung des Beschwerdeführers (Urk. 7/87 S. 4f.). Aus onkologischer Sicht sei das Gutachten vollständig, schlüssig, nachvollziehbar und weise keine Fehler oder Mängel auf. Die neueste Bildgebung vom 12. September 2016 zeige keine Hinweise für ein Lokalrezidiv oder Metastasen. Objektiv habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert, da kein Rückfall dieses äusserst ungünstigen Tumorleides aufgetreten sei. Subjektiv würde aber keine Verbesserung bestehen, insbesondere im Hinblick auf die chronische Fatigue. Diesbezüglich verweise sie auf die psychoonkologische Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_.

Dr. D.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer aus rein onkologischer Sicht in einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 40 %, sofern er regelmässige Pausen mache und die Toilette aufsuchen könne. Mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei in Anbetracht des Krankheitsverlaufes aber nicht mehr zu rechnen.

#### **E. 4.8**

In ihrem Bericht vom 23. September 2016 (Urk. 7/87/1-4) stellte Dr. G.\_\_\_\_ fest, im Gutachten seien die tagesabhängigen und tageszeitlichen Schwankungen und die daraus resultierenden Einschränkungen nicht hinreichend wieder gegeben. In Bezug auf die depressive Symptomatik finde sich aktuell eine Verschlechterung mit depressiver Stimmungslage, reduziertem Antrieb, Energielosigkeit, Gedankenkreisen sowie neu auch Schlafstörungen. Dr. G.\_\_\_\_ verwies auf einen Artikel zum Thema Tumor-assoziierte Fatigue, erschienen im Deutschen Ärzteblatt, und diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine Tumor-assoziierte Fatigue, prolongierter Verlauf, sowie eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Aus psychiatrischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 % möglich, wobei der Beschwerdeführer auf flexible Arbeitszeiten und regelmässige Pausen angewiesen sei. Des Weiteren sei eine berufliche Wiedereingliederungsmassnahme dringend zu empfehlen. Eine solche würde eine Überprüfung der Einschränkungen der Tumorassoziierten Fatigue und eine valide Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ermöglichen.

#### **E. 4.9**

RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ stützte sich in ihren Stellungnahmen vom 23. Juni 2016 und 3. Januar 2017 (Urk. 7/77/5f. und Urk. 7/90) auf das polydisziplinäre medizinische Gutachten. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich bei einer andauernden Remission des therapierten Urothelkarzinoms eindeutig gebessert. Der Beschwerdeführer sei somit spätestens seit dem Gutachtenzeitpunkt im April 2016 in der bisherigen Tätigkeit, die auch als angepasste Tätigkeit anzusehen sei, zu 50 % arbeitsfähig. Dass beim Beschwerdeführer ein Fatigue-Syndrom mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, werde im neuropsychologischen Teilgutachten nicht bestritten. Lediglich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei diskrepant. Ein psychiatrischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe im psychiatrischen Teilgutachten nachvollziehbar ausgeschlossen werden können.

#### **E. 5.1**

Zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, welcher eine Aufhebung der seit 1. März 2014 zugesprochenen Invalidenrente per Ende Februar 2017 rechtfertigt.

#### **E. 5.2**

Die Zuspreehung der ganzen Rente gemäss Verfügung vom 28. August 2014 (Urk. 7/32) basierte im Wesentlichen auf den Facharztberichten von Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 7/12, Urk. 7/14 und Urk. 7/16). Es steht aufgrund der Akten fest, dass die Folgen des inoperablen und fortgeschrittenen metastasierenden Karzinoms der Urethra sowie die Leistungsminderung und rasche Erschöpfung im Rahmen der Tumorthherapie, insbesondere die Nebenwirkungen der kombinierten Radiochemotherapie, einschliesslich der depressiven Symptomatik zur Berentung im Jahr 2014 führten. Dem Beschwerdeführer wurde für die bisherige Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsfähigkeit attestiert.

#### **E. 5.3**

Sowohl die Urgeinkontinenz und Pollakisurie als auch die persistierende Fatigue-Symptomatik werden im Gutachten des C.\_\_\_\_ weiterhin (unter anderem) als die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnosen genannt. Hinzu kommt eine leichte kognitive Störung und ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (Urk. 7/75 S. 29f.). Während sich die Urgeproblematik (wie schon im

Zeitpunkt der Rentenzusprache) vor allem qualitativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (Möglichkeit jederzeit eine nahe Toilette aufsuchen zu können), kommt der persistierenden Fatigue-Symptomatik massgeblich eine einschränkende Wirkung in zeitlicher Hinsicht zu. Diesbezüglich wird im Gutachten schlüssig dargelegt, dass einerseits die reaktive depressive Verstimmung des Beschwerdeführers aufgrund der psychiatrischen Befunde nunmehr lediglich als Dysthymie zu diagnostizieren sei, welche die beklagte Müdigkeit nicht erkläre (Urk. 7/75 S. 17). Andererseits konnte aus onkologischer Sicht die anhaltende Müdigkeit und Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit aufgrund des mittlerweile drei Jahre anhaltenden, stabilen Zustandes nach remittiertem Karzinoms nicht mehr mit den Folgen der sechswöchigen Chemotherapie, kombiniert mit einer Radiotherapie, begründet werden (Urk. 7/75 S. 24). Die Tatsache, dass das Behandlungsschema an sich wenig intensiv gewesen sei, wird auch von der behandelnden Onkologin bestätigt (Urk. 7/87/4). Der onkologische Gutachter weist hinsichtlich der geklagten Müdigkeit und körperlichen Leistungsbeeinträchtigung ausserdem auf einen möglichen, durch die Therapie verursachten Testosteronmangel hin, welcher behandelbar ist. Ansonsten hält er eine Steigerung des Arbeitspensums von zwei Mal zwei Stunden bzw. 4 Stunden am Tag nunmehr für medizinisch zumutbar. Hierbei konnten sich die Gutachter - entgegen der behandelnden Psychiaterin - auch auf eine neuropsychologische Untersuchung stützen, welche eine Leistungseinbusse von lediglich 10 % feststellen konnte (Urk. 7/75 S. 24ff.). Die behandelnde Onkologin konnte den umfassenden Feststellungen der Gutachter nichts hinzufügen (E. 4.7). Dass infolge der stabilen Remission eine Veränderung der objektiv zumutbaren Leistungsfähigkeit festzustellen ist, ergibt sich auch aus ihrem Bericht vom 15. September 2016 (Urk. 7/87/4-5). Dr. D.\_\_\_\_ führte darin aus, dass sich der Gesundheitszustand objektiv verbessert habe, da kein Rückfall dieses äusserst ungünstigen Tumorleidens aufgetreten sei. Selbstredend ist die äusserst ungünstige Prognose weiterhin belastend (Urk. 7/87/4), aus psychiatrischer Sicht konnte aufgrund der objektiven Befunde indes keine massgebliche Einschränkung mehr festgehalten werden. Diesbezüglich ist auch auf das offenbar weitgehend normalisierte Freizeitverhalten des Beschwerdeführers hinzuweisen (vgl. Urk. 7/75 S. 16: Wanderungen in den Bergen, Gartenpflege, Schachspielen, soziale Kontakte), was eine objektive Verbesserung der Leistungsfähigkeit nach anhaltender Remission der Tumorerkrankung untermauert.

#### **E. 5.4**

Insgesamt beruht das Gutachten vom 16. Juni 2016 auf vollständiger Aktenkenntnis und umfassenden eigenen fachärztlichen Abklärungen und legt in nachvollziehbarer Weise und in Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten sowie den geklagten Beschwerden eine Verbesserung der objektiv zumutbaren Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht dar. Hierzu ist auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach der Umstand allein, dass behandelnde Fachärzte eine vom Gutachter abweichende Meinung äussern, nicht Anlass gibt, das Gutachten in Frage zu stellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_203/2015 vom 14. April 2015 E. 3.2 und U 58/06 vom 2. August 2006 E. 2.2, je mit Hinweisen). Insgesamt erweist sich das Gutachten vom 16. Juni 2016 als vollbeweiskräftig und in seiner Schlussfolgerung als nachvollziehbar, weshalb darauf abzustellen ist.

#### **E. 5.5**

Demnach ist eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit ausgewiesen und liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vor.

Zu präzisieren ist die attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % indessen dahingehend, als sich aus der maximalen Einschätzung der Gutachter, der Beschwerdeführer könne je zwei Stunden am Vormittag und Nachmittag bzw. vier Stunden am Tag, also während 20 Wochenstunden arbeiten, bemessen an der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahre 2016 ein Arbeitspensum von 47,96 % (20/41,7), im Vergleich zur zuletzt ausgeübten, als angepasst erachteten Stelle mit einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 42 Stunden (vgl. Urk. 7/15) ein Arbeitspensum von 47,62 % ergibt.

#### **E. 6.1.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 6.1.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

#### **E. 6.1.3**

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b/aa).

Ist eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich, so können nach der Rechtsprechung für die Bestimmung des Invalideneinkommens Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b).

Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2).

#### **E. 6.1.4**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leibensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung des selben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 6.1.5**

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine Parallelisierung ist indessen nur vorzunehmen, wenn die Differenz zum massgebenden Durchschnitt deutlich ist. Deutlich unterdurchschnittlich im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4 ist der tatsächlich erzielte Verdienst, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2).

#### **E. 6.2**

Die Beschwerdegegnerin bemass das Valideneinkommen (Fr. 58'135.43) gestützt auf das zuletzt erzielte Erwerbseinkommen, angepasst an die Nominallohnerhöhung (vgl. Urk. 7/76), was an sich nicht strittig ist. Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Erkrankung weiterhin als Buchbinder, Abteilung Prägerei, zum angestammten Pensum von 80 % arbeiten würde. Nach Angaben der Arbeitgeberin in ihrem Bericht vom 13. März 2014 (vgl. Urk. 7/15/2) hätte der Beschwerdeführer ein monatliches Einkommen von Fr. 4'410.-- bzw. einen Jahreslohn von Fr. 57'330.-- (Basis 2013/2014) erzielt. Das Invalideneinkommen (Fr. 36'334.64) bemass die Beschwerdegegnerin, indem sie den an der letzten Arbeitsstelle erzielten Lohn, der Nominallohnerhöhung angepasst, auf ein 50%-Pensum herabsetzte (vgl. Urk. 7/76).

### **E. 6.3.1**

Der Beschwerdeführer liess geltend machen, er habe ein unterdurchschnittliches Einkommen verdient, weshalb Validen- und Invalideneinkommen zu parallelisieren seien (Urk. 1 S. 8).

Der Beschwerdeführer verfügt über einen Kaufmännischen Lehrabschluss, arbeitete seit 1986 teilzeitlich im Bereich der Buchbinderei, seit 1998 bei der gleichen Arbeitgeberin (vgl. IK-Auszug, Urk. 7/10). Demzufolge verfügt er in diesem Bereich über angelernte, langjährige praktische berufliche Erfahrung, weshalb zum Vergleich seines Lohnniveaus jedenfalls das zweithöhere Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst) in der angestammten Branche heranzuziehen ist. Nach der LSE 2014, Tabelle TA1, Privater Sektor, erzielten Männer im Sektor 2 (Produktion), Branche 16-18 (Herstellung von Holzwaren und Papier, Druckereierzeugnisse) im Kompetenzniveau 2 einen standardisierten monatlichen Bruttolohn von Fr. 5'847.--. Hochgerechnet auf die im Jahre 2014 in dieser Branche betriebsübliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden in der Woche (vgl. die vom BFS herausgegebene Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Sektor II C 16-18) ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 72'970.55 bei einem 100%-Pensum bzw. Fr. 58'376.45 bei einem 80%-Pensum. Verglichen mit dem Lohn des Beschwerdeführers von Fr. 57'330.-- ergibt sich jedenfalls keine Differenz von mindestens 5 %. Das vom Beschwerdeführer angeführte Vergleichseinkommen (vgl. Urk. 1 S. 8) beruht auf dem privaten und öffentlichen Sektor zusammen, dessen Löhne in diesem Kompetenzniveau höher ausfallen (vgl. LSE 2014 Tabelle TF1\_skill\_level), weshalb es dem von ihm effektiv im privaten Sektor erzielten Einkommen nicht gegenübergestellt werden kann. Eine Parallelisierung (E. 6.1.5) ist daher nicht angezeigt.

### **E. 6.3.2**

Ferner moniert der Beschwerdeführer, es seien mehrere Kriterien gegeben (Alter, zusätzlicher Pausenbedarf, häufige Toilettengänge, leichte Tätigkeiten, mehrjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt), welche sich lohnmindernd auswirken würden, weshalb ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen vorzu nehmen sei (Urk. 1 S. 8).

Da in der angefochtenen Verfügung das Invalideneinkommen nicht auf Tabellenlöhne beruht, kommt ein sogenannter Malus-Abzug (vgl. E. 6.1.3) zum vorn herein nicht in Betracht. Kommt hinzu, dass das Gutachten sämtlichen gesundheitlichen Einschränkungen in der Ausgestaltung der zeitlich zumutbaren Belastung vollumfänglich Rechnung trug und dem Beschwerdeführer im bisherigen beruflichen Umfeld eine entsprechend zeitlich

eingeschränkte Tätigkeit weiter hin zumutbar wäre. Hingegen ist – wie oben ausgeführt – kein einem 50%igen Pensum entsprechender Lohn zu erwarten, weil die zumutbare Arbeitszeit (zweimal zwei Stunden am Tag, oder mit entsprechenden Pausen ein halber Tag) lediglich einem Pensum von 47,96 % entspricht. Hieraus errechnet sich (ausgehend vom zuletzt erzielten Lohn bei vollem Pensum, Stand 2016, von Fr. 72'669.29; vgl. Urk. 7/76) ein Invalideneinkommen von Fr. 34'852.20.

### **E. 6.3.3**

Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8 Ziff. 7) ist ihm trotz des fortgeschrittenen Alters (im Zeitpunkt der Rentenaufhebung stand der Beschwerdeführer vor der Vollendung seines 60. Altersjahres) die Verwertung der Resterwerbsfähigkeit ohne berufliche Eingliederungsmassnahme auf dem Weg der Selbsteingliederung zuzumuten. Der Beschwerdeführer arbeitete bis Ende 2014, wenn auch in reduziertem Pensum, an der bisherigen Arbeitsstelle weiter und war daher nur kurze Zeit abwesend vom Arbeitsmarkt. Ferner kann er auf eine

langjährige berufliche Erfahrung in diesem, ihm grundsätzlich weitesthin zumutbaren Tätigkeitsbereich zurückgreifen.

### **E. 6.4**

Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 58'135.43 und dem korrigierten Invalideneinkommen von Fr. 34'852.20 (E. 6.3.2) ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 23'283.24, was einem Invaliditätsgrad von 40 % entspricht.

### **E. 7**

Die Beschwerdegegnerin hat in Nachachtung des Urteils BGE 142 V 290 den aus der Gegenüberstellung gewonnenen Invaliditätsgrad prozentual entsprechend dem vor Eintritt der Invalidität ausgeübten Pensum gewichtet. Davon ist vorliegend aus folgenden Gründen abzusehen: Die mit BGE 142 V 290 eingeleitete Praxis führt bei Teilerwerbstätigen ohne Aufgabenbereich nach Ansicht des Gerichts zu einer sich nicht auf das Gesetz (Art. 8 und 16 ATSG, Art. 28a IVG) zu stützenden Benachteiligung teilerwerbstätiger Personen. Dem Umstand, dass sich die teilzeitlich erwerbstätige Person mit einem geringeren Einkommen begnügt, als sie grundsätzlich im Gesundheitsfall zu erzielen in der Lage wäre, wird hinreichend dadurch Rechnung getragen, dass das Valideneinkommen sich nach dem verminderten Erwerbspensum richtet, das Invalideneinkommen sich jedoch an der vollständig ausgeschöpften Erwerbsfähigkeit entsprechend der medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit bemisst. Für eine zusätzliche Gewichtung der aufgrund des Einkommensvergleichs ermittelten Erwerbseinbusse besteht im Hinblick auf die Gleichstellung zu Vollzeiterwerbstätigen keine Notwendigkeit. Im Unterschied zu Teilerwerbstätigen mit Aufgabenbereich bleibt die «Freizeit» unbeachtlich. Bei der gemischten Methode wird die Einschränkung im Aufgabenbereich mit der Invalidität im Erwerbsbereich summiert, was eine Gewichtung entsprechend des jeweiligen Umfangs zwingend erfordert, da insgesamt lediglich ein «normales» Pensum von 100 % versichert ist. Wie das Bundesgericht im Urteil 9C\_615/2016 vom 21. März 2017 ausführte (E. 5.5), war für die im Jahr 2015 eingeführte Praxis der proportionalen Gewichtung des Ergebnisses des Einkommensvergleichs (entsprechend dem hypothetischen erwerblichen Teilpensum) unter anderem die Gleichbehandlung Teilerwerbstätiger mit Aufgabenbereich sowie Teilerwerbstätiger ohne Aufgabenbereich ausschlaggebend (vgl. auch Urteil 9C\_222/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 6.3). Das auf Teilerwerbstätige mit Aufgabenbereich

anwendbare neue Modell der gemischten Methode (vgl. Art. 27 bis Abs. 2 bis 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) , in Kraft seit 1. Januar 2018) bringt inso weit eine Änderung mit sich, als das Teilzeit-Valideneinkommen nunmehr auf eine (hypothetische) Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet und der Invaliditäts grad erst dann gewichtet wird (Abs. 3 lit. a). Damit besteht für die vom Bundes gericht eingeführte Praxis zur Gleichstellung von Teilerwerbstätigen mit und ohne Aufgabenbereich keine Notwendigkeit mehr. Eine Abweichung zur Praxis des Bundesgerichts, welche auf keiner gesetzlichen Grundlage steht, ist unge achtet dessen, dass die neue gemischte Methode gesetzlich erst ab 1. Januar 2018 anzuwenden ist, ab sofort vorzunehmen.

## **E. 8**

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. Diese Herabsetzung hat in Anwendung von Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV auf den 1. März 2017 zu erfolgen.

### **E. 9.1**

Da es im vorliegenden Verfahren 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 auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 9.2**

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Die Parteientschädigung ist auf Fr. 1'700.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 24. Januar 2017 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40 % ab dem 1. März 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Procap Schweiz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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  
Hurst Stadler

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