

BL_GERICHTE 720 2012 173 vom 26. März 2002

BL Gerichte, 2002-03-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2012_173

FR: BL_GERICHTE 720 2012 173 du 26 mars 2002

IT: BL_GERICHTE 720 2012 173 del 26 marzo 2002

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Auf die frist- und formgerecht beim sachlich wie örtlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Vorliegend ist nicht strittig, dass dem Beschwerdeführer vom 1. Januar bis 31. Dezember 2008 und mit Wirkung ab 1. April 2012 eine ganze Rente zusteht. Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob er auch in der Zeit vom 1. Januar 2011 bis 31. März 2012 Anspruch auf eine ganze Rente hat.

3.1 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000). Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] vom 19. Juni 1959, Art. 3 und 4 ATSG).

3.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist.

4.1 Gemäss der Legaldefinition von Art. 6 ATSG ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer - Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der

Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen). 4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 323 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI- Praxis 2001 S. 113 E. 3a). 4.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung des Bundesgerichts mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

E. 5

Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes von anfangs Januar 2011 bis Ende März 2012 (vgl. E. 2 vorstehend) sind folgende ärztliche Berichte zu beachten.

E. 5.1

Dr. med. D. , FMH Innere Medizin/Lungenkrankheiten, hat den Beschwerdeführer bereits im Rahmen der Begutachtung der E. im März 2009 untersucht. Seinen Ausführungen vom 24. April 2009 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD) mit/bei schwerer obstruktiver Ventilationsstörung und apikal betontem, zentrilobulärem Lungenemphysem und einzelnen subpleuralen Bullae leide. Weiter wurde ein Nikotinabusus (circa 80 Packyears) sowie ein Status nach Cannabisabusus und inhalativem Heroinkonsum diagnostiziert. Aus rein pneumologischer Sicht liege für körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Leichte Arbeiten ohne Exposition mit Staub, Kälte oder Nässe seien

theoretisch zu 100% zumutbar.

E. 5.2

Der Beschwerdeführer wurde in psychiatrischer Hinsicht durch Dr. med. F. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. In seinem Gutachten vom 26. Oktober 2010 diagnostizierte er eine mögliche rezidivierende depressive Störung (aktuell remittiert; differentialdiagnostisch eine Anpassungsstörung [ICD-10 F43.2]), einen sporadischen Heroin- und Cannabiskonsum sowie einen Status nach Alkoholüberkonsum. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen.

E. 5.3

Die IV-Stelle beauftragte Dr. D. im September 2010, den Beschwerdeführer erneut zu begutachten. In seinem Bericht vom 4. Juli 2011 nannte er folgende Diagnosen: (A) COPD mit / bei (1) schwerer obstruktiver Ventilationsstörung 03/09, (2) apikal betontem, zentrilobulärem Lungenemphysem (einzelnen subpleuralen Bullae 12/08), (3) Spiroergometrie 3/09, (4) schwerer obstruktiver Ventilationsstörung, (5) CT-Thorax 11/2010: zwei aufgetretene Rundherde im anterioren Oberlappen, Lungenemphysem zentrilobulär, (6) PET-CT vom 15. November 2010: positiver Rundherd rechter Oberlappen und schwach positiver Lymphknoten rechts hilär, (7) Bronchoskopie 2. Dezember 2010 unauffällig, (8) Spiroergometrie am 9. Dezember 2010: VO₂ max. 19.4 ml/kg/min., CO-Diffusionskapazität 39.9%, (9) SPECT-CT am 9. Dezember 2010: homogenes Perfusionsmuster, rechter Oberlappen 11%, (10) Oberlappenresektion rechts am 14. Januar 2011, mässig differenziertes Adenokarzinom, (11) 6 Minuten-Gehtest 03/2011: 580 Meter nach pulmonaler Rehabilitation, (12) Spiroergometrie am 12. Mai 2011: VO₂ max. 19.2 ml/kg/min. (72%), CO-Diffusionskapazität 49, FEV₁ 1.57 Liter (39,7%) und (B) Nikotinabusus (circa 80 Packyears) bei Status nach Cannabisabusus und inhalativem Heroinkonsum. In seiner Beurteilung kam Dr. D. zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Begutachtung im März 2009 verschlechtert habe. So seien bei ihm ein Adenokarzinom im rechten Lungenoberlappen festgestellt und am 17. Januar 2011 eine Lobektomie durchgeführt worden. Entsprechend sei es zu einer leichtgradigen Abnahme der VO₂ max. von initial 24 auf aktuell 19,2 ml/kg/min gekommen. Diese Verschlechterung des Gesundheitszustandes wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit dahingehend aus, dass der Beschwerdeführer weiterhin für mittelschwere und schwere Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig sei. Bei lediglich leichten vorwiegend in sitzender Position und ohne Exposition mit Nässe, Kälte und Staub auszuführenden Arbeiten bestehe aus rein pneumologischer Sicht vor allem aufgrund der schweren Obstruktion und der Diffusionsstörung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Am 10. April 2012 führte Dr. D. gegenüber dem Rechtsvertreter aus, dass sich beim Beschwerdeführer 13 Monate nach der Lobektomie des rechten Lungenoberlappens bei Adenokarzinom auf dem PET-CT vom 17. Februar 2012 keine Anhaltspunkte für ein Tumorrezidiv finden würden. Subjektiv beschreibe der Beschwerdeführer rezidivierende pulmonale Infekte in den letzten Monaten, welche eine antibiotische Therapie notwendig gemacht hätten. Weiter nenne er von Seiten der COPD eine zunehmende Symptomatik mit einer Leistungstoleranz. Bei der Verlaufbeurteilung der Arbeitsfähigkeit erachtete Dr. D. eine Evaluation mittels Plethysmographie, eine Diffusionskapazitätsmessung und vor allem eine Spiroergometrie als indiziert.

E. 5.4

Im Laufe des vorliegenden Beschwerdeverfahrens ging der Bericht von Dr. C. vom 15. Oktober 2012 ein. Diesem ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer sich aktuell über das Auftreten von Atemnot beklage. Diese trete schon bei geringster Anstrengung und akzentuiert bei Temperaturen unter 15 Grad und über 25 Grad auf. Das Steigen von Treppen sei nur langsam möglich und nach einem Stockwerk müsse er anhalten. Hausarbeiten wie Staubsaugen oder Abwaschen seien nur in sehr geringem Tempo möglich. Husten und Auswurf seien den ganzen Tag vorhanden, intensiver jedoch am Morgen. Dr. C. diagnostizierte (1) eine schwere chronisch obstruktive Pneumopathie Gold Stadium IV mit Intensitätszunahme der Atemwegsobstruktion, (2) einen Status nach Bronchuskarzinom mit Oberlappenresektion rechts, histologisch mässig differenziertes Adenokarzinom ohne Anhaltspunkte für eine erneute Tumormanifestation, (3) einen Status nach akzidentieller Nitrosegas- und Chromgasvergiftung 1975 und 1977 sowie (4) eine Polytoxikomanie. Als Nebendiagnosen nannte er einen Status nach mechanischem Ileus 1999, nach rezidivierenden Divertikulitisschüben, nach Diskushernienoperation und eine ausgeprägte depressive Verstimmung mit Suizidversuch im Jahr 2012. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht hielt Dr. C. sodann fest, dass in den letzten Jahren eine zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustandes aktuell mit einer Einschränkung der lungenfunktionellen Reserven um circa 80% dokumentiert werde. Gleiches gelte für die Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, was an den Ergebnissen der Spiroergometrien der Jahre 2009, 2010, 2011 und 2012 mit einer kontinuierlichen Verminderung der maximalen Sauerstoffaufnahme auf aktuell noch 15,9 ml/min/kg erkennbar sei. Im Allgemeinen müsse bei Vorliegen einer chronisch obstruktiven Pneumopathie mit einer stetigen jährlichen Abnahme der lungenfunktionellen Werte gerechnet werde. Beim Beschwerdeführer lasse sich eine überproportionale Verschlechterung im Laufe des letzten Jahres dokumentieren. Erschwerend komme der Status nach Oberlappenresektion der rechten Lunge wegen eines Adenokarzinoms hinzu. Zusammenfassend liege nun klar eine volle Invalidität vor. Jegliche Art von Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. 6.1. Die IV-Stelle stützt sich in ihrer Verfügung vom 25. April 2012 und in ihrer Eingabe vom 6. Dezember 2012 auf die Ausführungen von Dr. D. vom 4. Juli 2011 und vom 10. April 2012 sowie den Verlaufsbericht von Dr. C. vom 15. Oktober 2012. Sie kommt dabei zum Schluss, dass der Beschwerdeführer seit September 2010 in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig sei und deshalb mit Wirkung ab 1. Januar 2011 Anspruch auf ein halbe Rente habe. Ab 1. April 2012 stehe ihm bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit eine ganze Rente zu. Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber ausführen, dass ihm bereits ab 1. Januar 2011 eine ganze Rente auszurichten sei, da spätestens ab diesem Zeitpunkt keine Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden könne. 6.2. Die Beurteilung der IV-Stelle ist nicht zu beanstanden. Wie unter E. 4.4 vorstehend ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier nicht vor. Die Untersuchungen von Dr. D. und Dr. C. erfolgten umfassend. Dies widerspiegelt sich in deren Beurteilung der pneumologischen Situation, bei welcher übereinstimmend eine über die Jahre hinweg erfolgte Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt wurde. Die Gutachter haben den Beschwerdeführer persönlich untersucht, gehen in ihren

ausführlichen Berichten einlässlich auf die geklagten Beschwerden ein, setzen sich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander und vermitteln so ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand. Auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist schlüssig und nachvollziehbar. Als Ergebnis lässt sich deshalb festhalten, dass die Gutachten/Berichte von Dr. D. vom 4. Juli 2011 und 10. April 2012 sowie von Dr. C. vom 15. Oktober 2012 in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchten und begründete Schlussfolgerungen enthalten.

6.3 Daran ändern die Ausführungen des Beschwerdeführers nichts. Soweit er geltend macht, der von der IV-Stelle bezeichnete Zeitpunkt, ab welchem von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei, sei willkürlich gewählt, kann ihm nicht gefolgt werden. Gemäss den vorgenannten Berichten war der Beschwerdeführer noch im Jahr 2009 für eine seinem Leiden angepasste Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. In der Folge wurde bei ihm im Herbst 2010 ein mässig differenziertes Adenokarzinom diagnostiziert. Am 17. Januar 2011 wurde deshalb eine Oberlappenresektion rechts durchgeführt. Während des Aufenthaltes im Spital G. bis 28. Januar 2012, und der nachfolgenden Rekonvaleszenz in der Klinik H. vom 2. bis 16. Februar 2011 war der Beschwerdeführer zwar 100% arbeitsunfähig. Nachdem aber bereits im Bericht des Spitals G. vom 2. Februar 2011 von einem weitgehend komplikationslosen nachoperativen Verlauf gesprochen wurde, ist dem Bericht der Klinik H. vom 7. März 2011 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in deutlich gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden konnte. Am 8. März 2011 berichtete das G. von einem erfreulichen postoperativen Verlauf. Damit kann aber nicht von einer dauerhaften 100%igen Arbeitsunfähigkeit im Nachgang zur Adenokarzinombehandlung im Januar 2011 gesprochen werden. Dieser Auffassung widerspricht auch die Beurteilung von Dr. D. vom 4. Juli 2011, welcher in Kenntnis der Vorakten und der Anamnese als behandelnder Arzt einleuchtend von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging. Auch Dr. C. beurteilte in seinem Bericht vom 15. Oktober 2012 das Auftreten des Adenokarzinoms lediglich als erschwerende Tatsache in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. Hauptursache für deren kontinuierliche Abnahme sei aber das COPT.

6.4 Die Ansicht der IV-Stelle, dass der Beschwerdeführer ab April 2012 keine Arbeitsfähigkeit mehr aufweise, ist ebenfalls nachvollziehbar und keineswegs willkürlich, wie der Beschwerdeführer erwähnt. So ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass sich gestützt auf die Ausführungen von Dr. D. vom 10. April 2012 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes manifestierte. Diese Auffassung wurde sodann von Dr. C. am 15. Oktober 2012 bestätigt. Da er keine konkrete Zeitangabe nannte und lediglich ausführte, dass sich beim Beschwerdeführer eine überproportionale Verschlechterung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit im Laufe des letzten Jahres dokumentieren lasse, ist die Annahme der IV-Stelle, welche sich auf den Bericht von Dr. D. vom April 2012 stützte, nicht zu kritisieren. Dies umso mehr, als eine frühere Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Damit steht aber fest, dass der Beschwerdeführer aus pneumologischer Sicht ab September 2010 (Auftrag Verlaufsgutachten Dr. D. ; vgl. E. 5.3) bis Ende März 2012 in einer angepassten Tätigkeit zu 50% arbeitsunfähig ist. Ab 1. April 2012 kann ihm aufgrund der Ausführungen von Dr. D. vom 10. April 2012 und Dr. C. vom 15. Oktober 2012 keine Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden.

6.5 Weiter ist zu beachten, dass entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. So ist dem umfassenden und einleuchtenden Gutachten von Dr. F. vom 26.

Oktober 2010 zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung (momentan remittiert) möglich sei. Diese habe aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dr. F. setzt sich auch mit den Berichten von Dr. med. I., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, auseinander, und widerlegt einleuchtend dessen Aussage, wonach der Beschwerdeführer wegen einer psychiatrischen Problematik zu 100% arbeitsunfähig sei. 6.6 Zusammenfassend steht daher fest, dass der Beschwerdeführer ab September 2010 in einer leichten adaptierten Tätigkeit zu 50% arbeitsunfähig ist. Ab 1. April 2012 ist es ihm nicht mehr zumutbar, einer Arbeit nachzugehen.

E. 7

In einem nächsten Schritt ist die Verwertbarkeit der attestierten 50%igen Restarbeitsfähigkeit durch den Beschwerdeführer zu prüfen. Während die Beschwerdegegnerin davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer die ihm verbliebene Arbeitskraft vollumfänglich umsetzen und dadurch die Hälfte des vormals für ein 100%-Pensum erwirtschafteten Einkommens generieren kann, schliesst der Beschwerdeführer jede Einsatzmöglichkeit in diesem Umfang aus.

E. 7.1

Im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei der Bestimmung des trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbaren Einkommens darf nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Insbesondere kann dort nicht von einer Arbeitsgelegenheit gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum vorneherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2008, 9C_854/2008, E. 2.1; ZAK 1991 S. 318 E. 3b). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) hält von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276; ZAK 1991 S. 318 E. 3b). Weder gestützt auf die Pflicht zur Selbsteingliederung noch im Rahmen der der versicherten Person auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt offen stehenden Möglichkeiten der Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit dürfen von ihr Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles nicht zumutbar sind (vgl. BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen). Es geht bei dieser Beurteilung um die Einschätzung der Chancen der versicherten Person, trotz der im Einzelfall einzuhaltenden Restriktionen bezüglich Arbeitsplatz, Arbeitshaltung, Arbeitszeit und Art der Tätigkeit von einem durchschnittlichen Arbeitgeber noch angestellt zu werden, das heisst um die für die versicherte Person realistischerweise noch vorhandenen oder nicht mehr vorhandenen Arbeitsmarktchancen (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2008, 9C_854/2008, E. 3.2).

E. 7.2

Ausgehend von diesen Grundsätze kann von einem IV-rechtlich erheblichen fehlenden Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt im Sinne des Art. 16 ATSG nicht gesprochen werden. In erster Linie ist darauf hinzuweisen, dass dem Beschwerdeführer eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert wurde, die er aufgrund seiner Vorbildung

auch unter Berücksichtigung der weiteren Einschränkungen (in sitzender Position und ohne Exposition mit Nässe, Kälte, Staub) umzusetzen in der Lage sein sollte. Damit geht aber sein Hinweis auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 22. März 2012 (IV.2010.00839) fehl, handelt es sich in jenem Fall doch um eine Restarbeitsfähigkeit von lediglich 20%, bei welcher zudem die Möglichkeit der freien Zeiteinteilung gegeben sein musste. Ebenso wenig kann der Beschwerdeführer aus dem Urteil des Kantonsgericht vom 21. September 2007, KGSV 720 06 322, etwas zu seinen Gunsten ableiten. Der betreffende Versicherte war in diesem Fall nur noch in der Lage, leichte Tätigkeiten ohne mechanische Belastung der Hände ausführen. Zudem litt er unter Epilepsie sowie vaskulärer Encephalopathie (progredientes Demenzsyndrom) mit kognitiver Verlangsamung, Konzentrationsschwierigkeiten und erhöhter Tagesmüdigkeit, weshalb das Kantonsgericht gesamthaft zum Schluss kam, dass er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die von der IV-Stelle vorgeschlagenen Einsatzmöglichkeiten wie Überwachungstätigkeiten, Maschinenbedienen, Sortier- und Prüfungsarbeiten, Portierdienste bzw. Kurierdienste nicht ausüben könne. Weiter dürfte vorliegend auch das Alter des Beschwerdeführers für einen durchschnittlichen Arbeitgeber keine Rolle spielen. Selbst die Zugrundelegung der Vermutung, dass dem Beschwerdeführer nur noch eine Tätigkeit in einem Nischenarbeitsplatz zumutbar ist, führt nicht zur Verneinung des Vorhandenseins entsprechender Arbeitsgelegenheiten, da der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch - ausserhalb von geschützten Werkstätten - gewisse "soziale Winkel" umfasst (vgl. ARV 1998 Nr. 5 S. 28). Nachdem an eine Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (im Einzelnen: SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203), ist vorliegend davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die ihm verbleibende Restarbeitsfähigkeit von 50% bis Ende März 2012 verwerten kann.

7.3.1 Unter diesem Aspekt geht auch die weitere Argumentation des Beschwerdeführers, wonach er nicht in der Lage sei, die Restarbeitsfähigkeit aus Eigenanstrengung umzusetzen, weshalb die Vorinstanz berufliche Massnahmen durchzuführen habe, fehl. Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt zunächst ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung). Laut ständiger Rechtsprechung ist zudem im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug und/oder auf Grund des fortgeschrittenen Alters des Versicherten können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2011, 9C_376/2011, E. 6.1 mit Hinweis auf das Urteil vom 10. September 2010, 9C_163/2009, E. 4.1 und 4.2.2).

7.3.2 Vorliegend bezog der Beschwerdeführer nicht während Jahren eine Rente, die nunmehr revisionsweise aufgehoben wird, weshalb er aus der vorstehend zitierten und auch in der Beschwerde genannten Rechtsprechung nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Zu beachten ist vielmehr, dass er sich als arbeitsunfähig erachtet und davon ausgeht, dass er aufgrund seines Gesundheitszustandes keiner Tätigkeit mehr nachgehen kann. Unter diesen Umständen erübrigen sich aber von vornherein jegliche Eingliederungsbemühungen bzw. eine Prüfung derselben (vgl. etwa das Urteil des

Bundesgerichts vom 3. Februar 2011, 9C_831/2010, E. 4.2).

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