

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00132 vom 13. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00132

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00132 du 13 décembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00132 del 13 dicembre 2012

Erwägungen

E. 2

????? Hiergegen liess X.____ durch Rechtsanwalt Hans St?nzi, Horgen, mit Eingabe vom 1. Februar 2012 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren erheben, es sei die angefochtene Verf?gung aufzuheben und ab 1. Februar 2012 weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1, unter Beilage eines psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. B.____, Facharzt FMH f?r Psychiatrie und Psychotherapie, '____', vom 7. September 2011 [Urk. 3]). Die Beschwerdegegnerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 7. M?rz 2012 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdef?hrer am 12. M?rz 2012 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

3.?????? Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erw?gungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erw?gung:

1.?????? ?ndert sich der Invalidit?tsgrad einer Rentenbez?gerin oder eines Rentenbez?gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin f?r die Zukunft entsprechend erh?ht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche ?nderung in den tats?chlichen Verh?ltnissen, die geeignet ist, den Invalidit?tsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen ?nderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich ver?ndert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unver?ndert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsf?higkeit f?r sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis f?r die Beurteilung einer anspruchserheblichen ?nderung des Invalidit?tsgrades bildet die letzte rechtskr?ftige Verf?gung oder der letzte rechtskr?ftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Pr?fung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabkl?rung, Beweisw?rdigung und Invalidit?tsbemessung beruht.

???????? Bei der Rentenrevision im Allgemeinen gilt ebenso wie bei der Neuanmeldung, dass eine Verf?gung, welcher nur geringer Abkl?rungsaufwand der Verwaltung vorangeht und die bloss summarisch und in erster Linie formal begr?ndet ist (Nichteintretensverf?gung), unter dem Blickwinkel der Rechtsbest?ndigkeit anders zu gewichten ist als eine solche, die auf einer - nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes - umfassenden materiellen Anspruchspr?fung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. M?rz 2010 E. 1 mit

Hinweisen).

2.????? Die die ganze Rente best?tigende Mitteilung vom 5. Mai 2004 war bloss summarisch - unter Hinweis auf zwei eingeholte Arztberichte behandelnder ?rzte, die im Wesentlichen einen seit Rentenbeginn unver?nderten Gesundheitszustand best?tigten - begr?ndet worden (Urk. 7/34-37). Die strittige Frage, ob die Aufhebung der ganzen Rente rechtens ist, ist daher anhand eines Vergleichs des Gesundheitszustands des Beschwerdef?hrers im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache (Verf?gung vom 6. Mai 2000) mit seinem Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Erlasses der Aufhebungsverf?gung vom 5. Januar 2012 (Urk. 2) zu beantworten.

E. 3

chronisches unspezifisches zervikal- sowie lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom bei

- ?? Wirbels?ulenfehlhaltung;
- ?? muskul?rer Dekonditionierung.

??????? Aus rein somatischer, internistisch-rheumatologischer Sicht bestehe im angestammten Beruf als Baumaschinenf?hrer eine volle Arbeitsunf?higkeit seit dem 22. Oktober 1995 infolge der nicht zumutbaren Kniebelastung links. Aufgrund der Kniebeschwerden links mit den degenerativen Ver?nderungen k?men keine k?rperlich schwer belastenden T?tigkeiten mehr in Frage. F?r leichte und mittelschwere k?rperliche T?tigkeiten, unter Vermeidung von Heben und Tragen von schweren Lasten mit der M?glichkeit, die K?rperposition zu wechseln, dem Vermeiden von l?ngerem Sitzen, Stehen oder Treppensteigen bestehe derzeit keine Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit, wobei diese Beurteilung auf der Knieproblematik und nicht auf den unspezifischen R?ckenbeschwerden beruhe (Urk. 7/23/10). Aufgrund der chronifizierten Schmerzen, der depressiven Symptome mit der Antriebslosigkeit, den Konzentrationsst?rungen und der Verlangsamung resultiere eine maximal 50%ige Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit. Das heisse, es sei eine den somatischen Einschr?nkungen angepasste T?tigkeit in der Gr?ssenordnung von vier Stunden t?glich zumutbar. Es solle eine psychiatrische Reevaluation in einem bis zwei Jahren erfolgen (Urk. 7/23/11).

3.2???? Der die bisherige ganze Invalidenrente best?tigenden Mitteilung im Jahre 2004 lagen im Hinblick auf die Arbeitsf?higkeit des Beschwerdef?hrers der medizinische Bericht von Dr. med. J.____, Facharzt FMH f?r Rheumatologie und Innere Medizin, '____', vom 15. April 2004 (Urk. 7/35) und der Arztbericht von Dr. Z.____ vom 29. April 2004, beide zuhanden der Beschwerdegegnerin, zugrunde (vgl. Feststellungsblatt f?r den Beschluss vom 4. Mai 2004, Urk. 7/37).

3.2.1?? Dr. J.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. April 2004:

- anteromediale Knieinstabilit?t links mit Gonarthrose bei Status nach Kniedistorsion links am 14. Juni 1981 und am 22. Oktober 1995 sowie vorderer Kreuzbandplastik im M?rz 1997;
- chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom bei linkskonvexer Skoliosierung in Folge Beinverk?rzung links von 9mm;
- depressives Zustandsbild.

???????? Radiologisch zeige das linke Kniegelenk anteroposterior stehend und seitlich degenerative Veränderungen femorotibial und femoropatellar. Der Beschwerdeführer sei unter Berücksichtigung der rheumatologischen Problematik sowie des depressiven Zustandes seit dem Zeitpunkt des Kennenlernens des Beschwerdeführers - seine Behandlung bei Dr. J.____ begann am 16. Juni 1998 (vgl. Urk. 7/35/3) - und bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/35/4).

3.2.2?? Dr. Z.____ nannte in seinem Bericht vom 29. April 2004 folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Gonarthrose und Instabilität bei Status nach Kreuzbandplastik links;
- chronisches rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei Fehlhaltung und degenerativen Veränderungen;
- Depression, zum Teil reaktiv.

???????? In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit habe immer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 7/36/1). Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Knieproblematik sei weitgehend stationär, es komme zu Schmerzen bei längerem Gehen, Stehen und Tragen von Lasten. Hinsichtlich des Rückens sei der Verlauf wechselnd. Die Depression sei wechselnd. Es sei zu einer massiven Verschlechterung nach dem Tod des Schwiegersohns im November 2002 gekommen, jetzt gehe es langsam besser. Der Invaliditätsgrad habe sich nicht verändert. Eine Rückführung des schmerzgeplagten, depressiven, selbstunsicheren Mannes ins Erwerbsleben werde scheitern (Urk. 7/36/2).

3.2.3?? Obwohl hauptsächlich das psychiatrische Leiden zur Rentenzusprache geführt hatte, und von der C.____ eine psychiatrische Reevaluation in einem bis zwei Jahren empfohlen worden war (E. 3.1 am Schluss), unterliess es die Beschwerdegegnerin, einen entsprechenden fachärztlichen Bericht einzuholen und richtete weiterhin die ganze Rente aus (Mitteilung vom 5. Mai 2004, Urk. 7/38).

E. 3.3

?? Im Rahmen des im Jahre 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens ergingen die folgenden medizinischen Berichte:

3.3.1?? Med. pract. K.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, '____', gab in seinem Bericht vom 21. Juli 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin einen stationären Gesundheitszustand und keine Änderung der Diagnose an. Der Verlauf sei unverändert (Urk. 7/44/1).

3.3.2?? Dr. J.____ erachtete in seinem Bericht vom 25. August 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer rheumatologisch und psychiatrisch bedingt weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/46/4).

3.3.3?? Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, '____', hielt in seinem im Rahmen des interdisziplinären A.____-Gutachtens zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten orthopädischen Teilgutachten vom 25. November 2009 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende fest (Urk. 7/58/41):

- anteroposteriore Knieinstabilität links mit medial betonter Gonarthrose bei Status nach Kniegelenksdistorsion am 14. Juni 1981, 22. Oktober 1995 und Status nach Arthroskopie mit Teilmeniskektomie medial sowie vorderer Kreuzband-Rekonstruktion am 12. März

1997;

- lumbale unspezifische panvertebrale Schmerzsymptomatik bei degenerativen Veränderungen.

Beim problemlosen Zehenspitzen- und Fersengang habe der Beschwerdeführer hörbar laut geatmet, um den Eindruck heftiger Anstrengung zu erwecken (Urk. 7/58/38). Sämtliche Bewegungen würden mit intensivem Schnaufen begleitet und seien nach Angaben des Beschwerdeführers schmerzhaft (Urk. 7/58/39). Eine Arbeitsfähigkeit im zuvor ausgeübten Beruf sei aus rein orthopädischer Sicht noch immer möglich. Allenfalls müsse darauf geachtet werden, dass die Federung des Baggers entsprechend weich eingestellt sei und der Beschwerdeführer mehrmals täglich die Möglichkeit habe, von der Sitzposition im Bagger ausserhalb eine stehend-gehende Tätigkeit zu verrichten. Es sollten jedoch aufgrund der Gonarthrose keine Gewichte über 10-15 kg getragen werden, um ein beschleunigtes Fortschreiten der Arthrose zu verhindern (Urk. 7/58/41). Dass dies in Anbetracht der nun schon über 14jährigen Arbeitsabstinenz und der daraus resultierenden psychisch-sozialen Problematik wohl kaum zu erreichen sei, vermöge die rein orthopädisch beurteilte Arbeitsfähigkeit nicht zu reduzieren (Urk. 7/58/42).

3.3.4?? Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, '____', nannte in ihrem im Rahmen des interdisziplinären A.____-Gutachtens zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten psychiatrischen Teilgutachten vom 25. November 2009 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie gab aber eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an. An objektiven Befunden sei eine subdepressive Stimmungslage festzustellen. Die über Jahre anhaltende leichte Einschränkung der geistigen Befindlichkeit sei als Dysthymie zu diagnostizieren. Diese sei allerdings ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als Baggerführer oder in einer allfälligen Verweistätigkeit. Aufgrund des eher geringen Leidensdrucks sei die Motivation für eine Psychotherapie beim Beschwerdeführer nicht sehr hoch (Urk. 7/58/46).

3.3.5?? Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Chefarzt am A.____, hielt im zusammenfassenden A.____-(Haupt-)Gutachten vom 29. Dezember 2009 zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/58/28):

1. anteroposteriore Knieinstabilität links mit medial betonter Gonarthrose bei:

- ?? Status nach Kniegelenksdistorsion links am 14. Juni 1981 und am 22. Oktober 1995;

- ?? Status nach Arthroskopie mit Teilmeniskektomie medial sowie vorderer Kreuzband-Rekonstruktion am 12. März 1997;

2. lumbale unspezifische panvertebrale Schmerzsymptomatik bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule.

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er einen Verdacht auf arterielle Hypertonie sowie eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) an (Urk. 7/58/29).

Der internistische klinische Status sei abgesehen von deutlich hypertonen Blutdruckwerten von 150/110 mmHg unauffällig. Aus rein internistischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Baumaschinist noch in einer sonstigen, dem Alter und dem Habitus entsprechenden Verweisungstätigkeit (Urk. 7/58/32).

Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer aus orthopädisch-chirurgischer Sicht unter Berücksichtigung gewisser Schonkriterien - Möglichkeit zur Wechselbelastung, kein repetitives Tragen und Heben von Lasten über 10 kg - auch in der letzten Tätigkeit als Baumaschinist zu 100 % arbeitsfähig. Auch aus internistischer und psychiatrischer Sicht lasse sich aufgrund der erhobenen Befunde keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Dass dies in Anbetracht der nun schon über 14-jährigen Arbeitsabstinenz und der daraus resultierenden psychosozialen Problematik wohl kaum zu erreichen sei, vermage die interdisziplinär beurteilte Arbeitsfähigkeit nicht zu reduzieren. Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit Ende 1999 (Urk. 7/58/33). Gemäss Literatur sei bei einer Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes nach einer Rehabilitationsphase von maximal zwei Jahren eine volle Wiederherstellung der Arbeits- und Sportfähigkeit die Regel (Urk. 7/58/33-34).

Aus psychiatrischer Sicht legitimiere die als Dysthymie diagnostizierte aktuell vorliegende und über die letzten Jahre anhaltende, leichte Einschränkung der gefühlsmässigen Befindlichkeit per se keine dauerhafte Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe seit dem Jahr 1996, nach einer einmaligen Konsultation bei einem Psychiater, selber keinen Behandlungsbedarf seiner psychischen Befindlichkeit mehr verspürt, und die Indikation zur Behandlung sei auch vom Hausarzt nicht mehr gestellt worden, abgesehen von der niedrig dosierten antidepressiven Dauermedikation.

In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Baumaschinist sei der Beschwerdeführer, unter Berücksichtigung gewisser Schonkriterien - Möglichkeit zur Wechselbelastung, kein repetitives Tragen und Heben von Lasten über 10 kg - seit Ende des Jahres 1999 wieder zu 100 % arbeitsfähig. Der Beschwerdeführer sei seinem allgemeinen Leistungsspektrum entsprechend für alle Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/58/34).

3.3.6?? Dr. med. O. ____, Facharzt für Arbeitsmedizin vom Regionalen ärztlichen Dienst (RAD), hielt in seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2010 fest, da der gesundheitliche Zustand die Folge von schon im Jahre 1999 diagnostizierten Veränderungen darstelle, sei im Abgleich mit der Begutachtung im Jahr 2009 in Bezug auf die körperliche Belastbarkeit keine Verbesserung des Gesundheitszustands anzunehmen, aber auch keine Verschlechterung. Beim Beschwerdeführer führten die Knieinstabilität und die degenerativen Veränderungen im Rücken zu einer auf 10 kg reduzierten, allenfalls auch wiederholten Lastenhandhabung und zum Bedarf einer wechselbelastenden Arbeit, das heisse längere Zwangshaltungen seien zu vermeiden. Der psychische Gesundheitszustand habe eine Veränderung erfahren. Die damalige Belastungssituation mit einer mittelgradigen Symptomatik und beruflichen Beeinträchtigung sei aufgrund des Spontanverlaufs in eine (chronische) Dysthymie gemündet. Diese äussere sich nicht in erheblichen respektive berufsrelevanten depressiven Symptomen. Das heisse, aufgrund einer Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes sei der erhobte Erholungsbedarf von 50 % nicht mehr ausgewiesen. Die Veränderung sei wahrscheinlich kontinuierlich erfolgt. Versicherungsmedizinisch liege weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit vor. Die Einschränkungen seien vorgängig definiert. In einer so angepassten Tätigkeit bestehe ab Gutachtensdatum eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 7/61/4).

3.3.7?? In seiner Stellungnahme vom 24. Mai 2011 wies der A. __-Gutachter Dr. N. __ darauf hin, die Beurteilung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Baumaschinist beruhe auf der kritischen Auseinandersetzung mit dem genauen

Belastungsprofil einer derartigen Tätigkeit. Bei der Tätigkeit als Baggerführer handle es sich um eine mehrheitlich sitzende Tätigkeit, die, sofern die Federung des Baggers entsprechend weich eingestellt sei, zu 100 % ausgeführt werden könne. Der Beschwerdeführer sollte allerdings dabei mehrmals täglich die Möglichkeit haben, von der Sitzposition kurz in eine stehende oder gehende Tätigkeit zu wechseln, zudem sollte er bei der Arbeit keine schweren Lasten heben oder tragen müssen. Unter Berücksichtigung dieser Schonkriterien wäre ihm auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit spätestens zwei Jahre nach der Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes zu 100 % zumutbar gewesen. Aus diesem Grund habe auch retrospektiv eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden können. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung stehe, bedeute nicht zwangsläufig, dass eine psychische Störung mit invalidisierendem Charakter vorliege. Aus einer Dysthymie eine Arbeitsunfähigkeit abzuleiten sei unzulässig. Die 14-jährige Arbeitsabstinenz und die daraus resultierenden psychosozialen Probleme seien invaliditätsfremde Faktoren, die bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht gelassen werden müssten (Urk. 7/76/2).

3.3.8?? Dr. B. ___ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 7. September 2011 (Urk. 3) zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode gemäss ICD-10 F33.0/1 (S. 17). Am 18. August 2011 habe der Beschwerdeführer durch verarmte Gestik und Mimik imponiert, es hätten sich eine motorische Unruhe an den Händen und Fingern, verlangsamtes formales Denken, eine eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit und ein sichtbarer depressiver Affekt gefunden. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Akten, der Fremdanamnese und der aktuellen Untersuchungsbefunde sei eine chronische Depression zu diagnostizieren. Terminologisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung, die gegenwärtig leicht bis mittelgradig ausgeprägt sei. Die Kriterien für die aktuelle leichte Episode seien mehr als erfüllt, deshalb sei sie leicht bis mittelgradig. Dies treffe im Querschnitt wie auch im Längsschnitt zu. Bezüglich der rezidivierenden depressiven Störung lasse sich folgender Verlauf beschreiben: Beginnend mit einer mittelgradigen depressiven Episode im Anschluss an die Kündigung Ende 1996 sei es nach 1999 zu einer Besserung der depressiven Symptomatik auf ein leichtes Ausmass gekommen. Im Jahre 2002 nach dem Tod des Schwiegersohnes sei eine Verschlechterung mit anschliessender erneuter Besserung erfolgt. Über die Zeit zwischen 2004 und 2007 sei wenig bekannt. Entweder sei die Depression remittiert oder leichtgradig ausgeprägt gewesen. Seit dem Jahr 2007 sei wieder durchgängig von einer leichtgradigen Ausprägung auszugehen, unterbrochen von kurzen Perioden mit mittelgradigem Ausmass. Auf die Kündigung Ende 1996 habe der Beschwerdeführer mit einer depressiven Symptomatik reagiert, die sich seither nie wesentlich gebessert, sich chronifiziert und verselbständigte habe (S. 20). Der Beschwerdeführer gebe an, dass sich die depressiven Symptome über die Jahre gebessert hätten, es ihm aber insgesamt gesehen psychisch nie besser als zum gegenwärtigen Untersuchungszeitpunkt gegangen sei. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers wie auch des gegenwärtigen Hausarztes sei die Ausprägung der Depression seit dem Jahr 2007 bis zum Jahr 2009 zumindest leichtgradig, teilweise sogar über gewisse Zeiten mittelgradig gewesen. Das leichtgradige Ausmass ergebe sich daraus, dass sich der psychische Zustand gemäss den Angaben des Hausarztes seit dem Jahr 2007, verglichen mit dem aktuellen Zustand, kaum geändert habe. Dieser sei aktuell fachärztlich als leichte bis mittelgradig depressive Episode zu bezeichnen. Eine zumindest leichtgradige depressive Episode schliesse eine Dysthymie für den Zeitraum 2007 bis 2009 aus. Es sei

deshalb anzunehmen, dass auch zum Untersuchungszeitpunkt 2009 keine Dysthymie vorgelegen sei, sondern eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung. Aufgrund der rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, sei die Arbeitsfähigkeit insbesondere bezüglich der Durchhaltefähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit eingeschränkt. Auch die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung erscheine vermindert. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer im angestammten Beruf aufgrund des Ausmasses der Depression aktuell zu 30 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (S. 21). Die oben beschriebenen krankheitsbedingten Einschränkungen mit verminderter Belastbarkeit trafen aufgrund ihrer generalisierenden Wirkung auch für eine mögliche Verweistätigkeit zu (S. 21 f.). Auch dort sei aktuell von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu sprechen. Aufgrund des jahrelangen chronischen Verlaufes sei die Prognose bezüglich therapeutischer Veränderbarkeit der Depression eher tief zu setzen (S. 22).

4.????? Anlässlich der A.____-Begutachtung erklärte der Beschwerdeführer, sich nicht vorstellen zu können, in seinem gesundheitlichen Zustand irgendeine Arbeitstätigkeit zu verrichten (vgl. Urk. 7/58/16; Urk. 7/58/32). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers nicht entscheidend ist. Massgebend ist die medizinisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wobei es sich hierbei um eine medizinisch-theoretische Beurteilung handelt, weshalb nicht entscheidend ist, ob eine versicherte Person die ihr aufgrund der medizinischen Befunde und Diagnosen an sich mögliche Arbeitsfähigkeit auch tatsächlich verwertet.

E. 5

5.1???? Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

5.2???? Die Beschwerdegegnerin stellte im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens für die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Wesentlichen auf das interdisziplinäre A.____-Gutachten vom 29. Dezember 2009 (E. 3.3.3-5) ab (vgl.

Feststellungsblatt für den Beschluss vom 17. Februar 2011 [Urk. 7/61] und vom 5. Januar 2012 [Urk. 7/80]; Urk. 2 S. 2 f.). Aus diesem geht hervor, dass der Beschwerdeführer bereits seit Ende des Jahres 1999 in der bisherigen Tätigkeit als Baumaschinist unter Berücksichtigung gewisser Schonkriterien sowie in sämtlichen anderen behinderungsangepassten Tätigkeiten wieder zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. E. 3.2.5).

5.3.3.3 Das A.____-Gutachten entspricht den praxisgemäßen Anforderungen an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens. Es wurden allseitige Untersuchungen durchgeführt, und der Beschwerdeführer wurde umfassend, auch in psychiatrischer Hinsicht - er wurde diesbezüglich klinisch eingehend untersucht -, abgeklärt. Die A.____-Experten berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. So fiel den Gutachtern insbesondere sein hörbar lautes Atmen während des problemlosen Zehenspitzen- und Fersengangs, sein intensives Schnaufen bei sämtlichen Bewegungen (vgl. E. 3.3.3), seine nicht sehr hohe Motivation für eine Psychotherapie (vgl. E. 3.3.4), sein fehlendes Bedürfnis nach beziehungsweise die fehlende hausärztliche Indikation zu einer Behandlung seiner psychischen Befindlichkeit, die niedrig dosierte antidepressive Dauermedikation sowie die aus der über 14jährigen Arbeitsabstinenz folgende psychosoziale Problematik (vgl. E. 3.3.5) auf. Die Experten nahmen detailliert Kenntnis von den Klagen des Beschwerdeführers und wurdigten diese entsprechend. Den Gutachtern waren ferner die Vorakten bekannt, auf welche sie sich in der Diagnosestellung abstützten. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein, und die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann. In diesem Sinne leuchtet es ohne Weiteres ein, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung im A.____ im Oktober/November 2009 zumindest in allen behinderungsadaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig war.

5.4.3.3 Somit stellt sich die Frage, ob sich der Sachverhalt seit der letztmaligen gutachterlichen Beurteilung im August 1999 durch das C.____-Gutachten geändert hat. Denn anlässlich der Rentenrevision im Jahre 2004 klärte die Beschwerdegegnerin den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht fachärztlich ab (vgl. Urk. 7/34-38). Die letztmalige Abklärung durch einen Psychiater vor dem vorliegenden Revisionsverfahren fand gemäß den Akten anlässlich des C.____-Gutachtens vom 26. August 1999 statt. Damit ist der psychische Zustand des Beschwerdeführers zu jenem Zeitpunkt als Vergleichszeitpunkt heranzuziehen und kann vorliegend eine seither eingetretene wesentliche Änderung des psychischen Gesundheitszustands zu einer Rentenherabsetzung führen.

5.5.3.3 Die A.____-Gutachter erachteten den Beschwerdeführer als seit dem Jahr 1999 nicht mehr in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (vgl. E. 3.3.5). RAD-Arzt Dr. O.____ ging zwar von einem unveränderten somatischen Gesundheitszustand im Vergleich zu jenem im Jahre 1999, mithin davon aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Knieinstabilität und der degenerativen Änderungen lediglich wechselbelastende Tätigkeiten ohne Tragen von Lasten über 10 kg und ohne Zwangshaltungen ausüben kann. In psychiatrischer Hinsicht sei aber eine Veränderung in Form einer kontinuierlichen Verbesserung eingetreten, indem die damalige Belastungssituation spontan in eine Dysthymie gemündet sei (vgl. E. 3.3.6). Die Argumentation von RAD-Arzt Dr. O.____ ist in diesem Punkt überzeugender als die entsprechenden Darlegungen der A.____-Gutachter, weil mehr als zehn Jahre zurückdatierende Aussagen über einen Psychostatus von vornherein spekulativer Natur

sind. ?berdies war eine Verbesserung in psychiatrischer Hinsicht im urspr?nglichen C.___-Gutachten erwartet worden, indem eine Reevaluation innerhalb von einem bis zwei Jahren empfohlen worden war (vgl. Urk. 7/23/11). Schliesslich wurde eine Verbesserung des psychischen Zustands auch vom behandelnden Arzt Dr. B.___ eingestanden. Diese Verbesserung ist laut Dr. B.___ im Lauf der Jahre eingetreten (vgl. E. 3.3.8). Mithin darf von einer seit dem Vergleichsjahr 1999 eingetretenen Verbesserung in psychischer Hinsicht ausgegangen werden.

5.6.??? Was den Gesundheitszustand im Zeitpunkt der angefochtenen Verf?gung anbelangt, wird das A.___-Gutachten durch die ?brigen Arztberichte und auch durch das im vorliegenden Verfahren eingereichte psychiatrische Gutachten nicht ersch?ttert. ???

5.6.1?? Bez?glich des psychiatrischen Status ist darauf hinzuweisen, dass eine Begutachtung immer Ermessensz?ge aufweist, zumal eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. M?rz 2009 E. 5.1).

??????? Dr. B.___ stellte offensichtlich auf die ?usserungen des Beschwerdef?hrers und dessen Hausarzt ab, als er festhielt, dass ersterer auf die K?ndigung Ende des Jahres 1996 mit einer depressiven Symptomatik reagiert habe, die sich seither nie wesentlich gebessert habe (vgl. E. 3.3.8). Ausschlaggebend f?r das Attest einer Arbeitsunf?higkeit, besonders auch einer dauerhaften, k?nnen aber nur objektive Befunde sein, die von einem leidensspezifischen Facharzt erhoben worden sind. Dar?ber hinaus sind die Aussagen des Beschwerdef?hrers und seines Hausarztes unglaubhaft, da der Beschwerdef?hrer seit dem Jahr 1996, nach einer einmaligen Konsultation bei einem Psychiater, selber keinen Behandlungsbedarf in psychischer Hinsicht mehr versp?rt hat und vom Hausarzt keine Indikation zu einer psychiatrischen Behandlung mehr gestellt worden ist (vgl. E. 3.3.5).

5.6.2?? Der behandelnde Rheumatologe des Beschwerdef?hrers (vgl. Urk. 3 S. 12), Dr. J.___, attestierte ohne n?here Begr?ndung eine rheumatologisch und psychiatrisch bedingte weiterhin bestehende 100%ige Arbeitsunf?higkeit (vgl. E. 3.3.2), wobei zu ber?cksichtigen ist, dass Dr. J.___ kein psychiatrischer Facharzt ist und somit auf seine die Psyche betreffenden Aussagen von vornherein nicht abgestellt werden kann. Der Hausarzt des Beschwerdef?hrers (vgl. Urk. 7/58/12; Urk. 3 S. 12), med. pract. K.___, bescheinigte ihm einen unver?nderten Gesundheitszustand, da aufgrund der langj?hrigen Symptomatik nicht mehr von einer Verbesserung auszugehen sei und die Knieproblematik sowie die R?ckenbeschwerden eher voranschritten (vgl. E. 3.3.1). Da med. pract. K.___ diese Leiden und auch sonst den von ihm festgehaltenen gleichbleibenden Gesundheitszustand nicht objektiv begr?ndete (vgl. E. 3.3.1), ist davon auszugehen, dass diese Angaben auf entsprechenden subjektiven ?usserungen des Beschwerdef?hrers basieren. Bez?glich der Aussagen von med. pract. K.___ ist daher die Erfahrungstatsache zu ber?cksichtigen, dass Haus?rzte und ?rzte in einer vergleichbaren Stellung im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

5.7.??? Demnach ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdef?hrers in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise insgesamt wesentlich verbessert hat und er nunmehr eine Arbeitsf?higkeit von 100 % in s?mtlichen leidensangepassten T?tigkeiten aufweist.

6.????? Damit stellt sich die Frage, wie sich diese nunmehrige Arbeitsf?higkeit auf den Invalidit?tsgrad auswirkt. Massgeblicher Zeitpunkt f?r die Vornahme des Einkommensvergleichs ist im Falle einer Rentenrevision der Zeitpunkt der allf?lligen Rentenherabsetzung oder -aufhebung, vorliegend also das Jahr 2012 (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.4). Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222).

6.1 ??? Das Valideneinkommen ist dasjenige Einkommen, das die versicherte Person erzielen k?nnte, wenn sie nicht invalid geworden w?re (Art. 16 ATSG, Art. 28a Abs. 1 IVG). F?r die Ermittlung dieses ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen F?higkeiten und pers?nlichen Umst?nde im Zeitpunkt des fr?hestm?glichen Rentenbeginnes mit ?berwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unver?nderten Verh?ltnissen verdienen w?rde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen k?nnte (BGE 131 V 51 E. 5.1.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_488/2008 vom 5. September 2008 E. 6.4; RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 E. 3.b mit Hinweis). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie m?glich zu erfolgen, wobei eine nat?rliche Vermutung gilt, dass die bisherige T?tigkeit im Gesundheitsfall weitergef?hrt worden w?re. Ausnahmen m?ssten mit ?berwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1). Daher ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, den die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitssch?digung erzielt hat (AHI 2000 S. 303; RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 E. 3.b). Dieser letzte Lohn ist n?tigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen.

???????? Der Beschwerdef?hrer h?tte gem?ss der in Rechtskraft erwachsenen Verf?gung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vom 9. Dezember 1998 (Urk. 7/16/1) und dem Arbeitgeberfragebogen vom 17. Januar 1997 der Y. ___ AG (Urk. 7/3/2) im Jahre 1998 als Baumaschinenf?hrer in einem Pensum von 100 % im Gesundheitsfall nicht mehr als Fr. 72'800.-- verdient. Da der Zeitpunkt der allf?lligen Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung zu Beginn des Jahres 2012 liegt, ist dieser Jahresverdienst 1998 gem?ss der Nominallohnentwicklung f?r M?nner im Baugewerbe aufzurechnen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ans Jahresende 2011 (Bundesamt f?r Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex M?nner [T1.1.93], Abschnitt F, 1993: 100, 1998: 105.0, 2010: 122.8, bzw. [2010 = 100; ebenfalls im Internet abrufbar], Nominallohnindex M?nner [T1.1.10], Abschnitt F, 2010: 100, 2011: 101.0) - im vorliegenden Fall muss angesichts der noch fehlenden statistischen Angaben f?r das Jahr 2012 auf die f?r das Jahr 2011 geltenden Zahlen abgestellt werden - ergibt sich ein Jahresverdienst im Jahre 2011 bzw. anfangs des Jahres 2012 von gerundet Fr. 85'993.-- (Fr. 72'800.-- : 105.0 x 122.8 : 100 x 101.0). Dieser Verdienst ist als Valideneinkommen zu betrachten.

6.2

6.2.1?? F?r die Bestimmung des Invalideneinkommens ist prim?r von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tats?chlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbst?tigkeit aufgenommen hat, so k?nnen nach der Rechtsprechung Tabellenl?hne gem?ss den vom Bundesamt f?r Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E.

3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2008 betriebliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 04-2012 S. 94 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Dem Beschwerdeführer steht eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es rechtfertigt sich daher, zur Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE des Jahres 2008, Tabellengruppe TA1, Rubrik 'Total', Niveau 4). Diesem liegt eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde. Sodann sind der 13. Monatslohn sowie allfällige Sonderzahlungen im Tabellenlohn bereits miteinbezogen, weshalb für die Festsetzung des Jahreslohnes lediglich der Faktor 12 zu verwenden ist. Ausgehend vom genannten Einkommen, welches Fr. 4'806.-- beträgt, und der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahre 2011 von 41.7 Stunden sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer von 2008 bis 2011 (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Männer [T1.1.93], Total, 1993: 100, 2008: 120.0, 2010: 123.4, bzw. [2010 = 100; ebenfalls im Internet abrufbar], Nominallohnindex Männer [T1.1.10], Total, 2010: 100, 2011: 101.0) ergibt dies per Ende 2011 resp. anfangs 2012 ein Jahreseinkommen von gerundet Fr. 62'445.-- (Fr. 4'806.-- : 40 x 41.7 x 12 : 120.0 x 123.4 : 100 x 101.0).

6.2.2?? Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

Die Beschwerdegegnerin hat einen Abzug von 10 % vorgenommen, da der Beschwerdeführer zusätzlich durch die Kriterien maximal 10 kg wiederholte Lastenhandhabung, wechselbelastende Arbeit und keine längeren Zwangshaltungen sowie

infolge der längeren Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und des Alters in seinem Tätigkeitsspektrum eingeschränkt sei (Urk. 2 S. 2). Der Beschwerdeführer rügt diesen Leidensabzug von 10 % nicht (vgl. Urk. 1), und er gibt auch zu keiner Korrektur von Amtes wegen Anlass. Bei einem Abzug von 10 % beträgt das hypothetische Invalideneinkommen rund Fr. 56'200.-- (Fr. 62'445.-- x 0.9).

6.3 Der Vergleich des Valideneinkommens im Jahre 2012 von Fr. 85'993.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 56'200.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 29'790.--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von rund 35 % (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2) entspricht.

E. 7

7.1 Die medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ist grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Nur in ganz besonderen Ausnahmefällen ist die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich. Der Prüfungsschritt, ob bei Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen sich ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ausnahmsweise eine erwerbsbezogene Abklärung durchgeführt werden muss, zeitigt da keine administrative Weiterungen, wo die - gegenüber der Eingliederung vorrangige - Selbsteingliederung direkt zur rentenausschliessenden arbeitsmarktlichen Verwertbarkeit des wiedergewonnen funktionellen Leistungsvermögens führt. Das ist namentlich der Fall, wenn bisher schon eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestand, so dass der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit kaum zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich zieht, vor allem wenn das hinzugewonnene Leistungsvermögen in einer Tätigkeit verwertet werden kann, welche die versicherte Person bereits ausübt oder unmittelbar wieder ausüben könnte (vgl. dazu im Einzelnen Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen).

7.2 Aus den Akten ergeben sich keine relevanten Hinweise dafür, dass dem Beschwerdeführer die Verwertbarkeit seiner verbleibenden Arbeitsfähigkeit auf dem Wege der Selbsteingliederung nicht zumutbar wäre. Der Beschwerdeführer war stets ohne besondere Einschränkungen zu mindestens 50 % behinderungsangepasst arbeitsfähig, und die aktuelle 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten unterliegt ebenfalls keinen besonderen Einschränkungen.

8. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 5. Januar 2012 die bisherige ganze Rente per Ende Februar 2012 aufgehoben hat. Dies führt zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

9. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung). Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen, welche gemäss dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hans St?nzi
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle
- Bundesamt f?r 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 ?ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w?hrend 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 Begr?ndung 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 H?nden hat (Art. 42 BGG).

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