

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00143 vom 20. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00143](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00143)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00143 du 20 mars 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00143 del 20 marzo 2013

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 27. Dezember 2011 (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass eine klare Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Es hätten anlässlich der aktuellen Begutachtung weder somatische noch psychiatrische Befunde mehr erhoben werden können, welche sich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Zudem sei die am 14. April 2008 auferlegte Schadenminderungspflicht nicht erfüllt worden. Es seien jedoch auch ohne deren Erfüllen keine Befunde mehr vorliegend, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Ab Begutachtung sei deshalb eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten, wie auch in einer angepassten Tätigkeit ausgewiesen (S. 2).

2.2 Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend (Urk. 1), der Gutachter beurteile seine starken chronischen Schmerzen als nicht objektiv nachvollziehbar. So seien seine immer wieder in der ganzen rechten Körperhälfte auftretenden Schmerzen und sein starker Konsum von Schmerzmitteln ignoriert worden. Auch dass er vor Schmerzen häufig nicht einmal kürzeste Strecken zurücklegen könne und dass ihn beidseitig starke Schulterschmerzen plagten, sei ausser Acht gelassen worden (S. 2 unten). Weiter sei auch seine rezidivierende depressive Stimmung nicht erkannt worden, obschon er über häufige Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit klage (S. 3 oben).

Sein Gesundheitszustand habe sich also keineswegs verbessert. So existierten dieselben Beschwerden, die seine Arbeitsfähigkeit bis anhin erheblich beeinträchtigt hätten (S. 3 oben). Schliesslich wäre die Verwertung einer allfälligen Arbeitsfähigkeit aufgrund seines Alters sowie weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten nicht zumutbar (S. 3 Mitte).

2.3 Streitig und zu prägen ist, ob die Einstellung der bisherigen ganzen Rente rechtens ist. Insbesondere fragt sich, ob sich der für den Rentenanspruch relevante Sachverhalt im Zeitraum vom Erlass der Verfügung vom 19. Juli 2001 (Urk. 7/44) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Dezember 2011 (Urk. 2) in einer reVISIONserheblichen Weise verändert hat.

### E. 3

3.1 Der erstmaligen Leistungszusprache sowie der im Jahre 2008 durchgeführten Revision lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zu Grunde:

3.2 Die Ärzte der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Z. \_\_\_ berichteten mit Austrittsbericht vom 27. März 2000 (Urk. 7/5/1-5) und nannten folgende Diagnosen:

- Zervikobrachialgie rechts
- nach kranial luxierte Diskushernie C4/5 lateral und intraforaminär rechts
- Osteochondrose C5/6
- Lumbovertebralsyndrom
- massive Haltungsinsuffizienz
- Wirbelsäulen-Fehlform/Fehlhaltung

Sie führten aus, unter den durchgeführten Massnahmen habe sich im Verlauf keine wesentliche Reduktion der Beschwerden erreichen lassen. Insgesamt habe der Beschwerdeführer die Aktivität eher als negativ und schmerzsteigernd empfunden (S. 2).

3.3 Die Ärzte des Universitätsspitals A. \_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, berichteten am 20. April 2000 (Urk. 7/7) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 27. März bis 14. April 2000 und nannten folgende Diagnosen (S. 1):

- zervikal betontes Panvertebralsyndrom
- diskrete degenerative Halswirbelsäulen (HWS)- und Lendenwirbelsäulen (LWS)-Veränderungen
- nach kranial luxierte Diskushernie C4/5 rechts lateral und intraforaminal
- Schmerz-Generalisierungstendenz, im Sinne eines Halbseiten-Schmerz-Syndroms rechts
- leichte bis mittelgradige depressive Episode
- Presbyakusis bei chronischem Lärm-Trauma beidseits
- Tinnitus
- unklares Globusgefühl bei
- Differentialdiagnose: chronische Pharyngitis sicca bei Nikotinabusus
- Transparenzminderung in Projektion auf 5. Rippe ventral rechts (Thorax-Röntgen)
- Differentialdiagnose: Granulom bei abgelaufener Tbc
- Hypercholesterinämie

Sie führten aus, die Beweglichkeit der HWS sei bei der Eintrittsuntersuchung schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Eine Hypästhesie im Bereich der rechten Schulter sei nur inkonstant angegeben worden und die Kraft und Reflexe seien symmetrisch erhalten gewesen. In Anbetracht des deutlichen Befundes im MRI und bei schwierig zu interpretierender Schmerzsymptomatik mit Tendenz zur Generalisierung sei zur Objektivierung eines neurologischen Ausfallsyndroms ein EMG durchgeführt worden. Klinisch sei dabei kein Hinweis auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom an C5 festgestellt worden. Vom Beschwerdeführer sei unter Therapie eine gewisse Besserung der Rückenschmerzen angegeben worden, wobei er jedoch weiterhin über multilokuläre Beschwerden geklagt habe (S. 1).

3.4 Die Ärzte des Universitätsklinikums A., Herz Kreislauf Zentrum Kardiologie, berichteten am 24. September 2001 (Urk. 7/24) und nannten folgende Diagnosen (S. 1):

- unauffällige kardiologische Untersuchung
- kardiovaskuläre Risikofaktoren (kvRF): Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie, Nikotin 40 py
- arterielle Hypertonie
- zervikal betontes Panvertebralsyndrom
- diskrete degenerative HWS und LWS-Veränderungen
- nach kranial luxierte Diskushernie C4/5 rechts lateral und intraforaminal
- Schmerzgeneralisierungstendenz, im Sinne eines Halbseitenschmerzsyndroms rechts
- depressives Zustandsbild
- Presbyakusis bei chronischem Lärmtrauma beidseits
- Tinnitus
- Transparenzminderung bei in Projektion auf 5. Rippe ventral rechts (Thoraxröntgen)
- Differentialdiagnose: Granulom bei abgelaufener Tbc

Sie führten aus, insgesamt bestanden aufgrund der jetzigen Untersuchungen keine Hinweise für eine relevante koronare Herzkrankheit. Die Echokardiographie zeige einen Normalbefund, weshalb die jetzigen Beschwerden nicht kardial seien (S. 2).

3.5 Dr. med. B., Arbeitsmedizin, FMH Allgemeine Medizin, Dr. med. C., Psychiatrie, und Dr. med. D., FMH Radiologie, Zentrum E., erstatteten ihr Gutachten am 10. Mai 2002 (Urk. 7/32) gestützt auf die Akten, die spezialärztlichen Untersuchungen und das interne Konsensprozedere. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 7 Ziff. 4):

- Achsenskelett mit teilweise fixierter S-förmiger Skoliose leichten Grades; im übrigen mit beginnenden, noch altersentsprechenden degenerativen Veränderungen
- somatoforme Schmerzstörung im Sinne rechtshemisphärisch flächig ausgebreiteter Schmerzen
- deutliche Haltungsinsuffizienz und muskulo-tendinöse Verkürzungen bei einseitiger Schonung
- ausgeprägtes Hostilitätssyndrom
- Dysthymie (ICD-10: F34.1); aktuell mittelgradige depressive Störung
- Hypoakusie, Tinnitus ohne praktische Gehörseinbusse
- Nikotin-Abusus und weitere kardio-vaskuläre Risikofaktoren
- Hypertonie
- Ausschluss einer koronaren Herzkrankheit

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führten aus, in den Untersuchungen habe der Beschwerdeführer den Eindruck eines schwer leidenden und schmerzgepeinigten Menschen vermittelt. Dieser Eindruck habe durch keinerlei spezifische Befunde am Bewegungsapparat - weder durch eine segmentale Funktionsstörung noch durch spezifische Schmerzauslösung - belegt werden können. Vielmehr seien die Schmerzäußerungen und die durch Muskelsteuerung beeinträchtigten Funktionen immer auf den Untersuchungsbereich fokussiert gewesen, während in abgelenkten Situationen meist ein unauffälliger Bewegungsumfang möglich gewesen sei (S. 7 f.). Die in den zwei Untersuchungen gemachten Angaben bezüglich Tagesablauf und vorgebrachter Beschwerden widersprüchlich und seien zum Teil übertrieben (S. 8 Mitte). Der Beschwerdeführer sei durch die unbehandelte somatoforme Schmerzstörung in einen bedenklichen Zustand geraten. Er sei ständig ängstlich und gereizt und habe augenfällige kognitive Einbußen, die sich relevant auf die Arbeitsleistung auswirkten (Urk. 7/31 S. 3 oben). Die psychischen Funktionen seien deutlich eingeschränkt und führten sowohl zu verminderter Leistungsfähigkeit als auch zu erhöhtem Erholungsbedarf. Der Beschwerdeführer sei in seiner Konzentration und kognitiven Präsenz eingeschränkt und dekontingiert. Dadurch entstehe zusätzlich eine reduzierte Leistungsfähigkeit (Urk. 7/31 S. 3 Ziff. 5.1). Die Restarbeitsfähigkeit in der ursprünglichen und letzten Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau oder als Baureiniger betrage total 25 % (Urk. 7/32 S. 8 unten).

3.6 Ä Ä Ä Ä Dr. med. F. \_\_\_\_, FMH Innere Medizin, berichtete am 21. Februar 2007 (Urk. 7/53) und führte aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär und sämtliche Diagnosen hätten weiterhin Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Verlauf sei chronifiziert und die Befunde unverändert.

3.7 Ä Ä Ä Ä Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 5. Januar 2008 sein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/60/4-23) gestützt auf seine Untersuchung des Beschwerdeführers am 20. August 2007 sowie die Akten. Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 4.1):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), etwa seit 2000 bestehend
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), seit zirka 1998/1999 sich entwickelnd
- Tinnitus aurium beidseitig mit
- leichtgradiger Hypakusis beidseitig, beide Störungen erstdiagnostiziert 2000

Er nannte folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 4.2):

- Zervikobrachialsyndrom rechts, manifest geworden Ende der 1990iger Jahre
- Lumbovertebralsyndrom, ebenfalls erstmals aufgetreten Ende der 1990iger Jahre
- Nikotinabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch, seit vielen Jahren
- arterieller Hypertonus, wohl schon viele Jahre bestehend, erstmals sei ein Behandlungsversuch 2000 bis 2002 begonnen worden
- Hypercholesterinämie, Erstdiagnose 2000-2002

Er führte aus, es seien auf jeden Fall unmittelbar, das heisse in zeitnaher Folge, sehr wohl psychosoziale Probleme im Umfeld des Beschwerdeführers aufgetreten mit Einfluss auf die Persistenz und Intensität seiner Beschwerden und konsekutiv mit einem ungünstigen Effekt im Sinne der Abnahme der Copingstrategien des Beschwerdeführers im Umgang mit seinen Beschwerden (S. 10 Mitte). Vor diesem Hintergrund erscheine die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.4 als gerechtfertigt (S. 10 unten).

Der Grad der Arbeitsunfähigkeit betrage - post hoc - ab Dezember 2000 80 %. Aus der Exploration des Beschwerdeführers habe rekonstruiert werden können, dass es seither sehr wohl Schwankungen im Grad der Arbeitsunfähigkeit gegeben habe. Zum Zeitpunkt der jetzigen Untersuchung betrage die Arbeitsunfähigkeit 60 %, was auch der gegenwärtigen Arbeitsunfähigkeit in der Haushaltstätigkeit entspreche (S. 15 Ziff. 5). Es müsse jedoch gesagt werden, dass diese Arbeitsunfähigkeit, jedenfalls medizinisch-theoretisch betrachtet, hinsichtlich ihrer Persistenz derzeit nicht angemessen beurteilt werden könne, da bislang eine wirklich adäquate Behandlung noch nicht stattgefunden habe (S. 15 Ziff. 5 unten). Zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit habe unbedingt eine suffiziente und konsequent durchgeführte psychiatrische Behandlung zu erfolgen (S. 16 Ziff. 6).

Dr. med. H. \_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 21. Januar 2008 Stellung (Urk. 7/61/3-4) und führte aus, der Gutachter sei aufgrund der weitgehend gleichen objektiven Befunde zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Der Gesundheitszustand an und für sich und demnach auch die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit müssten jedoch als gleich angesehen werden. Vorläufig liege demnach lediglich eine andere Einschätzung desselben Zustandes vor. Prognostisch sei jedoch eine andere Einschätzung gegeben. So könne der Beschwerdeführer unter adäquater Behandlung eine Verbesserung des Zustandes erreichen, weshalb ihm im Sinne einer Schadenminderungspflicht ein konsequentes multimodales Behandlungskonzept aufzuerlegen sei.

#### E. 4

Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. Dezember 2011 (Urk. 2) auf das folgende Gutachten und die Stellungnahme des RAD:

Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. J. \_\_\_\_, Facharzt FMH Chirurgie, speziell Unfallchirurgie, sowie Prof. Dr. med. K. \_\_\_\_, Polydisziplinäre medizinische Abklärung, Klinik L. \_\_\_\_, erstatteten am 11. August 2011 ihr bidisziplinäres (psychiatrisch-orthopädisches) Gutachten (Urk. 7/83) gestützt auf die Anamnese, die körperliche und psychiatrische Untersuchung, das Ergebnis der Befunderhebung und die Akten. Sie nannten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/83/35 Ziff. 4.1, Urk. 7/83/16 Ziff. 1 und 3). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (Urk. 7/83/16 Ziff. 1, Urk. 7/83/35 Ziff. 4.2):

- zervikobrachiales Syndrom rechtsbetont
- lumbovertebrales Syndrom

- Presbyakusis beidseits
- Tinnitus beidseits
- arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt
- Hypercholesterinämie, medikamentös behandelt
- Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeit bei nicht genauer zu differenzierenden soziokulturellen Besonderheiten in der Persönlichkeitsentwicklung (ICD-10: F61.1)
- Nikotinabusus (ICD-10: F10.1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. J. \_\_\_ und Prof. K. \_\_\_ führten aus, aufgrund der erhobenen wenig gravierenden objektiven somatischen Befunde sowie der bereits vorliegenden umfangreichen bildmorphologischen Befunde lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestieren. Für die vom Beschwerdeführer angegebenen diffusen Schmerzen bestehe aufgrund der aktuellen klinischen Untersuchung und der vorangehenden Untersuchungsbefunde kein ausreichendes klinisches Korrelat (Urk. 7/83/16 Ziff. 3). Die vorliegenden bildgebenden Befunde zeigten im Wesentlichen altersentsprechende degenerative Veränderungen. Als Hauptbefund imponiere dabei die Diskushernie C4/5 und auch geringgradig C5/6. Es hätten jedoch zu keinem Zeitpunkt klinisch oder elektrophysiologisch objektivierbare neurologische Ausfälle bestanden. Das beschriebene Schmerzsyndrom habe sich auch zu keinem Zeitpunkt einer radikalen Symptomatik zuweisen lassen (Urk. 7/83/18 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. I. \_\_\_ führte aus, beim Beschwerdeführer habe keine klinisch relevante, leistungsbeeinträchtigende psychische Störung festgestellt werden können. Er befinde sich zudem nicht in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung und nehme auch keine Psychopharmaka ein. In der Untersuchung habe kein Leidensdruck aufgrund einer psychischen Störung festgestellt werden können und aufgrund der Beschreibungen des Beschwerdeführers seiner aktuellen Lebenssituation und seines aktuellen Tagesablaufes fänden sich auch keine Hinweise auf eine durch eine psychische Störung verursachte Beeinträchtigung. Ein emotionaler Konflikt oder psychosoziale Probleme, welche schwerwiegend genug wären, um als entscheidende ursächliche Einflüsse für die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen zu gelten, seien ebenfalls nicht festgestellt worden (Urk. 7/83/35 Ziff. 5). Es bestehe vielmehr ein dysfunktionales Verhalten ohne Krankheitswert, mit Präsentation einer erheblichen Behinderung im psychischen Bereich in Form von Einsilbigkeit bei den Antworten und mürriß abweisender Haltung ohne klinisch relevante depressive Stimmung. Darüber fänden sich Widersprüche zwischen der in der Untersuchungssituation gezeigten Haltung und den beschriebenen Kompetenzen (Urk. 7/83/36 oben). Psychiatrischerseits sei keine leistungsbeeinträchtigende Störung festgestellt worden, weshalb die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Arbeitsverhältnis oder für Tätigkeiten mit vergleichbarem Anforderungsprofil nicht eingeschränkt sei. Die Arbeitsfähigkeit betrage somit für die angestammte wie auch für eine angepasste Tätigkeit 100 % (Urk. 7/83/36 Ziff. 6). Es sei ein psychischer Befund erhoben worden, welcher sich in wesentlichen Punkten vom psychischen Befund des Dr. G. \_\_\_ unterscheide.

4.3 Ä Ä Ä Ä Dr. H. \_\_\_, RAD, nahm am 22. September 2011 Stellung (Urk. 7/86/3-4) und führte aus, es werde aufgeföhrt, dass sich der Befund wesentlich von dem durch Dr. G. \_\_\_ erhobenen Befund unterscheide. Es könne somit eine Verbesserung gegenüber

früher klar festgestellt werden. Zudem sei die auferlegte Schadenminderungspflicht nicht erfüllt worden. Es seien jedoch auch ohne deren Erfüllen keine Befunde mehr vorliegend, welche eine Arbeitsunfähigkeit auslösen würden. Es sei demnach sicher ab dem Begutachtungszeitpunkt eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit gegeben.

## E. 5

5.1 In somatischer Hinsicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert. So stimmen die somatischen Diagnosen in den Berichten des Universitätsospitals A. von 2000 und 2001 (E. 3.2 bis 3.4) sowie im Gutachten von Dr. G. (E. 3.7) mit denjenigen im Gutachten der Klinik L. vom 11. August 2011 (E. 4.2) im Wesentlichen überein. Bereits im Jahre 2000 führten die Ärzte aus, der Beschwerdeführer leide auf Ebene des Bewegungsapparates an einer Zervikobrachialsyndrom rechts sowie einem Lumbovertebralsyndrom. Es liessen sich lediglich Veränderungen an der Halswirbelsäule objektivieren, ohne dass jedoch Hinweise auf eine neurologische Ausfallssymptomatik bestanden hätten. Damit besteht eine gute Übereinstimmung mit der Beurteilung der Gutachter der Klinik L., wonach die bildgebenden Befunde im Wesentlichen altersentsprechende degenerative Veränderungen zeigten und zu keinem Zeitpunkt klinisch oder elektrophysiologisch objektivierbare neurologische Ausfälle bestanden hätten und sich das beschriebene Schmerzsyndrom auch nicht einer radikulären Symptomatik zuweisen lasse. Die Auswirkung der Beschwerden auf die gesamte Wirbelsäule konnten die Gutachter somatisch nicht ausreichend erklären und führten sie im Wesentlichen auf nichtorganische Faktoren zurück. Entsprechend wurde im Gutachten der Klinik L. aus rein somatischer Sicht die von den E.-Gutachtern bereits erwähnte fehlende segmentale Funktionsstörung im Sinne einer vollen Arbeitsfähigkeit für körperlich adaptierte Tätigkeiten bestätigt.

Die Gutachter des E. stellten eine Diskrepanz zwischen den anamnestischen Beschwerdeschilderungen und den objektivierbaren Befunden sowie den Schmerzäusserungen anlässlich der Untersuchung fest. Ähnliches haben auch die Gutachter der Klinik L. beobachtet und berichtet, dass sich für die vom Beschwerdeführer angegebenen diffusen Schmerzen kein ausreichendes klinisches Korrelat finde.

5.2 Was die psychischen Beschwerden betrifft, ist seit der Begutachtung durch das E. im Jahr 2002 (E. 3.5) und Dr. G. im Jahre 2008 (E. 3.7) eine wesentliche Besserung eingetreten. Die Gutachter des E. diagnostizierten eine somatoforme Schmerzstörung im Sinne rechtshemisphärisch flächig ausgebreiteter Schmerzen, ein ausgeprägtes Hostilitätssyndrom sowie eine Dysthymie mit aktuell mittelgradiger depressiver Stimmung und Dr. G. eine rezidivierende depressive Stimmung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Im Gutachten der Klinik L. wurde lediglich noch ein Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeit bei nicht genauer zu differenzierenden soziokulturellen Besonderheiten in der Persönlichkeitsentwicklung (ICD-10: F61.1) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Dass beim Beschwerdeführer keine klinisch relevante, leistungsbeeinträchtigende psychische Stimmung mehr festgestellt werden könne und demnach eine Verbesserung eingetreten sei, begründete Dr. I. einerseits mit des anlässlich der Untersuchung festgestellten

fehlenden Leidensdruckes aufgrund einer psychischen Störung und der Beschreibungen des Beschwerdeführers seiner aktuellen Lebenssituation und seines Tagesablaufs, woraus sich ebenfalls keine Hinweise auf eine durch eine psychische Störung verursachte Beeinträchtigung ergeben. Andererseits seien ein emotionaler Konflikt oder psychosoziale Probleme, welche schwerwiegend genug seien, um als entscheidende ursächliche Einflüsse für die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen zu gelten, nicht mehr feststellbar. Es bestehe vielmehr ein dysfunktionales Verhalten ohne Krankheitswert, mit der Präsentation einer erheblichen Behinderung im psychischen Bereich in Form von Einsilbigkeit bei den Antworten und mürriisch abweisender Haltung ohne klinisch relevante depressive Stimmung. Darüber fänden sich Widersprüche zwischen der in der Untersuchungssituation gezeigten Haltung und den beschriebenen Kompetenzen. Der Beschwerdeführer befinde sich zudem nicht in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung und nehme auch keine Psychopharmaka ein. Dies lasse den Schluss zu, dass der Leidensdruck des Beschwerdeführers nicht allzu hoch sei und psychiatrischerseits keine leistungsbeeinträchtigende Störung mehr vorliege.

5.3 Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Gutachten der Klinik L. \_\_\_ vom 11. August 2011 (vorstehend E. 4.2) für die Beantwortung der Fragen umfassend ist. Es beruht auf den für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. So machten die Gutachter darauf aufmerksam, dass sich die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen durch somatische Befunde nicht hinreichend erklären liessen und die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt seien (Urk. 7/83/1-2, Urk. 7/83/38 Mitte). Dr. I. \_\_\_ zeigte zudem auf, dass sich bei der beschriebenen Wortkargheit und Einsilbigkeit des Beschwerdeführers keine Rückschlüsse auf den Denkablauf ziehen liessen, und sich für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung keine Anhaltspunkte mehr ergeben (Urk. 7/83/38 oben). Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. So zeigten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise auf, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der erhobenen, wenig gravierenden objektiven somatischen Befunde und einer fehlenden klinisch relevanten, leistungsbeeinträchtigenden psychischen Störung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk. 7/83/1-2).

Die Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

5.4 Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt, und es seien deshalb weitere Abklärungen zu treffen, vermag dies nicht zu überzeugen.

Sowohl der psychische als auch der physische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wurden in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt und es kann auf das anhand der Befunderhebung erstellte Zumutbarkeitsprofil und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Der Beschwerdeführer vermochte ausserdem nicht weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unzutreffend

beziehungsweise unvollständig sein sollte. Da eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes nach dem Gesagten ausgewiesen ist, erweisen sich die vorliegenden medizinischen Akten als ausreichend, weshalb auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann.

5.5. Weiter wandte der Beschwerdeführer ein, die Verwertung einer allfälligen Arbeitsfähigkeit sei ihm aufgrund des Alters sowie weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten nicht mehr zumutbar (Urk. 1 S. 3 f.).

Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit darf gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Insbesondere kann von einer Arbeitsgelegenheit im Sinne von Art. 28 Abs. 2 IVG beziehungsweise Art. 16 ATSG dort nicht mehr gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum vornherein als ausgeschlossen erscheint (ZAK 1991 S. 320 E. 3b, ZAK 1989 S. 321 E. 4a). Ferner beinhaltet der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes nicht nur ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage nach Stellen, sondern bezeichnet auch einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob eine invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 617/02 vom 10. März 2003 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die Rechtsprechung hat das fortgeschrittene Alter, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor (AHI 1999 S. 240 unten sowie Urteil des Bundesgerichts I 97/00 vom 29. August 2002 E. 1.4 mit Hinweisen), als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die der versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Ist die Resterwerbsfähigkeit in diesem Sinne wirtschaftlich nicht mehr verwertbar, liegt vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die zum Anspruch auf eine ganze Invalidenrente führt.

Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen. Die Bedeutung des fortgeschrittenen Alters für die Besetzung entsprechender Stellen ergibt sich vielmehr aus den Einzelfallumständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend erscheinen. Zu denken ist zunächst an die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, angesichts der beschränkten Dauer verbleibender Aktivität sodann namentlich auch an den absehbaren Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand, dessen Ausmass wiederum anhand von Kriterien wie der Persönlichkeitsstruktur, vorhandenen Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung und beruflichem Werdegang sowie der

Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich abzuschätzen ist (Urteil des Bundesgerichts I 376/05 vom 5. August 2005 E. 4.1 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit ist zu beurteilen, ob für den Beschwerdeführer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt realistischere geeignete Arbeitsstellen zur Verfügung stehen, an denen er die ihm verbleibende Restarbeitsfähigkeit zumutbarerweise noch ganz oder teilweise verwerten kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die anzunehmende volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie in leidensangepasster Tätigkeit bestand jedenfalls seit dem Zeitpunkt der Begutachtung (August 2011). In diesem - hier massgebenden (vgl. SVR 2013 IV Nr. 14 E. 3.3) - Zeitpunkt war der am 5. März 1954 geborene Beschwerdeführer gut 57 Jahre alt. Die ihm verbleibende Aktivitätssdauer bis zum Eintritt ins AHV-Alter betrug somit noch sieben Jahre. Er hatte damit, auch mit Blick auf seine persönlichen und beruflichen Voraussetzungen, die kritische Altersgrenze (vgl. Urteile des Bundesgerichts I 401/01 vom 4. April 2002 E. 4c, und U 617/02 vom 10. März 2003 E. 3.3) für die Annahme vollständiger Erwerbsunfähigkeit mangels wirtschaftlicher Verwertbarkeit des verbleibenden Leistungsvermögens noch nicht erreicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_799/2008 vom 27. Mai 2009 E. 3.3, mit Hinweisen). Mithin ist ihm ein Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand noch zumutbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers kann nicht auf das vorzeitige Pensionierungsalter von 60 Jahren gemäss Gesamtarbeitsvertrag für den flexiblen Altersrücktritt im Bauhauptgewerbe (GAV FAR) abgestellt werden, stehen ihm doch trotz seines Gesundheitsschadens eine genügende Anzahl verschiedenartiger Tätigkeiten auch ausserhalb der Baubranche (insbesondere leichtere Arbeiten an Maschinen sowie Kontroll- und Überwachungstätigkeiten) offen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demnach vermag auch dieser Einwand des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen.

5.6 Ä Ä Ä Ä Somit ist gestützt auf das Gutachten der Klinik L. \_\_\_ davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers dahingehend verbessert hat, als er sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Invaliditätsbemessung im engeren Sinn wurde vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt. Es bestehen weder Anhaltspunkte, die auf eine Fehlerhaftigkeit der Invaliditätsbemessung schliessen lassen würden, noch gibt sie aufgrund der Akten (vgl. Urk. 7/86) zu Beanstandungen Anlass, so dass sich weitere Ausführungen erübrigen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung angenommen und beim neu bestimmten Invaliditätsgrad von 0 % eine Renteneinstellung verfügt hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die angefochtene Verfügung vom 27. Dezember 2011 (Urk. 2) erweist sich deshalb als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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 Ausgang des Verfahrens sind sie

