

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01151 vom 22. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01151

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01151 du 22 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01151 del 22 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; nachfolgend: SchIB IVG) ein (Urk. 8/83). Sie holte hierfür Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 8/86, 8/90) ein und gab eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung in Auftrag. Die Fachärzte der A.____ erstatteten am 26. Mai 2014 (Urk. 8/113) ein Gutachten der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (Urk. 8/113). Gestützt auf das eingeholte Gutachten sah die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 4. November 2014 (Urk. 8/119) die Renteneinstellung in Anwendung von lit. a Abs. 1 SchIB IVG vor. Dagegen erhob der Versicherte am 30. Januar 2015 (Urk. 8/126) Einwand und reichte einen ärztlichen Bericht ein (Urk. 8/125). Mit Vorbescheid vom 7. Januar 2016 (Urk. 8/132) stellte die IV-Stelle dem Versicherten unverändert eine Rentenaufhebung in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte am 14. März 2016 (Urk. 8/138) wiederum Einwand und reichte weitere ärztliche Berichte (Urk. 8/137/1-2, 8/137/3) ein. Nachdem die begutachten den Fachärzte am 14. Juli 2016 (Urk. 8/143) zu den dem Einwand zu Grunde liegenden Argumenten und Arztberichten Stellung genommen hatten, verfügte die IV-Stelle am 16. September 2016 (Urk. 8/146 = Urk. 2) wie angekündigt. Sie stellte die bisherige Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats ein und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung.

E. 1.1

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

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

E. 1.2

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; nachfolgend: SchlB IVG) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft.

Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit. a Abs. 1 SchlB IVG nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen.

E. 1.3

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweissbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichtes 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Rechtsprechung hat zu den „vergleichbaren psychosomatischen Leiden“ ausdrücklich jene gezählt, die im Nachgang zu BGE 130 V 352 über die Jahre als sogenannte

„pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage“ in Invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen (Regel-Ausnahmehemmodell mit "Überwindbarkeitsvermutung“) unterstellt wurden (BGE 142 V 342 E. 5.2.1; BGE 141 V 281 E. 4.2; BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3; bislang: Fibromyalgie: BGE 132 V 65 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts I 336/04 vom 8. Februar 2006]; dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung: Urteil des Bundesgerichts I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4 in fine, in: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149; dissoziative Bewegungsstörung: Urteil des Bundesgerichts 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4; Chronic Fatigue Syndrome [CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom] und Neurasthenie: Urteile des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44, und 9C_662/2009 vom 17. August

2010 E. 2.3, in: SVR 2011 IV Nr. 26 S. 73; spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen [Schleudertrauma] ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle: BGE 136 V 279 [Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2009 vom 30. August 2010]; nichtorganische Hypersomnie: BGE 137 V 64 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts 9C_871/2010 vom 25. Februar 2011]; leichte Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom: Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2012 vom 15. Juni 2012 E. 5.2 und 6.1). Gemäss BGE 142 V 342 ist die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auch auf eine posttraumatische Belastungsstörung anwendbar.

E. 1.4

Am 23. April 2013 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren zur Überprüfung der Rente im Sinne von lit. a Abs.

E. 2

Mit Beschwerde vom 19. Oktober 2016 (Urk. 1) reichte der Beschwerdeführer die ärztlichen Berichte von Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 16. Oktober 2016 (Urk. 3/2) und Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Oktober 2016 (Urk. 3/3) ein. Er beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die weitere Ausrichtung der bisherigen Rente, eventualiter die Rückweisung zu weiteren Abklärungen. In prozessualer Hinsicht stellte er Gesuche um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung und Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Zollinger. Mit Beschwerdeantwort vom 23. November 2016 (Urk. 7) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. Januar 2017 (Urk. 12) zur Kenntnis gebracht wurde. Mit der gleichen Verfügung wurde das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abgewiesen, dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Zollinger als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die angefochtene Verfügung vom 16. September 2016 (Urk. 2) damit, dass die der Rentenzusprache zugrunde liegenden Diagnosen den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage zuzuordnen seien. Im polydisziplinären Gutachten vom 5. Juni 2014

(Urk. 8 / 113) sei festgehalten worden, dass sich die geklagten Beschwerden sowie die subjektive Krankheitsüberzeugung, keiner Arbeit nachgehen zu können, durch die somatischen Befunde nicht objektivieren liessen. Diese seien weitgehend psychisch überlagert, wobei es sich um eine Somatisierungsstörung handle. Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden, womit weder rheumatologische noch psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Mit Beschwerde vom 19. Oktober 2016 (Urk. 1) machte der Beschwerdeführer geltend, dass beide behandelnden Ärzte neben einer Somatisierungsstörung auch eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert hätten und von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgingen. Als Ursache für die Belastungsstörung werde dabei nicht nur der Unfall aufgeführt, sondern auch ein später erfolgter Suizidversuch. Letzterer werde vom psychiatrischen Gutachter nicht berücksichtigt. Die Existenz der Beschwerden sei durch die beigelegten medizinischen Berichte ausgewiesen. Diese erwiesen sich als plausibel, wenn nicht bloss der Unfall, sondern die ganze Krankengeschichte berücksichtigt werde (Urk. 1 S. 4). Aus dem Bericht von Dr. C.____ vom 17. Oktober 2016 (Urk. 3/3) gehe hervor, dass er seinen linken Arm nicht mehr gebrauchen könne. Der Standpunkt der Beschwerdegegnerin, wonach keine funktionelle Armparese bestehe, sei aktenwidrig (Urk. 1 S. 4 f.). Die Feststellung des Gutachters, dass die aufgrund der Somatisierungsstörung bestehenden Beschwerden durch eigene Willensanstrengung überwunden werden könnten, werde den mit BGE 141 V 281 aufgestellten Anforderungen nicht gerecht. Da der in diesem Entscheid definierte Fragenkatalog zu beachten sei, liege eine ungenügende Sachverhaltsfeststellung vor (Urk. 1 S. 5).

E. 3

und 133 V 108 E.

5.4 mit Hinweis). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist der Erlass einer Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September

2010 E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 3.1

Bei der Revision nach den Schlussbestimmungen handelt es sich um einen Spezialfall einer materiellen Revision (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2), womit die zu Art. 17 ATSG ergangene Rechtsprechung analoge Anwendung findet.

Daraus ergibt sich, dass für die Beantwortung der Frage, ob eine Rente aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes gesprochen wurde, auf denjenigen Sachverhalt abzustellen ist, wie er der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines

Einkommensvergleichs (bei Anhalts punkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht

(BGE 134 V 131 E.

E. 3.2.1

Die mit Verfügung vom 4. Juli 2002 (Urk. 8/24) zugesprochene ganze Rente wurde von der Beschwerdegegnerin mit den Mitteilungen vom 27. November 2008 (Urk. 8/48) und 7. Juni 2011 (Urk. 8/75) bestätigt. Im Rahmen des zweiten Revisionsverfahrens, welches mit der Mitteilung vom 7. Juni 2011 abgeschlossen wurde, holte die Beschwerdegegnerin das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 8. März 2011 (Urk. 8/67) ein. Da keine Verfügung verlangt wurde, ist aufgrund dieser Mitteilung zugrunde liegenden, rechtskonform abgeklärten Sachverhalts die Frage zu klären, ob die Rente aufgrund eines unklaren syndromalen Leidens zugesprochen und seither ausgerichtet wurde.

E. 3.2.2

Wie dem Feststellungsblatt für den Beschluss (Urk. 8/74/4) zu entnehmen ist, stellte die IV-Stelle für die Mitteilung vom 7. Juni 2011 (Urk. 8/75) auf das polydisziplinäre Gutachten vom 8. März 2011 (Urk. 8/67) ab und ging aufgrund der Diagnose einer gemischten dissoziativen Störung (Konversionsstörung, ICD-10: F44.7) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten aus. Diese Diagnose ist nach der Rechtsprechung den unklaren syndromalen Beschwerdebildern zuzuordnen (Urteil 8C_311/2013 vom 2. Dezember 2013 E. 4 mit Hinweis auf BGE 137 V 64 E. 4.2). Die Überprüfung der Rente aufgrund der SchlB IVG wurde am 23. April 2013 (Urk. 8/83) und damit innert der Frist von drei Jahren nach deren Inkrafttreten (1. Januar 2012) in die Wege geleitet. Die persönlichen Ausschlussgründe für die Anwendbarkeit der Bestimmung gemäss lit. a Abs. 4 SchlB IVG sind beim Beschwerdeführer nicht gegeben: Weder war er bei Inkrafttreten der Schlussbestimmungen IVG am 1. Januar 2012 55 Jahre alt, noch lag der Beginn seines Rentenanspruchs bei Einleitung der Rentenüberprüfung am 23. April 2013 bereits mindestens 15 Jahre zurück (1. Juli 2001, Urk. 8/24, BGE 139 V 442 E. 4.3).

E. 3.2.3

Die Schlussbestimmungen sind jedoch nicht anwendbar, wenn die spezifische Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerdebildern bei der Rentenzusprechung bereits beachtet wurde (BGE 140 V 8 E. 2.2.2). Bei Erlass der Mitteilung vom 7. Juni 2011 (Urk. 8/75) bestand die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Überwindbarkeit von somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352 [Urteil vom 12. März 2004]) bereits. Ebenso war bereits festgestellt worden, dass diese auch auf die beim Beschwerdeführer gestellte Diagnose Anwendung findet (BGE 137 V 64 [Urteil vom 25. Februar 2011]). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 8/126) hatten die Gutachter des Z.____ die damals relevanten Kriterien für die Überwindbarkeit nicht beachtet. Und auch die Beschwerdegegnerin unterliess es in der Folge, sich im Rahmen des mit der rentenbestätigenden Mitteilung vom 7. Juni 2011 (Urk. 8/74, 8/75) abgeschlossenen Revisionsverfahrens mit der Überwindbarkeit der Auswirkungen der gestellten Diagnose auseinanderzusetzen. Damit sind die SchlB IVG anwendbar und es bleibt einzig zu prüfen, ob ein invaliderender Gesundheitsschaden vorliegt, der einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad zur Folge hat.

E. 4.1.1

Gestützt auf die am 24. und 26. März 2014 durchgeführten persönlichen Untersuchungen und die zur Verfügung gestellten medizinischen Vorakten erstatteten die A.____-Sachverständigen der Beschwerdeführerin am 26. Mai 2014 (Urk. 8/113) ihr polydisziplinäres Gutachten.

E. 4.1.2

Gegenüber dem allgemeininternistischen Gutachter, Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, klagte der Beschwerdeführer über rund um die Uhr bestehende, extreme chronische Schmerzen im Bereich der linken Schulter, des Nackens und des Kopfes, wodurch auch der Nachtschlaf erheblich gestört sei (Urk. 8/113/8). Dr. D.____ diagnostizierte auf seinem Fachgebiet eine behandelte arterielle Hypertonie (ICD-10: I10), einen chronischen Nikotinabusus, circa 30 Package Years, (ICD-10: F17.1) und äusserte einen Verdacht auf Medikamentenmalcompliance betreffend zwei Psychopharmaka (ICD-10: Z91.1). Den Diagnosen mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 8/113/9).

E. 4.1.3

Anlässlich des psychiatrischen Untersuchungsgesprächs berichtete der Versicherte Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, darüber, dass er unter Schmerzen am ganzen Körper leide. Der Kopf sei blockiert, er leide unter Schwindel, einer Schwäche im linken Bein und könne den linken Arm nicht gebrauchen. Zudem schlafe er schlecht und könne sich kaum erinnern (Urk. 8/113/10). Dr. E.____ stellte die Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und verneinte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Der Beschwerdeführer habe sehr vage und ungenaue Angaben gemacht. Auf die meisten Fragen habe er keine Antwort gegeben und erwidert, er wisse nichts und könne sich nicht erinnern. Nachdem er ein Gespräch über den Unfall zunächst abgelehnt hätte, habe er später davon

berichtet, wie sich während der Arbeit die Kettensäge in einem Netz verfangen habe und beim Losreissen die Kettensäge an die linke Schulter geschlagen habe. Dabei sei er nicht besonders in Aufregung geraten und es seien keine Zeichen vegetativer Erregung feststellbar gewesen. Der Versicherte habe keine Alpträume erwähnt und auch auf Nachfrage hin nicht erklärt, dass ihn das Unfallereignis tagsüber öfters belaste (Urk. 8/113/12). Der Explorand habe nicht nur über eine funktionelle Lähmung seines linken Armes, sondern auch über Schmerzen im ganzen Körper, Schwindel, Brennen in der Bauchgegend und Schwächegefühle in den Beinen geklagt. Die geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, keiner Arbeit nachgehen zu können, liessen sich durch Befunde nicht objektivieren. Sie seien weitgehend psychisch überlagert, wobei es sich um eine Somatisierungsstörung handle. Daneben sei keine weitere psychiatrische Diagnose zu stellen (Urk. 8/113/13).

E. 4.1.4

Gegenüber dem Gutachter Dr. med. F.____, Facharzt für Rheumatologie, klagte der Beschwerdeführer über subjektiv extrem starke, während 24 Stunden anhaltende, quälende Schmerzen an Kopf, Nacken, am Schultergürtel mit Ausdehnung Richtung Brustwirbelsäule, mit teilweise blockierendem akutem Schmerzcharakter und Ausstrahlung in den gesamten linken Arm, so dass dieser im Alltag nicht mehr eingesetzt werden könne (Urk. 8/113/15).

Dr. F.____ berichtete über ausgedehnte Befunde beziehungsweise Beobachtungen, die rheumatologisch-klinisch in keiner Art und Weise erklärt werden könnten. Der Explorand habe einen sehr unruhigen, zum Teil agitierten Eindruck gemacht. Eine segmentale Bewegungsprüfung der Halswirbelsäule habe

bei einer ausgeprägten Schmerzartikulation und Schmerzabwehrhaltung nicht adäquat durchgeführt werden können. Bereits das Berühren der Nacken-Schultergürtelweichteile habe derart starke Schmerzen ausgelöst, dass eine weitere Untersuchung nicht mehr möglich gewesen sei. Der linke Arm wie auch Ellbogen-, Hand- und periphere Fingergelenke links seien zu keinem Zeitpunkt während der Statuserhebung aktiv bewegt worden. Rein passiv assistiert sei die linke Schulter durchaus adäquat zu bewegen gewesen, auch wenn endphasig eine massive Schmerzexazerbation im gesamten Nacken-Schulter-Armbereich links festzustellen gewesen sei. Die Ellbogen-, Hand- und peripheren Fingergelenke seien passiv assistiert ebenfalls völlig unauffällig frei beweglich (Urk. 8/113/18). Es bestünden keine relevanten muskulären Defizite, weder im Schultergürtel noch an den Ober- und Unterarmweichteilen. Die vorhandene Pseudoparese der linken oberen Extremität könne ätiologisch in keiner Art und Weise adäquat erklärt werden (Urk. 8/113/19).

Der Rheumatologe stellte die Diagnose eines chronischen, somatisch nicht erklärbaren Nacken-Schulter-Armsyndroms links mit funktioneller Pseudoparese der gesamten linken oberen Extremität (ICD-10: R52.2) bei Status nach rein oberflächlicher Weichteilverletzung links ventral mit einer Kettensäge am 25. Juli 2000 und reaktiven Myogelosen der Nackenschultergürtel- und der interscapulären Muskelgruppen bei muskulärer Dysbalance (Urk. 8/113/18). Der Rheumatologe hielt zur Arbeitsfähigkeit fest, der Versicherte müsse funktionell als einarmig betrachtet werden, weil er offensichtlich nicht in der Lage/nicht gewillt sei, den linken Arm aktiv einzusetzen. Er sei allerdings Rechtshänder, der rechte Arm sei für alle Arbeiten vollumfänglich und normal einsetzbar. Für jegliche leichten bis mittelschweren, wechselnde körperlichen Tätigkeiten unter ergonomisch guten Arbeitsplatzbedingungen bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urk. 8/113/19).

E. 4.1.5

Gegenüber Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen am ganzen Körper, Zittern, Schlaflosigkeit, Schwindel und kognitive Einschränkungen. Der Hauptschmerz sei im Bereich der linken Schulter lokalisiert, wobei es zur Ausbreitung in den Kopf und den ganzen Körper komme. Die Schmerzen seien im Bereich des Nackens andauernd vorhanden (Urk. 8/113/20).

Aus neurologischer Sicht stellte Dr. G.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mass er einer hochgradigen funktionellen sensomotorischen Funktionsstörung des linken Armes (ICD-10: F44.6) (Urk. 8/113/21) bei. Anlässlich der klinischen Untersuchung stellte er eine ausgeprägte Drucküberempfindlichkeit im linken Schulterbereich fest (Urk. 8/113/20). Die muskuläre Trophik am linken Arm beurteilte er als gut erhalten und wies darauf hin, dass angesichts der demontierten Plegie des linken Armes weitaus stärker ausgeprägte Atrophien zu erwarten gewesen seien. Das hochgradige sensomotorische Defizit am linken Arm sei aus neurologischer Sicht nicht erklärbar (Urk. 8/113/22).

E. 4.1.6

Im Rahmen der Konsensbeurteilung einigten sich die Gutachter hinsichtlich der relevanten Diagnosen auf diejenige eines chronischen, somatisch nicht erklärbaren Nacken-Schulter-Armsyndroms links mit funktioneller Pseudoparese der gesamten linken oberen Extremität (ICD-10: R52.2) bei vorhandener Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0). Differentialdiagnostisch sei die Diagnose einer dissoziativen Störung in Betracht zu ziehen. Eine posttraumatische Belastungsstörung schlossen sie aus. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass sich einzig aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung ergebe. Da der Beschwerdeführer aufgrund des chronischen, somatisch nicht erklärbaren Nacken-Schulter-Armsyndroms links mit funktioneller Pseudoparese der gesamten linken oberen Extremität nicht in der Lage beziehungsweise nicht gewillt sei, den linken Arm aktiv einzu setzen, sei er funktionell als einarmig zu betrachten (Urk. 8/113/23). Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Ungeeignet seien hingegen körperlich schwere Tätigkeiten und solche, die den repetitiven Einsatz des linken Armes erforderten. Eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten sei schwierig, weshalb ihre Einschätzung ab dem Zeitpunkt der Untersuchung im März 2014 Geltung habe (Urk. 8/113/24).

E. 4.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 12. Januar 2015 (Urk. 8/125) über den Beschwerdeführer. Dieser stehe seit dem 19. Dezember 2002 bei ihm in Behandlung. Das Zustandsbild habe sich während dieser Zeit weiter verschlechtert. Er zeige ein hektisch agitiertes Verhalten mit Nervosität, grosser Angespanntheit und Angst. Er klage über Konzentrationsstörungen und starke Vergesslichkeit (Urk. 8/125/1). Wegen der Behinderung sei er nicht in der Lage zu putzen oder zu waschen und könne auch nicht kochen. Er ernähre sich deshalb von Sandwiches und anderen Fertiggerichten oder gehe in der Migros etwas essen. Sozial scheine er sehr isoliert zu sein und nur mit seinen Kindern Kontakt zu haben. Zwischendurch telefoniere er mit seinen Eltern. Dr. C.____ stellte die folgenden Diagnosen: - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und damit assoziierte Depression nach potenziell gefährlichem Unfall mit einer Kettensäge am 25. Juli 2000 - Somatoforme Schmerzstörung im linken Schulter- und Armbereich mit funktioneller Armparese links - Status nach Suizidversuch mit Tabletten am 1. September 2003 - Dissoziative Störung - Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung, Differentialdiagnose: ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6)

Seit Behandlungsbeginn und auch weiterhin attestiere er dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/125/2).

Am 22. Februar 2016 (Urk. 8/137/1 f.) stellte er unveränderte Diagnosen und attestierte weiterhin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

Im Hinblick auf dieses Beschwerdeverfahren äusserte sich Dr. C.____ am 17. Oktober 2016 (Urk. 3/3) erneut zur Behandlung des Beschwerdeführers, wobei er empfahl, den Beschwerdeführer im H.____ beruflich abklären zu lassen.

E. 4.3

Dr. med. B.____, der behandelnde Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 15. Februar 2016 (Urk. 8/137/3) eine Pseudoparalyse des linken Armes nach Fräsenverletzung am 25. Juli 2000 (ICD-10: R29.8) sowie ein schweres, angstbetontes agitiertes Zustandsbild im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10:

F43.1). Seit dem Unfall bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Der körperliche wie auch der psychische Zustand des Beschwerdeführers sei unverändert. Aufgrund von Schmerzen könne der Versicherte den linken Arm und die linke Schulter nicht bewegen.

Am 16. Oktober 2016 (Urk. 3/2) führte Dr. B.____ aus, er gehe nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus, da eine Benützung des linken Armes nicht mehr möglich sei. Es handle sich um eine funktionelle Parese/

Lähmung infolge der im Jahr 2000 erlittenen Fräsenverletzung. In Bezug auf die linke Hand sei eine Somatisierungsstörung zu diagnostizieren, da keine rheumatologische oder neurologische Diagnose gestellt werden könne. Die Diagnose einer PTBS werde nicht nur vom behandelnden Psychiater, Dr. C.____, gestellt, sondern sei bereits im Jahr 2001 von einem Arzt der I.____ gestellt worden.

E. 5.1.1

Die Sachverständigen des A.____ führten in ihren jeweiligen Fachdisziplinen umfassende Untersuchungen durch, welche sie durch eine Laboruntersuchung des Blutes (Urk.

E. 5.1.2

Dass die vom Beschwerdeführer aktiv gezeigte, praktisch totale Immobilität des linken Armes und die Ausdehnung der Beschwerden auf andere Körperregionen keinen relevanten somatischen Kern haben, steht zweifelsfrei fest. Weder der Rheumatologe noch der Neurologe und auch der behandelnde Somatiker Dr. B.____ gingen in ihren Berichten von etwas anderem aus. Bereits die somatischen Gutachter des Z.____ sprachen vom gleichen bei ihnen gezeigten Beschwerdebild mit linker Armplegie bzw. Hemisymptomatik, die keine somatische Ursache habe (Urk. 8/67/36). Ebenfalls berichteten sämtliche somatischen Gutachter, dass passiv unterstützt durch den Untersucher eine praktisch uneingeschränkte und freie Beweglichkeit der linken Schulter herbeigeführt werden konnte. Bei einer gewissen Ablenkung des Versicherten, so zum Beispiel bei der Messung des Finger-Boden-Abstandes mit nach vorne hängenden Armen, berichtete der Rheumatologe über gar keine spontanen Schmerzaussagerungen, obwohl dies einem Bewegungswinkel von 90° Elevation entsprach und vom Versicherten sonst als nicht durchführbar bezeichnet wurde (Urk. 8/113/16). Sodann zeigten sich weder anlässlich der Begutachtung durch das Z.____ noch bei der aktuellen Begutachtung durch das A.____ Zeichen von Muskelatrophien, Gewebeatrophien, Osteopenien, trophische Störungen oder andere Folgen einer über 10jährigen, tatsächlich gelebten Immobilität der linken Schulter. Die Armumfänge zwischen rechts und links waren nicht in relevantem Masse unterschiedlich (Urk. 8/67/37, 8/113/17). Wenn bei dieser Ausgangslage die Somatiker des A.____ erhebliche Zweifel an der vom Versicherten an den Tag gelegten grossen Immobilität äusserten und deshalb eine eigentliche, glaubhafte funktionelle Armparese in ihrer Stellungnahme vom 14. Juli 2016 explizit verneinten und vielmehr von einem aggravierenden Verhalten sprachen (Urk. 8/143/2), ist das nachvollziehbar und überzeugend. Auch die Gutachter des Z.____ hatten dargelegt, dass man davon ausgehen müsse, dass der Versicherte den Arm im Alltag mehr einsetze als er darlege und dass der Arm nicht so funktionslos sei, wie der Versicherte geltend mache (Urk. 8/67/37). Sie verwerteten ihre Erkenntnis über das diskrepante Verhalten in ihrem Gutachten jedoch nicht weiter, sondern sprachen einzig von einer schweren Konversionsstörung, der sie grosse Bedeutung und einen Krankheitswert mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % beimassen (Urk. 8/67/37) und übergingen damit diese offenkundig zur Diskussion stehende

Problematik ohne weitere Begründung (Urk. 8/67/37).

Eine weitere Inkonsistenz fand sich darin, dass der Versicherte die medikamentösen Therapieoptionen nur vereinzelt in Anspruch nahm. Die im Labor des A.____ durchgeführte Blutuntersuchung ergab für die verschriebenen Psychopharmaka Olanzapin (Antipsychotikum) und Surmontil (Antidepressivum) (Wirkstoff: Trimipramin) Werte deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs (vgl. Urk. 8/113/9), was darauf schliessen lässt, dass er diese nur unregelmässig einnimmt, was den von ihm beschriebenen enormen Leidensdruck hinsichtlich der geltend gemachten Schmerzen und inneren Unruhe mit gegenüber dem behandelnden Psychiater beschriebenen Schattenfiguren und Pseudohalluzinationen ebenfalls in Frage stellt (Urk. 8/113/14, 8/125/2).

E. 5.1.3

Der psychiatrische Gutachter Dr. E.____ stellte beim Beschwerdeführer anlässlich des Untersuchungsgesprächs vom 26. März 2014 eine weitgehende psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden fest. Da sich weder diese Beschwerden noch die subjektive Überzeugung, keiner Arbeit nachgehen zu können, durch die somatischen Befunde objektivieren liessen, stellt er die Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; Urk. 8/113/12).

Vorausgesetzt werden für diese Diagnose zunächst seit mindestens zwei Jahren anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome, für die keine ausreichenden somatischen Erklärungen gefunden wurden. Weiter ist erforderlich, dass der Patient sich hartnäckig weigert, die Beurteilung mehrerer Ärzte anzuerkennen, wonach für die geklagten Symptome keine körperliche Erklärung zu finden sei. Schliesslich muss die Art der Symptome und das sich daraus ergebende Verhalten zu einem gewissen Grad an Beeinträchtigung sozialer und familiärer Funktionen geführt haben (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 225 f.).

Der Beschwerdeführer klagte seit Jahren, dass er den linken Arm seit dem Unfall nicht mehr benutzen könne (Urk. 8/113/10). Eine somatische Ursache für die Schmerzen in der linken oberen Extremität wurde von behandelnden Ärzten bereits wenige Monate nach dem Unfall ausgeschlossen: Die erstbehandelnden Ärzte des J.____ hielten am 11. August 2000 (Urk. 8/6/97) aufgrund der gleichentags erfolgten Notfallkonsultation fest, dass ein Infekt als Ursache für die geklagten Schulterschmerzen laborchemisch ausgeschlossen werden könne. Ein Abszess könne sonographisch ausgeschlossen werden und eine Röntgenuntersuchung der Schulter habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, berichtete dem zuweisenden Dr. B.____ am 4. September 2000 (Urk. 8/14/3 f.) über vollständig normale Resultate der am 31. August 2000 durchgeführten Elektromyographie und fehlende Hinweise für eine lokale Parese oder Muskelatrophien. Auch der behandelnde Hausarzt, Dr. B.____, verneinte eine somatische Ursache für die geklagte Beeinträchtigung des linken Armes (Urk. 8/86/1). Daneben fand eine Ausdehnung der Beschwerden auf andere Körperregionen statt. So sprachen auch die Ärzte des Z.____ von einem linken Hemisyndrom durch unerklärliche Beschwerden mit Schonhinken im linken Bein und im Rumpf. Daneben klagte der Versicherte über Schwindel, für den es ebenfalls kein objektives Korrelat gab (Urk. 8/67/27). All diese Beschwerden schilderte der Beschwerdeführer so, dass er rund um die Uhr und ohne irgendwelche Besserungen zu erfahren, darunter so leide, dass er keiner Tätigkeit mehr nachgehen könne (Urk. 8/113/8

f.). Diese Ausdehnung stand gemäss Dr. E.____ bei der Begutachtung im A.____ im Zentrum, indem der Versicherte den Ärzten gegenüber Schmerzen im ganzen Körper, Brennen in der Bauchgegend, Schwindel und ein Schwächegefühl in den Beinen klagte (Urk. 8/113/8, 8/113/10), wohingegen die schlechte Funktionalität des linken Armes bei den Klagen nicht mehr im Vordergrund stand (Urk. 8/113/13). Mit den multiplen, nicht erklärbaren Symptomen ist ein Element der gestellten Diagnose der Somatisierungsstörung nachvollziehbar gegeben.

Die zweite Leitlinie ("hartnäckige Weigerung, den Rat oder die Versicherung mehrerer Ärzte anzunehmen, dass für die Symptome keine körperliche Erklärung zu finden ist") nimmt Bezug auf das Kriterium "lange und komplizierte Patienten-Karriere (...), sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, wo viele negative Untersuchungen und ergebnislose explorative Operationen durchgeführt sein können" (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.2.3). Auch diese Leitlinie ist erfüllt, da neben der aktuellen psychiatrischen (Dr. C.____) und hausärztlichen (Dr. B.____) Behandlung zahlreiche weitere Behandlungen stattfanden. Dazu zählen namentlich eine neurologische Abklärung durch Dr. K.____ (Urk. 8/14/3 f.), mehrere ambulante Nachbehandlungen durch das Departement für Chirurgie des K.____ (Urk. 8/96, 8/97, 8/98), mehrere Behandlungsblöcke Physiotherapie (Urk. 8/6/20, 8/6/55 und 8/6/63) sowie ein stationärer Aufenthalt in der L.____ vom 29. November 2000 bis am 7. Februar 2001 (Urk. 8/13/7).

Das mit den von ihm geklagten Beschwerden einhergehende Verhalten führte gemäss Aussagen des Beschwerdeführers dazu, dass seine Ehefrau sich von ihm getrennt habe (Urk. 8/113/11).

Da alle drei Leitlinien für die von Dr. E.____ diagnostizierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) erfüllt sind, wurde diese Diagnose sachgerecht gestellt.

E. 5.1.4

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde vor, entgegen dem psychiatrischen Gutachter hätten beide behandelnden Ärzte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (nachfolgend: PTBS, ICD-10: F43.1) gestellt.

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, die sich auf die medizinische Literatur und die internationale Klassifikation psychischer Störungen stützt, setzt die Diagnose einer PTBS ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde voraus (BGE 142 V 342 E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen).

Die A.____-Gutachter hatten im Gutachten und in der Stellungnahme vom 14. Juli 2016 dargelegt, weshalb ihres Erachtens die Diagnose einer PTBS nicht gestellt werden könne: Der Beschwerdeführer habe zwar einen Unfall mit einer Kettensäge erlebt, er sei dabei aber nicht schwer verletzt worden und habe nach einer nur ambulanten Abklärung aus dem Spital entlassen werden können. Auch habe er nicht von Angstträumen oder Flashbacks berichtet (Urk. 8/113/12, 8/143/2). Diese Beurteilung ist einleuchtend und basiert auf den dargelegten Fakten. Tatsächlich erlitt der Versicherte glücklicherweise mit der Kettensäge nur eine oberflächliche Wunde über dem Humeruskopf links, die mittels einer Fassiennaht und eines Verbandes ambulant behandelt werden konnte (Urk. 8/6/87), so dass in der Tat nicht von einem Ereignis mit katastrophentypigem Ausmass gesprochen werden kann, an dessen Folgen der Versicherte noch leide.

Auch die vormals durch das Z.____ und auch durch Dr. C.____ diagnostizierte Konversionsstörung (dissoziative Störung, ICD-10: F44) wurde von Dr. E.____ diskutiert und für den Zeitpunkt seiner Untersuchung aber nicht als im Vordergrund stehend erachtet, weil man davon ausgehen müsse, dass beim Versicherten keine funktionelle Armparese vorliege, dieser vielmehr aggraviere und seinen Arm mehr einsetze als er darlege (Urk. 8/143/2); er erwähnte die Diagnose einzig als Differentialdiagnose (Urk. 8/113/13). Auch dies ist überzeugend. Denn aufgrund der aufgezeigten objektiven Diskrepanzen und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer – anders als noch im Zeitpunkt der Begutachtung durch das Z.____ – bei der Begutachtung durch das A.____ alleine lebte und daher zwangsläufig bei der Alltagsbewältigung den linken Arm einsetzen musste und sich nicht mehr – wie früher – von der Ehefrau umfassend helfen lassen konnte, steht in der Tat mit Dr. E.____ der Verlust der Kontrolle über den linken Arm aus psychischen Krankheitsgründen (vgl. ICD-10: F44) nicht mehr im Vordergrund (Urk. 8/113/13), sondern es ist von der diagnostizierten Somatisierungsstörung auszugehen.

E. 5.2.1

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit kamen im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung die Gutachter des A.____ zum Schluss, dass aus somatischer Sicht in körperlich leichten bis mittelschweren, geeigneten Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht. Als ungeeignet beurteilten sie körperlich schwere Tätigkeiten und solche mit repetitivem Einsatz des linken Armes (Urk. 8/113/24). Dies ist nachvollziehbar. In Anbetracht dessen, dass vom tatsächlichen Einsatz des betroffenen, dominanten linken Arms im Alltag ausgegangen werden muss (vgl. Urk. 8/113/13, 8/113/19, 8/113/22), steht einem grundsätzlichen Einsatz des linken Armes im Erwerbsbereich – zumindest in der von den Gutachtern vorgesehenen Weise – nichts entgegen. Damit steht dem Versicherten auch eine grosse Vielfalt an Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung.

E. 5.2.2

Der Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) massen die Gutachter – allen voran der Psychiater Dr. E.____ – keine (zusätzliche) Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 8/113/12, 8/113/23). Nach der geänderten Rechtsprechung ist für die Frage der Relevanz einer Diagnose für eine invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entscheidend, ob fachärztlicherseits Ausschlussgründe genannt werden, die überwiegend für die gezeigte eingeschränkte Leistungsfähigkeit verantwortlich sind. Diesfalls liegt recht sprechungsgemäss regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor und es erübrigt sich, weiter anhand des Prüfungsrasters eine relevante Arbeitsunfähigkeit zu ermitteln (BGE 141 V 281 E. 2.2, Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1). Wie gezeigt wurde (E. 5.1.2) gehen die Gutachter von einem erheblich aggravierenden und diskrepanten, gar unglaubwürdigen Verhalten des Versicherten mit einer gezeigten gänzlichen Immobilität des linken Armes aus. Diese erhebliche Funktions Einschränkung und die damit einhergehenden gezeigten übermässigen Beschwerden am ganzen Körper sind deshalb nicht als invalidisierend anzuerkennen. Eine weitere Prüfung der Indikatoren erübrigt sich daher.

E. 5.3

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass dem Gutachten des A.____ Beweiswert zukommt und gestützt auf die Einschätzung der dortigen Gutachter von einer

gesundheitsbedingt uneingeschränkten Leistungsfähigkeit bei einer den somatischen Gegebenheiten angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit im beschriebenen Sinn (Urk. 8/113/23) auszugehen ist. Da eine solche Verweisungstätigkeit zumutbar ist, ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. 6.

6.1 6.1.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 6.1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 6.2 . 6.2.1

Für die Ermittlung des Valideinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis). 6.2 .2

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 4. Juli 2002 (Urk. 8/24) lag gemäss dem Feststellungsblatt für den Beschluss vom 27. März 2002 (Urk. 8/18) ein Bruttolohn von Fr. 43'200.-- im Jahr 2000 zugrunde, welcher dem Arbeitgeberfragebogen vom 1. November 2001 (Urk. 8/8/2) zu entnehmen war. Zur Bestimmung des Valideinkommens ist diese Lohnsumme an die seit dem Jahr 2000 eingetretene Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2016 (BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne [1939 = 100; im Internet abrufbar], Nominallöhne [T39, 2/2], Männer; 2000: 1'856; 2016 : 2'239) anzupassen .

$$\text{Fr. 43'200.--} / 1'856 \times 2'239 = \text{Fr. 52'114.66}$$
 6.3 6.3.1

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens kann nach der Rechtsprechung bei Fehlern eines tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens

auf Tabellenlöhne gemäss den vom BFS periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abgestellt werden (BGE 139 V 592 E. 2 mit Hinweis auf BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

Der Beschwerdeführer hat nach dem Unfall vom 25. Juli 2000 keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen. Aufgrund der qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die rheumatologische Diagnose ist das Invalideneinkommen auf der Grundlage der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen LSE des Jahres 2012 (nachfolgend: LSE 2012) zu bestimmen. Da der Beschwerdeführer über keine

Berufsausbildung verfügt, ist auf den Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 der LSE 2012 abzu stellen, welches eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Für das vom Beschwerdeführer weiterhin erzielbare Einkommen ist auf die Tabelle T1_skill_level, Kompetenzniveau 1, Männer, Total mit einem Bruttomonatslohn von Fr. 5'295.-- abzustellen.

Weiter sind die Tatsache, dass die LSE 2012 auf einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden basiert, die effektive betriebsübliche Arbeitszeit im Jahr 2012 jedoch 41,7 Wochenstunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [im Internet abrufbar], 2012, total) betrug, sowie die zwischen 2012 und 2016 eingetretene Nominallohnentwicklung zu berücksichtigen (BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne [1939 = 100; im Internet abrufbar], Nominallöhne [T39, 2/2], Männer; 2012: 2'188; 2016 : 2'239):

E. 8

(13/9) ergänzten. Neben den Ergebnissen ihrer Untersuchungen setzten sie sich ebenso mit den geklagten Beschwerden wie auch mit den medizinischen Vorakten auseinander. Wichen ihre Befunde oder Diagnosen von denen in den Vorakten ab, begründeten sie dies in nachvollziehbarer Weise. Auch setzten sie sich mit der Entwicklung des Gesundheitszustandes, soweit aufgrund der bestehenden medizinischen Akten möglich, auseinander (BGE 140 V 193 E. 3.2). Ihre Diagnosen stellten sie gestützt auf die Vorgaben der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) (BGE 130 V 396 E. 6, 136 V 279 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2013 vom 25. Februar 2014 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Unter Erörterung der erhobenen Befunde gelangten sie im Konsens zum Ergebnis, dass eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig der vom rheumatologischen Gutachter auf der Grundlage der durchgeführten Untersuchungen und in Berücksichtigung der medizinischen Vorakten gestellten Diagnose eines chronischen, somatisch nicht erklärbaren Nacken-Schulter-Arm-Syndroms links mit funktioneller Pseudoparese der gesamten linken oberen Extremität (ICD-10: R52.2) beizumessen sei. Diese Diagnose stellten sie in den Zusammenhang zum ehemals vorgefallenen Sägeunfall mit der Folge einer rein oberflächlichen Weichteilverletzung, zu den vorhandenen reaktiven Myogelosen bei muskulärer Dysbalance und der Somatisierungsstörung, der wiederum sie keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beimassen (Urk. 8/113/23 f.). Mit der Annahme einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne repetitiven Einsatz des linken Armes übernahmen sie die rheumatologisch begründete qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auf Anfrage der IV-Stelle nahmen sie am 14. Juli 2016 (Urk. 8/143) zu den vorgebrachten Einwänden (Urk. 8/138) und den zwischenzeitlich eingereichten Arztberichten von Dr. C.____ vom 12. Januar 2015 (Urk. 8/125) und 22. Februar 2016 (Urk. 8/137/1 f.) sowie zum Arztbericht von Dr. B.____ vom 15. Februar 2015 (Urk. 8/137/3) Stellung. Sie legten dabei dar, weshalb die vorgebrachten Argumente nichts an ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit änderten.

E. 12

x Fr. 5'295.-- /40 x 41,7 / 2'188 x 2'239 = Fr. 67'784.45

Damit ergibt sich im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 52 ' 144 . 66 (vgl. E. 6.2.2) keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse. Selbst die Berücksichtigung des maximal zulässigen leidensbedingten Abzuges von 25 % (vgl. zum Ganzen: BGE 134 V 322 E. 3.2) hätte lediglich einen Invaliditätsgrad von gerundet 3 % (zur Rundungspraxis: BGE 130 V 121) zur Folge.

Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liegt, besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Damit sind Voraussetzungen für eine Aufhebung der Rente im Sinne von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen erfüllt, weshalb die Beschwerdegegnerin die bisherige ganze Rente zu Recht mit Verfügung vom 16. September 2016 aufhob.

7.

7.1

Es bleibt abschliessend zu prüfen, ob der Beschwerdeführer gestützt auf lit. a Abs. 2 Schl B IVG Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung im Sinne von Art. 8a IVG hat. Eine Durchführung solcher Massnahmen hätte eine Weiterausrichtung der Rente bis zu deren Abschluss zur Folge, längstens jedoch während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung (lit. a Abs. 3 Schl B IVG) . 7.2

Am 2. September

2014 wurde der Beschwerdeführer zu einem Informationsgespräch im Zusammenhang mit der Überprüfung der Rentenleistungen gestützt auf lit. a Schl B IVG eingeladen (Urk. 8/114). Dieses Gespräch fand am 23. September 2014 statt, wobei die mit der Revision 6a des IVG einhergehende Gesetzesänderung und die Auswirkungen auf den Rentenbezug des Beschwerdeführers besprochen wurden. Gleichzeitig wurde der Beschwerdeführer über die Möglichkeit informiert, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen, unter Weiterausrichtung der Rente bis zum Abschluss dieser Massnahmen, längstens für zwei Jahre. Dabei erklärte der Beschwerdeführer, er sei kaputt und dies wüssten doch alle. Er würde sich jedoch diesbezüglich bei der M.____ melden (Urk. 8/118/9). Der zuständige Sozialpädagoge der M.____ informierte die Sachbearbeiterin der IV-Stelle mit E-Mail vom 30. September 2014 (Urk. 8/117) über den Verlauf des Erstgesprächs. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage gewesen sich zu setzen und habe immerzu wiederholt, dass er krank, invalid, kaputt und nervös sei. Ein Gespräch sei nicht möglich gewesen, weshalb keine Vorstellung der Integrationsmöglichkeiten stattfinden können und vereinbart worden sei, dass die IV-Stelle über den Verlauf dieses Erstgesprächs informiert werde.

Im Rahmen der Begutachtung durch die Ärzte der A.____ äusserte der Beschwerdeführer, er könne sich aufgrund seiner chronischen Beschwerden keinerlei Arbeitstätigkeit mehr vorstellen (Urk. 8/113/9). Die Gutachter rieten von der Durchführung beruflicher Massnahmen ab, da diese aufgrund der ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung des Beschwerdeführers kaum durchführbar sein würden und die Erfolgsaussichten zu gering seien (Urk. 8/113/25). Auch im Beschwerdeverfahren liess der Beschwerdeführer geltend machen, er sei komplett arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 6). 7 .3

Angesichts der gesamten Umstände, insbesondere aufgrund der vom Beschwerdeführer geäusserten Standpunkte im Zusammenhang mit der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, ist sein subjektiver Eingliederungswille in Frage gestellt. Dieser aber ist Voraussetzung für die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen unter gleichzeitiger

Weiterausrichtung der Rente (Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2014 vom 5. September 2014 E. 5). Über die gesetzlich vorgesehenen Eingliederungsmöglichkeiten war der Beschwerdeführer vor Erlass des Vorbescheides ausdrücklich informiert worden. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit dem angefochtenen Entscheid die Rente ohne Weiterungen auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a IVV) aufgehoben hat. 8.

8.1

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.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Weil die Beschwerde abzuweisen ist, sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Zur Folge der unentgeltlichen Prozessführung werden diese einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. 8.2

Dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt

Zollinger, steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses, und nach dem Zeitaufwand festzusetzen ist. Nachdem Rechtsanwalt Zollinger keine Zusammenstellung über seine anwaltlichen Bemühungen ein gereicht hat, erfolgt die Festsetzung seiner Entschädigung nach Ermessen. Unter der Berücksichtigung der Tatsache, dass Rechtsanwalt Zollinger den Beschwerdeführer bereits im Einwandverfahren vertreten hat und seither nur in sehr beschränktem Masse Aktenstudium erforderlich war, ist die Prozessentschädigung ermessensweise auf Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und 8 % Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt:

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