

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01060 vom 20. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01060

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01060 du 20 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01060 del 20 settembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herab gesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachver halts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in recht licher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Inva lidi tätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachver haltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommens ver gleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Renten revision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.2

Am 9. respektive 10. August 2016 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 9/149, Urk. 9/150), worauf die IV-Stelle die medizinische Situation abklärte. Nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 9/165) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 31. August 2017 einen Leistungsanspruch (Urk. 9/169 = Urk. 2).

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden soma toformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosoma tischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Res sourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Lei dens druck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hindern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Res so urcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgaben - bereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt

kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 2

Der Versicherte erhob am 2. Oktober 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 31. August 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab dem 16. April 2014 eine halbe und ab August 2016 eine ganze Invalidenrente zuzu sprechen. Eventuell sei die IV-Stelle zu verpflichten, ergänzende medizinische Abklärungen zur Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Gestützt darauf werde die IV-Stelle ihre Leistungspflicht neu zu beurteilen haben (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. November 2017 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 30. November 2017 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass keine gesundheitliche Einschränkung vorliege, welche eine länger andauernde Erwerbsunfähigkeit hervorrufe. Psychische Leiden gälten als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht mehr angehbar seien. Ohne langjährige, verfestigte Krankheitsentwicklung und solange noch Therapiemöglichkeiten vorhanden seien, entstehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2 S. 1).

In der Beschwerdeantwort vom 9. November 2017 (Urk. 8) ergänzte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, die eingereichten Berichte seien dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt und medizinisch geprüft worden. Dieser sei zum Schluss gekommen, dass sich insbesondere der psychische Gesundheitszustand seit dem Verfügungszeitpunkt nicht verschlechtert habe. Dies deshalb, weil die hinzugekommene Diagnose der abhängigen Persönlichkeitsstörung nicht nachvollziehbar gestellt worden sei und diejenige der kognitiven Störung nicht gestellt werden könne, da in jenem Bericht bereits andere psychiatrische Störungen diagnostiziert worden seien (S. 2). Weiter liege

eine Therapieresistenz der psychischen Leiden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vor, da das Weiterführen der ambulanten Behandlung empfohlen und nicht von einer Therapieresistenz gesprochen werde (S. 3 Mitte). Die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung sei bereits im Jahr 2012 gestellt worden und habe im Gutachten jedoch nicht bestätigt werden können. In den neuen Berichten werde die Diagnose erneut gestellt, jedoch seien keinerlei Befunde erhoben worden. Die Diagnose sei dementsprechend nicht objektivierbar und nachvollziehbar hergeleitet (S. 3 unten). In somatischer Hinsicht seien aufgrund der eingereichten Arztberichte keine wesentlichen Änderungen des Gesundheitszustandes erkannt worden. Zusammenfassend ergebe sich, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine anspruchserhebliche wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (S. 3).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), bereits der Entscheid von Oktober 2015, womit angeblich kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorgelegen habe, sei zumindest hinsichtlich des psychiatrischen Gesundheitsschadens offensichtlich unrichtig gewesen und habe nicht der seit 3. Juni 2015 geltenden Rechtsprechung entsprochen. Die Beschwerdegegnerin sei im damaligen Entscheid zum Schluss gekommen, dass die vom Gutachter attestierte 50%ige, psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit durch medizinische Massnahmen überwindbar sei. Dieser Entscheid widerspreche der gutachterlichen Meinung und sei offensichtlich unrichtig gewesen (S. 5 unten). Richtigerweise hätte ihm nach Abschluss der Integrationsbemühungen eine halbe Rente zugesprochen werden sollen, gegebenenfalls mit der Auflage, weitere medizinische Massnahmen durchzuführen. Er sei der ihm auferlegten Schadenminderungspflicht in der Vergangenheit bis heute vollumfänglich nachgekommen. Er befinde sich weiterhin in ambulanter psychiatrischer Behandlung und sei im Jahr 2016 zum wiederholten Mal in einem stationären Aufenthalt gewesen. Gleichwohl habe sich sein Zustand nicht verbessert. Im Gegenteil, nicht einmal die vom Gutachter prognostizierte Erhaltung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit habe erreicht werden können. Vielmehr sei von einer weiteren Verschlechterung auszugehen. Nebst der langjährig vorliegenden mittelschweren bis schweren depressiven Störung werde neu (wie schon im Jahr 2011 vermutet) eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und es seien kognitive Beeinträchtigungen sowie ein neurologisch am ehesten als medikamenteninduziert beurteilter Tremor festgestellt worden. Auch schmerztherapeutisch seien und würden aktuell zahlreiche Therapieoptionen wahrgenommen. Er sei schon zum Zeitpunkt der letztmaligen Beurteilung aus psychiatrischer Sicht seit mindestens September 2011 zu 50% in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Die Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach sich dieser Zustand durch geeignete medizinische Massnahmen verbessern lasse, widerspreche der gutachterlichen Auffassung und habe sich in der Zwischenzeit auch als unzutreffend erwiesen. Es habe sich vielmehr gezeigt, dass trotz intensiven weiteren Behandlungen keinerlei Verbesserung erreicht werden können. Deshalb sei das ursprüngliche Leistungsbegehren in diesem Licht neu zu beurteilen. Nachdem das Wartejahr im September 2011 eröffnet und die Integrationsmassnahmen per 15. April 2014 beendet worden seien, habe er ab 16. April 2014 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Im Zeitpunkt des Revisionsbegehrens im August 2016 seien zudem weitere Einschränkungen festgestellt worden, welche darauf schliessen lassen würden, dass heute selbst medizinisch-theoretisch schon aus rein psychiatrischer Sicht überhaupt keine verwertbare Erwerbstätigkeit mehr gegeben sei (S. 6). Ab dem Zeitpunkt der

Neuanmeldung sei deshalb statt wie bisher von einer 50%igen von einer vollen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit auszugehen (S. 7 oben).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer seit Erlass der rentenablehnenden Verfügung vom 23. Oktober 2015 (Urk. 9/144) eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist.

Soweit der Beschwerdeführer beantragt, dass das ursprüngliche Leistungsbegehren neu zu beurteilen sei (Urk. 1 S. 5 f.), ist darauf mangels Anfechtungsgegenstand nicht einzutreten. Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

E. 3.1

Der rentenablehnenden Verfügung vom 23. Oktober 2015 (Urk. 9/144) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Arztberichte zugrunde:

E. 3.2

Die Ärzte der Integrierten Psychiatrie A.____ nannten im Bericht vom 30. September 2011 (Urk. 9/9) als Diagnosen ein mittelgradig depressives Zustandsbild (ICD-10 F32.1), bestehend seit mindestens Juli 2011, sowie differentialdiagnostisch eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 27. September 2011 in stationärer Behandlung im Sanatorium B.____ (Ziff. 1.3). Seit dem 5. Juli 2011 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6).

E. 3.3

Die Ärzte des Sanatoriums B.____ berichteten am 27. Oktober 2011 (Urk. 9/18 /7-9) über eine stationäre Behandlung vom 27. September bis 27. Oktober 2011 und nannten als Diagnosen eine depressive Episode gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F32.1) sowie einen chronischen Spannungskopfschmerz, differentialdiagnostisch somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Dazu führten sie unter anderem aus, im Verlauf sei deutlich geworden, dass der Aufenthalt Teil einer fixierten Vermeidungsstrategie gewesen sei, um der für den Beschwerdeführer unangenehmen Beziehungssituation zu Hause zu entgehen. Der Beschwerdeführer leide unter den schon länger andauernden innerfamiliären Konflikten. Es bleibe zu vermuten, dass die depressive Symptomatik nicht Hauptursache seines Leidens gewesen sei, sondern das Gefühl der Ausweglosigkeit aus diversen - besonders partnerschaftlichen - Situationen. Der Beschwerdeführer sei in unverändertem Zustand in die häusliche Umgebung entlassen worden (S. 3).

E. 3.4

Dr. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, führte im Bericht vom 4. November 2011 (Urk. 9/13) aus, er habe den Beschwerdeführer vom 24. April 2009 bis 13. September 2010 behandelt (Ziff. 1.2), und nannte als Diagnosen ein rezidivierendes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont mit/bei Übergangsanomalie mit Hemisakralisation L5/S1, eine bekannte Diskopathie L3/4 bis L5/S1, betont L4/5, eine Torsionsskoliose sowie einen möglichen Status nach lumbalem Morbus Scheuermann. Er empfehle eine interdisziplinäre Begutachtung zur Festlegung der effektiven Arbeitsfähigkeit. Eine körperlich leichtere, intermittierend mittelschwere Arbeit sollte uneingeschränkt zumutbar sein (Ziff. 1.11).

E. 3.5

Dr. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 14. Dezember 2011 (Urk. 9/18/1-6) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 15. Mai 1998 (Ziff. 1.2), und nannte als Diagnosen einen Spannungskopfschmerz, arzneimittelinduzierter Kopfschmerz mit Status nach stationärem Schmerzmittelentzug, differentialdiagnostisch somatoforme Schmerzstörung, eine depressive Episode gegenwärtig mittelgradig, einen Verdacht auf generalisierte Angststörung, ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom, symptomatische Hypotonie und vegetative Dystonie und einen Status nach rezidivierenden Nasen-Nebenhöhleninfektionen (Ziff. 1.1). In der angestammten Tätigkeit bestehe seit März 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Da die psychiatrische Behandlung der Depression im Vordergrund stehe, könne er zu einer adaptierten Tätigkeit keine Stellung nehmen (Ziff. 1.7).

E. 3.6

Die Ärzte des Sanatoriums B.____ nannten im Bericht vom 12. Januar 2012 (Urk. 9/19) unveränderte Diagnosen und attestierten dem Beschwerdeführer während der Hospitalisation eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der depressiven Episode bestehe eine psychische Leistungseinschränkung, die sich in Konzentrationsschwäche und Stressintoleranz zeige. Eine reduzierte Belastungstoleranz sei auch durch die fragliche somatoforme Schmerzstörung und den starken Kopfschmerz zu erwarten (S. 2 unten f.).

E. 3.7

Die Ärzte der A.____ nannten im Bericht vom 2. Februar 2012 (Urk. 9/21) als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich vermeidenden und abhängigen (asthenischen) Anteilen (ICD-10 Z73.1). Insgesamt sei von einer ungünstigen Prognose auszugehen, da mittlerweile von einem chronischen Zustand auszugehen sei (Ziff. 1.4). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe eine 30%ige Arbeitsfähigkeit seit dem 24. Februar 2012 (Ziff. 1.6). Längerfristig sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit eventuell möglich.

E. 3.8

Die Ärzte des Sanatoriums B.____ berichteten am 19. April 2012 (Urk. 9/33) von unveränderten Diagnosen und führten dazu aus, bis zu einem gewissen Grad könne es sinnvoll sein, eine Fortführung der ambulanten Psychotherapie durchzuführen. Es sei jedoch nicht ganz klar, wie weit der Beschwerdeführer seine psychiatrische Erkrankung auch zur Erlangung eines sekundären Krankheitsgewinnes benötige (Ziff. 1.5). Es sei ein schrittweiser Wiedereinstieg in die bisherige Tätigkeit mit verringertem körperlichem Einsatz und zeitlich verringerter Präsenz zu befürworten (Ziff. 1.7).

E. 3.9

Dr. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 7. Juni

2012 (Urk. 9/131/2-26) als Diagnosen eine vordiagnostizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), aktuell weitgehend remittiert, welche aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig sei, eine vordiagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), welche aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachzuvollziehen sei, sowie eine vorbenannte akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich vermeidendem und abhängigem (asthenischen) Anteil (ICD-10 Z73.1) und führte

dazu aus, es bestehe aktuell keine krankheitswertige psychische Störung (S. 15 oben). Es seien erhebliche Hinweise auf krankheits fremde Faktoren gegeben, die als überwiegend betrachtet werden müssen. Eindeutig habe der Beschwerdeführer weder eine depressive Erkrankung im Sinne einer aktuell vorliegenden depressiven Störung noch eine anhaltende somato forme Schmerzstörung (S. 24 oben). Es hätten keine Ursachen einer Arbeitsunfähigkeit eruiert werden können. Vielmehr sei beim Beschwerdeführer von einer vollständigen medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 25 oben).

E. 3.10

Dr. F.____, Facharzt für Anästhesiologie , führte im Bericht vom 26. September 2012 (Urk. 9/82/26) aus, im Rahmen einer angemessenen Tätigkeit bestehe eine geschätzte Arbeitsfähigkeit von 50 %. Dazu bedürfe es insbesondere der Möglichkeit der häufig wechselnden Körperpositionen sowie des Vermeidens von Tragen schwerer Lasten.

E. 3.11

Dr. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Akten gutachten zuhanden des Krankenversicherten vom 2. Dezember 2012 (Urk. 9/82/13-21) aus, den übersandten Unterlagen, insbesondere den Arztberichten von Dr. F.____, seien keine Anhaltspunkte zu entnehmen, dass eine Arbeits unfähigkeit im angestammten Beruf bestehe. Sollten sich im Rahmen weitergehender Diagnostik und fundierter rheumatologischer Befunderhebung Hinweise auf eine objektivierbare somatische Beeinträchtigung der Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit ergeben, so wären diese Ergebnisse bei der Auswahl einer angepassten Tätigkeit zu berücksichtigen. Psychiatrischerseits würden sich auch dann keine Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit respektive Leistungs fähigkeit ergeben (S. 9).

E. 3.12

Dr. H.____, Facharzt für Neurologie, stellte im Aktengutachten zu handen des Krankenversicherers vom 11. Februar 2013 (Urk. 9/81/4-8) zusammen fassend fest, dass sich aufgrund der ihm vorliegenden Befunde keine dauerhaft an haltende Arbeitsunfähigkeit auf neurologischen Fachgebiet begründen lasse (S.

5).

E. 3.13

Dr. F.____ (vorstehend E. 3.10) nannte im Bericht vom 14. Mai 2013 (Urk. 9/87/5-7) als Diagnosen einen chronischen, okzipital betonten Kopfschmerz bei Ausschluss einer spondylogenen Ursache und Ausschluss einer Occipitalisneuralgie, ein radikuläres Ausfallsyndrom S1 links, eine sekundäre Fibromyalgie, eine depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig, sowie einen Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Ziff . 1.1). Dazu führte er aus, aktuell und längerfristig sei von einer 100%igen Arbeits unfähigkeit bei chronischem Kopfschmerz, Fibromyalgie und Depression auszu gehen (Ziff. 1.6). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit wäre aller Voraussicht nach maximal zwei Stunden pro Tag möglich (Ziff. 1.7).

E. 3.14

Die Ärzte der I.____ AG führten im Bericht vom 28. Mai 2015 (Urk. 9/88) aus, der Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 10. April 2013 in stationärer Behandlung. Im Verlauf des Aufenthalts sei mit einer Teilnahme im Arbeitszentrum begonnen worden. Das

Arbeitspensum von zwei Stunden sei aktuell gut zu bewältigen (S. 1). Aus medizinischer und sozialer Sicht sei die Teilnahme an einem Belastbarkeitstraining wichtig und zumutbar (S. 2).

E. 3.15

Dr. F.____ (vorstehend E. 3.10) führte im Bericht vom 29. November 2013 (Urk. 9/103) aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik im Zusammenspiel mit der chronischen psychiatrischen Erkrankung gegenwärtig und auf absehbare Zeit auch zukünftig vollständig arbeitsunfähig sei. (S. 2).

Im Bericht vom 24. Juli 2014 (Urk. 9/118/6-7) nannte Dr. F.____ zusätzlich die Diagnosen einer Teiltraktur des M. supraspinatus sowie M. subscapularis sowie Tendinitis des M. biceps jeweils rechts (Ziff. 1.1). Im Übrigen berichtete er von einem unveränderten Zustand (Ziff. 1.6-7).

E. 3.16

Dr. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, nannte im internistisch-rheumatologischen Gutachten vom 31. Oktober 2014 (Urk. 9/125) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie ausgedehnte chronische Schmerzen, leichte bis mittelschwere AC-Gelenksarthrose rechts mehr als links mit

leichter Bursitis subacromialis/ subdeltoidale links mehr als rechts mit

unauffälligen übrigen Strukturen des Schultergürtels und des Sternums (MRI Oktober 2014 mit symmetrischen Vorderarm-Umfängen, sowie eine kongenitale lumbosakrale Übergangsanomalie mit rudimentärer Bandscheibe S1/ S2 ohne Neoarthrosen und ohne Kompression neuraler Strukturen (MRI Oktober 2014, ohne radikuläre Zeichen). Dazu hielt sie im Wesentlichen fest, in der klinischen Untersuchung seien ausgeprägte Diskrepanzen aufgefallen (S. 77). Beim Beschwerdeführer bestünden keine strukturellen Veränderungen, die die Leistungsfähigkeit einschränken würden. Die kongenitale lumbosakrale Übergangsanomalie sei nicht gravierend und habe daher keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er könne sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt ausüben, die Männer seines Alters üblicherweise machen könnten (S. 78). Die angestammten Tätigkeiten seien angepasst. Der Beschwerdeführer könne sie zu 100 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 %. Der Beschwerdeführer habe am Untersuchungstag nur das Schmerzmittel Lyrica gebraucht. Die medikamentöse Schmerztherapie habe daher ein grosses Optimierungspotential. So lange der Beschwerdeführer Beschwerden angebe, sollte er eine konsequente medikamentöse Schmerztherapie nach dem Dreistufenschema der Behandlung chronischer Schmerzen durchführen.

E. 3.17

Dr. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Gutachten vom 24. November 2014 (Urk. 9/128/1-16) als Diagnosen eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen (S. 14). Aus rein psychiatrischer Sicht könne beim Beschwerdeführer bei Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Symptomatik von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten seit mindestens 8. September 2011 ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht seien beim Beschwerdeführer die Therapieoptionen weitgehend ausgeschöpft. Unter der etablierten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie bei Verschlechterung

stationärer Behandlungen im Sinne einer Krisenintervention sei von einer Erhaltung der 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine weitere Verbesserung sei mittelfristig nicht zu erwarten (S. 15).

E. 3.18

In der interdisziplinären Zusammenfassung gingen Dr. J.____ (vorstehend E. 3.16) sowie Dr. K.____ (vorstehend E. 3.17) von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer ideal angepassten Tätigkeit aus (S. 17). Bei fehlenden Hinweisen auf schwer wiegende bewusste/unbewusste emotionale Konflikte oder eine schwerwiegende belastende psychosoziale Situation könne dem Beschwerdeführer keine Störung aus dem somatoformen Formenkreis diagnostiziert werden (S. 17).

E. 4.1

Die medizinische Sachlage, wie sie sich anlässlich der aufgrund der Neuankündigung vom 9. respektive 10. August 2016 (Urk. 9/149, Urk. 9/150) erfolgten erneuten Prüfung des Rentenanspruches darbot, stellt sich wie folgt dar:

E. 4.2

, E. 4.3).

E. 4.3

Die Ärzte der A.____ nannten im Bericht vom 10. August 2016 (Urk. 9/149/1-2) die bereits bekannten Diagnosen und führten dazu aus, derzeit imponiere weiterhin ein ängstlich-depressives Zustandsbild mit massivem sozialem Rückzug und massiver Einschränkung in der Leistungsfähigkeit vor dem Hintergrund einer starken psychosozialen Belastungssituation (S. 2).

Im Bericht vom 4. Oktober 2016 (Urk. 9/156) führten die Ärzte weiter aus, trotz ambulanter integriert-psychiatrischer Behandlung sowie mehrfacher stationärer Aufenthalte

habe sich der Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert. Es bestehe derzeit ein chronifiziertes mittelgradiges depressives Zustandsbild, welches sich nur gering behandeln lasse. Des Weiteren spiele die persistierende chronische Schmerzsymptomatik eine grosse Rolle (S. 3 oben). Der Beschwerdeführer leide seit mindestens fünf Jahren an einer chronischen depressiven Störung und an einer chronischen Schmerzstörung. Aufgrund des langen Krankheitsverlaufes mit keinerlei Zustandsverbesserung sei von einer ernsten Prognose auszugehen (S. 3 Mitte). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 5. Juli 2011 (S. 3 unten).

E. 4.4

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.5) nannte im Bericht vom 27. März 2017 (Urk. 9/164/1-5) unter Beilage diverser Berichte (vgl. Urk. 9/164/6-28) als Diagnosen eine chronische mittelschwere Depression ohne Hinweise für eine Demenz, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine abhängige asthenische Persönlichkeitsstörung, ein zervikales spondylogenes Schmerzsyndrom, ausgeprägte Triggerpunkt-Problematik im Schultergürtel, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, chronische AC-Gelenks- und subacromiale Beschwerden rechts, rezidivierende Nasen-Nebenhöhleninfektionen, eine beginnende Gonarthrose links, einen asthenischen Körperbau, einen diskreten hochfrequenten Aktionstremor der Hände beidseits, linksbetont, sowie einen chronischen Kopfschmerz occipitalbetont. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine

Mikrognathie, Myopie, einen Hohlfluss beidseits sowie eine anhaltende psychosoziale Belastung im familiären Spannungsfeld (Ziff. 1.1). Dazu führte er aus, es bestehe eine jahrelange depressive Symptomatik mit niedergeschlagener Stimmung, sozialem Rückzug, Schlafstörungen und Konzentrations-schwierigkeiten. Daneben bestünden chronische Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen bei somatoformer Schmerzstörung. Es sei eine Chronifizierung eingetreten, dementsprechend sei die Prognose ungünstig. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Jahren (Ziff. 1.6). Hinsichtlich der psychischen Einschränkungen seien weitere Informationen vom Spezialarzt für Psychiatrie einzuholen (Ziff. 1.7). Eine rein sitzende, wechselbelastende Tätigkeit sei aus somatischer Sicht ohne zeitliche Einschränkung zumutbar (S. 5).

E. 5.1

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann es jedoch nicht der Sinn des durch die Rechtsprechung geschaffenen Instituts der Heilung des rechtlichen Gehörs sein, dass Versicherungsträger sich über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehobenen Gerichtsverfahren behoben würden. Denn die nachträgliche Gewährung des rechtlichen Gehörs bildet häufig nur einen unvollkommenen Ersatz für eine unterlassene vorgängige Anhörung. Abgesehen davon, dass ihr dadurch eine Instanz verloren gehen kann, wird der betroffenen Person zugemutet, zur Verwirklichung ihrer Mitwirkungsrechte ein Rechtsmittel zu ergreifen. Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 120 V 357 E. 2b, 116 V 182 E. 3c und d).

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin setzte sich weder im Vorbescheid vom 20. Juni 2017 (Urk. 9/165) noch in der angefochtenen Verfügung vom 31. August 2017 (Urk. 2) mit der konkreten Aktenlage auseinander. Eine nachvollziehbare Begründung im Sinne eines revisionsrechtlichen Vergleichs, warum insbesondere aus psychiatrischer Sicht keine gesundheitliche Einschränkung vorliegt, findet sich nicht. Damit fehlt es der angefochtenen Verfügung an einer rechtsgenügenden Begründung, da sie weder eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhalts noch eine einzelfallbezogene rechtliche Würdigung enthält (vgl. vorstehend E. 5.1), die eine sorgfältige Meinungsbildung darüber, ob und gegebenenfalls mit welcher Argumentation sie die erneute Rentenablehnung anfechten soll, verunmöglichte. Der Beschwerdeführer wurde gewissermassen auf den Gerichtsweg gezwungen, um - allenfalls - die Entscheidungsgründe der Beschwerdegegnerin zu erfahren. Dies kann nicht im Sinne der Verfahrensökonomie liegen und erweist sich auch unter Berücksichtigung der Kostenpflicht des Beschwerdeverfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) als stossend.

Erst in der Beschwerdeantwort vom 9. November 2017 (Urk. 8) äusserte sich die Beschwerdegegnerin dazu eingehend, scheint jedoch zu verkennen, dass die Pflicht zur Begründung einer Verfügung nicht auf das Beschwerdeverfahren verschoben werden darf. Die versicherte Person muss in der Lage sein, sich ein Bild über die Entscheidung zu machen, bevor Beschwerde erhoben wird. Es kann nicht Sinn des durch die Rechtsprechung geschaffenen Instituts der Heilung des rechtlichen Gehörs sein, dass die Verwaltung sich über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzt und darauf vertraut, dass der Verfahrensmangel in einem etwaigen Prozess behoben werde (vgl. BGE 116 V 182 E. 3c) und das Gericht womöglich anstelle der Versäumnisse im Verwaltungsverfahren eine rechtsgenügende Begründung verfasse.

E. 5.3

Nach der Rechtsprechung kann eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

Auch wenn dem hiesigen Gericht volle Kognition zukommt und von einer Rückweisung abgesehen werden kann, wenn diese zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, obwohl ein Entscheid in der Sache möglich wäre, kann vorliegend von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung nicht abgesehen werden, da - wie sich nachfolgend zeigt - in materieller Hinsicht weitere Abklärungen nötig sind.

E. 6.1

Eine Rückweisung erweist sich vorliegend (auch) aus materiellen Gründen als angezeigt.

E. 6.2

Die Ärzte der A.____ attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit infolge der seit mindestens fünf Jahren bestehenden chronischen depressiven Störung sowie chronischen Schmerzstörung (vorstehend E. 4.3). Auch die Ärzte der I.____ AG diagnostizierten unter anderem eine mittelgradige depressive Episode sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (vorstehend E. 4.2). Daneben diagnostizierten die behandelnden Ärzte zudem eine abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung sowie eine leichte kognitive Störung multifaktorieller Ätiologie.

E. 6.3

Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung stand bereits im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 23. Oktober 2015 (Urk. 9/144) zur Diskussion. So wurde die Diagnose damals in mehreren Berichten der behandelnden Ärzte - auch der A.____ - zunächst differentialdiagnostisch, schliesslich eigenständig diagnostiziert (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.3, E. 3.5, E. 3.7, E. 3.13). Zur Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führte Dr. E.____

im psychiatrischen Gutachten vom 7. Juni 2012 (vorstehend E. 3.9) eingehend aus, weshalb dieser seiner Ansicht nicht nachzuvollziehen sei (vgl. Urk. 9/131 S. 16 ff.). Auch Dr. K.____ verneinte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 24. November 2014 (vorstehend E. 3.17) das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (vgl. Urk. 9/128 S. 16 oben). Dagegen diagnostizieren die Ärzte der A.____ wie auch die Ärzte der I.____ AG auch in den aktuellen Berichten nach wie vor eine somatoforme Schmerzstörung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch somatische Diagnosen gestellt wurden (vgl. Urk. 9/164/21-28).

Ähnliches gilt für Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Während Dr. K.____ bereits im psychiatrischen Gutachten vom 24. November 2014 (vorstehend E. 3.17) die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung verneinte und dies ausführlich begründete (vgl. Urk. 9/128 S. 14), diagnostizieren die Ärzte der A.____ wie auch der I.____ AG eine abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (vorstehend E.

E. 6.4

Hinsichtlich der depressiven Störung verneinte die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens unter Hinweis darauf, dass die Therapieoptionen nicht ausgeschöpft seien (vgl. Urk. 8 S. 3 Mitte). Diesem Vorgehen kann mit Blick auf die geänderte Rechtsprechung des Bundesgerichts zu psychischen Leiden (vorstehend E. 1.3) nicht gefolgt werden.

So sind die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit differenziert zu prüfen und können nicht (mehr) mit dem blossen Hinweis auf eine fehlende Therapieresistenz verneint werden. Vielmehr sind diese im Rahmen des strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren zu prüfen (vorstehend E. 1.3). Dabei ist das Leistungsvermögen der betroffenen Person unter Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren durch die sachverständige Person einzuschätzen und nicht einzig durch einen Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin. Die Rechtsanwendung prüft danach die betreffenden Angaben des Sachverständigen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281 E).

5.2.2-5.2.3). Da im Zeitpunkt der Leistungsprüfung durch die Beschwerdegegnerin die nunmehr geltende Praxis betreffend psychische Leiden noch nicht bestanden hat und sich die Berichte der behandelnden Ärzte vor dem Hintergrund der geänderten Rechtsprechung als zu wenig aussagekräftig erweisen, um die Auswirkungen des diagnostizierten Leidens auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anhand der Standardindikatoren festlegen zu können, fehlt es vorliegend an einer verlässlichen medizinischen Grundlage. Eine gerichtliche Überprüfung der anwendbaren Standardindikatoren ist demnach nicht möglich. Insoweit hat die Beschwerdegegnerin rechtsgerichtliche Abklärungen vorzunehmen. Um die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung prüfen zu können, ist auch eine Abklärung der somatischen Beeinträchtigungen angezeigt.

E. 6.5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

E. 6.6

Nach dem Gesagten erweist sich die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt sowie in revisionsrechtlicher Hinsicht betreffend des Beweisthemas einer erheblichen Änderung des Sachverhalts als unvollständig, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese eine den aktuellen Anforderungen genügende Prüfung der Auswirkung der diagnostizierten Leiden auf die Arbeitsfähigkeit vornehme und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 7.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) sowie nach Einsicht in die Honorarnote vom 4. Dezember 2017 (Urk. 11) auf Fr. 1'831.55 (inklusive Barauslagen und MwSt) festzusetzen ist. Damit ist die am 30. November 2017 zugesprochene unentgeltliche Rechtspflege (Urk. 10) gegenstandslos.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 31. August 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'831.55 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Mosimann P. Sager

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