

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01313 vom 23. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01313

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01313 du 23 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01313 del 23 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1978 geborene X.____ war zuletzt von November 2014 bis September 2016 als Speditionsmitarbeiter für die Y.____ tätig (Urk. 7/4/6). Am 7 .

Dezember 2016 meldete er sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 7/12, Urk. 7/13, Urk. 7/15).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/17, Urk. 7/27) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 31. Oktober 2017 (Urk. 7/33 = Urk. 2) ab.

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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung

der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.4

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 Ermessensentscheide 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). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 1. Dezember 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 31. Oktober 2017 (Urk. 2) und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese die erforderlichen Abklärungen (medizinisches Gutachten) durchführe und hernach über die Leistungsansprüche neu verfüge (Urk. 1 S. 2). Am 23. Januar 2018 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 5. Februar 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 31. Oktober 2017 (Urk. 2) damit, dass es sich bei den Beschwerden des Beschwerdeführers um reine Unfallfolgen handle und

deshalb betreffend Arbeitsunfähigkeit vollumfänglich mit der Unfallversicherung koordiniert werde. Gemäss Verfügung der Suva vom 26. Mai 2017 bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 1).

Die vorgebrachten Beschwerden begründeten keine erhebliche und langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe. Die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte bestätigten im Wesentlichen die Annahme des Suva-Kreisarztes. Weitere IV-relevante gesundheitliche Einschränkungen würden darin nicht thematisiert (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), er sei seit dem Unfallereignis vom 24. März 2016 zunächst vollständig in seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit eingeschränkt gewesen und seit Juli 2017 weiter hin erheblich eingeschränkt. Gemäss aktuellem Bericht des Z.____ bestעה weiterhin lediglich eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit (S. 5 Ziff. 20). Der massgebliche Sachverhalt sei von der Beschwerdegegnerin nur ungenügend abgeklärt worden. Es seien weder die vorhandenen Suva-Akten umfassend gewürdigt noch bei den behandelnden Ärzten entsprechende Berichte eingeholt worden (S. 5 f. Ziff. 21).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers, wobei ins besondere umstritten ist, ob der medizinische Sachverhalt ausreichend abgeklärt wurde. 3. 3.1

Dr. med. A.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin , B.____, nannte mit Bericht vom 25. März 2016 (Urk. 7/12/25-26) als Diagnose ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma. Der Beschwerdeführer habe am Vortag einen Auffahrunfall gehabt. Er sei in der Kolonne gestanden als ein anderes Auto in ihn reingefahren sei (S. 1). 3.2

Die Ärzte der C.____ nannten mit Bericht vom 28. September 2016 (Urk. 7/12/108-120) als hier gekürzt aufgeführte Diagnosen eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) Quebec Task Force (QTF) II und eine Gicht (anamnestisch, Erstdiagnose zirka 2010; S. 1). Die Häufigkeit/Dauer der Therapie pro Woche, insbesondere der Anteil der aktiven Bewegungstherapie, sei angesichts der aktu ellen Einschränkungen deutlich zu gering (S. 2 unten). Insgesamt würden sich gewisse rehabilitations- oder eingliederungsrelevante Auffälligkeiten im sozialen Umfeld ergeben, welche sich negativ auf den Heilungsprozess auswirken können: Die psychosoziale Belastungssituation durch Arbeitslosigkeit, zusätzliche Arbeitslosigkeit der Ehefrau und die Belastung durch die Erziehungspflicht zweier kleiner Kinder (S. 3 unten). Die strukturierte Befragung über den Umfang mit Schmerzen habe ein grosses Mass an Auffälligkeiten im psychischen Bereich ergeben: So sei ein grosses Mass an negativen Überzeugungen und schlechter Schmerzkontrolle, sowie auch ein grosses Ausmass an Komorbiditäten festgestellt worden. Im Vordergrund stehe eine absolut schlechte Arbeitsprognose mit Ren tenbegehren und Arbeiten erst wenn der Schmerz weg sei (S. 4 oben). Es werde eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung sowie eine psychiatri sche beziehungsweise psychologische konsiliarische Untersuchung oder Beurtei lung empfohlen (S. 4 Mitte). Es sei von einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen und es spreche nichts gegen die aktive Suche einer neuen Arbeit (S. 5 unten). 3.3

Die Ärzte der D.____ nannten mit Bericht vom 11. Oktober 2016 (Urk. 7/121-123) als Diagnose im Wesentlichen ein zervikovertebrales Schmerz syndrom (S. 1). Zusammenfassend werde die Spinalkanalstenose nicht als symp to matisch erachtet. Für die Rotationseinschränkung nach links komme eine hoch zervikale facettogene Ursache in Frage, weshalb ergänzend ein CT-Spect und anschliessend eine Infiltration geplant werde. Des Weiteren bestehe sicherlich eine relevante myofasziale Komponente, weshalb die Fortführung von physiothe rapeutischen Massnahmen empfohlen werde (S. 2 unten). 3.4

Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatolo gie des Bewegungsapparates , Kreisarzt Suva, führte mit Stellungnahme vom 26. Oktober 2016 (Urk. 7/12/132) aus, der Endzustand sei aus versicherungsme dizinischer Sicht per 27. Mai 2016 erreicht worden. 3.5

Die Ärzte der D.____ nannten mit Bericht vom 15. November 2016 (Urk. 7/12/138-139) dieselbe Diagnose wie mit Bericht vom 11. Oktober 2016 (vorstehend E. 3.3) und führten aus, der Beschwerdeführer habe die zervikale Infiltration C3/4 rechts sehr gut vertragen (S. 2). 3.6

Dr. med. F.____, Fachärztin für Anästhesiologie , Z.____, diagnostizierte mit Bericht vom 17. Februar 2017 (Urk. 7/15/13-14) im Wesentli chen eine chronifizierte Cervicalgie/Cervicobrachialgie rechtsbetont. Cervikal beziehungsweise im Bereich des vor

allem rechten Schultergürtels liege mittler weile eine stark chronifizierte Schmerzsituation bei einem Status nach HWS Distor sion vor bald einem Jahr

vor. Bisherige Therapiemassnahmen seien bisher wenig erfolgreich gewesen (S. 1). 3.7

Aus einem Bericht des Z. ___ vom 6. April 2017 (Urk. 7/15/17-18) gehen folgende Diagnosen hervor (S. 1): - chronifizierte Cervicobrachialgie rechtsbetont bei Status nach HWS Distor sionstrauma am 24. März 2016 - posttraumatisches Syndrom in Form einer Anpassungsstörung mit Chro nifizierungstendenzen

Es liege eine chronifizierte Schmerzsituation vor. Bei bildgebend nachgewiesener Diskusprotrusion cervical bestünden klinisch keine Hinweise auf eine Myelopa thie oder radikuläre Symptomatik. Neurologische Defizite seien bis auf eine beklagte Hypästhesie im Bereich von Digitus (Dig.) IV und V der rechten Hand keine vorhanden, viel mehr lägen ausgeprägte muskuläre Verspannungen cervi kal sowie im Schultergürtelbereich rechts vor (S. 1).

Es bestehe eine Tendenz zum Katastrophisieren und eine deutliche Selbst limi tierung. Der Versicherte habe sich zum Zeitpunkt des Unfalls zudem in einer schwierigen psychosozialen Belastungssituation befunden. Theoretisch wäre eine psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention mit Einbezug der Ehefrau und der aktuellen Lebenssituation indiziert. Ob jedoch ein ausreichendes Krankheits verständnis und eine ausreichende Introspektionsfähigkeit vorhanden seien, könne nur schwer beurteilt werden. Insgesamt würde neben einer Weiterführung der neuraltherapeutischen Behandlungen der Versuch einer beruflichen Reinte gration mit Hilfe des Regionalen Arbeitsvermittlungszent rums (RAV) sinnvoll sein (initial sicherlich nur zu 50 % leichte körperliche Tätigkeiten; S. 1 f.). 3.8

Prof. Dr. E. ___, Kreisarzt Suva, führte mit Stellungnahme vom 5. Mai 2017 (Urk. 7/15/20-21) aus, nachweislich der zahlreichen bildgebenden Befunde und der reichlichen medizinischen Befundberichte habe das Unfallereignis vom 24. März 2016 zu keiner strukturell-traumatischen Läsion an der Halswirbelsäule geführt. Somit sei aus versicherungsmedizinischer Sicht von einer HWS Distor sion auszugehen. Nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung sei der Status quo sine 4 Wochen nach Unfallereignis erreicht. Weiterbehandlungs mass nahmen seien nicht erforderlich, da hiervon keine wesentliche Besserung zu erwarten sei (S. 2). 3.9

Dr. med. G. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastro enterologie, nannte mit Bericht vom 2. Juli 2017 (Urk. 7/25) folgende, hier gekürzt aufgeführten Diagnosen (S. 1): - chronifizierte Cervicalgie/Cervicobrachialgie rechtsbetont - Status nach Facettengelenksinfiltration C3/4 rechts mit vorübergehender Beschwerdelinderung - posttraumatisches Syndrom in Form einer Anpassungsstörung mit Chro nifizierungstendenzen

Seines Erachtens sei die kreisärztliche Beurteilung nachvollziehbar. Es könne leider kein direkter Zusammenhang zwischen dem Unfall und den chronifizierten Nackenschmerzen bewiesen werden (S. 1). 3.10

Dr. F. ___, Z. ___, führte mit Stellungnahme vom 25. Juli 2017 (Urk. 7/26) aus, die kreisärztliche Beurteilung sei eine versicherungsmedizinische und sei anhand der Sachlage nachvollziehbar, da lediglich die Frage nach struk turell-traumatischen Läsionen und deren Zusammenhang mit einem Unfall trauma beurteilt werde. Beim Beschwerdeführer

bestünden noch Gesundheitsbeschwerden vor allem in Form von vor allem muskulär bedingten Schmerzen sowie einer Anpassungsstörung. Beides könne aber natürlich nicht bildgebend nachgewiesen werden. Es sei medizinisch nachgewiesen, dass bei Patienten mit Status nach Schleudertrauma auch ohne sichtbare Verletzung ein Schmerzzustand anhalten könne durch spinale und zentrale Sensibilisierungsvorgänge und einen peripheren nociceptiven Input, welche diese aufrechterhalte. 3.11

Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 22. September 2017 (Urk. 7/31/2-3) aus, im Wesentlichen bestätigten die neuen Akten von Dr. G.____ und Dr. F.____ (vgl. vorstehend E. 3.9 f.) die bisherige Annahme des Kreisarztes. Weitere IV relevante Gesundheitsschäden würden nicht thematisiert. 3.12

Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, nannte mit Bericht vom 29. November 2017 (Urk. 3/9) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rezidivierende kurzdauernde Arthritiden an Sprunggelenken, im Mittelfussbereich und Meta-Tarso-Phalangeal-Gelenk (MTP I Gelenk rechts, im Rahmen einer Misch-Kristallarthropathie (Ziff. 1). Der Beschwerdeführer habe immer wieder schmerzhafte Gelenkentzündungen im Bereiche der Füsse. Mit rezidivierenden Gelenkentzündungen sei zu rechnen. Ursächlich lasse sich nur die Gicht behandeln (Ziff. 1.4). Aus rheumatologischer Sicht (betreffend die Gelenksproblematik) könne der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit voll eingesetzt werden (Ziff. 1.9). Die unfallbedingten Nackenbeschwerden seien nie Gegenstand ihrer Abklärungen gewesen (Ziff. 1.11). 3.13

Dr. F.____, Z.____, führte mit Bericht vom 30. November 2017 (Urk. 3/8) aus, es könnten keine körperlich schweren Tätigkeiten mehr ausgeführt werden, kein Tragen von Lasten über 5 kg, kein Überkopparbeiten, keine manuellen repetitiven Tätigkeiten (Ziff. 1.7). Angesichts der chronifizierten Schmerzsituation sei eine volle körperliche Leistungsfähigkeit für mittelschwere Arbeit nicht mehr gegeben. Leichte körperliche Tätigkeiten mit Wechselbelastung (zum Beispiel Kontrolltätigkeiten) seien seit Juli 2017 zu maximal 50 % möglich (Ziff. 1.9, Ziff. 1.11). Die Anpassungsstörung erschwere Reintegrationsmassnahmen (Ziff. 1.11). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung die Ansicht, gemäss Verfügung der Suva vom 26. Mai 2017 bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Die vorgebrachten Beschwerden begründeten keine erhebliche und langandauernde gesundheitliche Beeinträchtigung, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (vorstehend E. 2.1). Indes wurde in der Verfügung der Suva vom 26. Mai 2017

(Urk. 7/15/23-24)

nicht festgehalten, dass wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Vielmehr wurde die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. Juni 2017 damit begründet, dass die geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien und in keinem adäquat kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis stünden (S. 1). Diese (rein) unfallversicherungsrechtliche Perspektive konnte denn auch von den behandelnden Ärzten nachvollzogen werden (vgl. vorstehend E. 3.9, E. 3.10).

Bei der Invalidenversicherung handelt es sich im Wesentlichen um eine sogenannte finale Versicherung. Das bedeutet, dass sie das Risiko der Invalidität unabhängig vom Vorliegen eines bestimmten versicherten Ereignisses wie Krankheit oder Unfall deckt. Zwar muss nach der Legaldefinition des Art. 4 Abs. 1 IVG die Invalidität auf ein Geburtsgebrechen, einen Unfall oder eine Krankheit zurückzuführen sein. Das Bundesgericht hat jedoch diese Ursachenaufzählung seit jeher als nicht abschliessend erklärt. Entscheidend ist einzig, dass ein die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliegt, während dessen Ursache keine Bedeutung zukommt (BGE 120 V 95 E. 4c mit Hinweisen; Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rz 51 zu Art. 4 IVG). Die Beschwerdegegnerin kann demnach ihre eigene Leistungspflicht nicht mit Verweis auf die Verfügung der Suva vom 26. Mai 2017 verneinen. Fraglich ist aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht vielmehr, ob aus den vorliegenden ärztlichen Berichten ein die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden mit Krankheitswert hervorgeht.

Aus demselben Grund kann auch der RAD-Stellungnahme vom 22. September 2017 (vorstehend E. 3.11) nicht gefolgt werden. Darin nahm der RAD-Arzt Dr. H.____ Bezug auf die Beurteilung des Kreisarztes der Suva,

Prof. Dr. E.____. Letzterer hielt fest (vorstehend E. 3.8), nachweislich der zahlreichen bildgebenden Befunde und der reichlichen medizinischen Befundberichte habe das Unfallereignis vom 24. März 2016 zu keiner strukturell-traumatischen Läsion an der Halswirbelsäule geführt. Die Aussage von Prof. E.____, dass nach allgemäiner ärztlicher Erfahrung der Status quo sine 4 Wochen nach dem Unfallereignis erreicht worden sei und Weiterbehandlungsmassnahmen nicht erforderlich seien, da hiervon keine wesentliche Besserung zu erwarten sei, kann nicht mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit gleichgesetzt werden. 4.2

Des Weiteren ist zu bemängeln, dass sich der RAD-Arzt in keiner Weise mit den Äusserungen der behandelnden Ärzte des Z.____ auseinandergesetzt hat, die lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten attestierten (vorstehend E. 3.7, E. 3.13). 4.3

Schliesslich wurde wiederholt auf psychische Einschränkungen hingewiesen (vorstehend E. 3.7, E. 3.9, E. 3.10, E. 3.13). Die Ärzte der C.____ haben eine psychiatrische beziehungsweise psychologische konsiliarische Untersuchung oder Beurteilung empfohlen (vorstehend E. 3.2), diejenigen des Z.____ erachteten eine psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention als indiziert (vorstehend E. 3.7). Zudem wurde eine Anpassungsstörung diagnostiziert (vorstehend E. 3.7, E. 3.9, E. 3.10, E. 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

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 Dreiviertelsrente und bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 13

). Indes hat sich der RAD-Arzt Dr. H. ___ zum psychischen Gesundheitszustand ebenfalls nicht geäußert. Seine Beurteilung ist deshalb nicht vollständig und in der Folge nicht nachvollziehbar. 4.4

Auf die vorliegende Beurteilung durch den RAD kann nach dem Gesagten mangels Plausibilität nicht abgestellt werden, erweist sie sich doch als ausgesprochen lückenhaft. Auf die Berichte des Kreisarztes kann, da sie nur die unfallkausalen Einschränkungen berücksichtigen, auch nicht abgestellt werden. Gleichzeitig kann vorliegend nicht einzig auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte, insbesondere diejenige des Z. ___ abgestellt werden, da in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen ist, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE

135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.5

Die vorliegende medizinische Aktenlage lässt somit keine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs zu, weshalb sich eine orthopädisch/psychiatrische beziehungsweise allenfalls polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers aufdrängt. Hierfür ist die Sache an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, ist es doch im Rahmen der ihr obliegenden Abklärungspflicht ihre Aufgabe, die medizinische Grundlage für die Entscheidung zu schaffen (vorstehend E. 1.4).

Dies führt zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides und zur Gutheissung der Beschwerde. 5. 5.1

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. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

5.2

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 dervertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Die Prozessentschädigung ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streit Sache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim ab Januar 2015 für Rechtsanwälte gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich MWSt) ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 31. Oktober 2017 aufgehoben und die

Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verfüge.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Wenger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Keller

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