

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01362 vom 11. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01362

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01362 du 11 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01362 del 11 settembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemei nen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Be einträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teil weise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom men den ausgegli chenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurtei lung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Fol gen der gesundheitlichen Beeinträch tigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht über windbar 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 betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min des tens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie kör perliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Ver bindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psy chi schen Be einträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheits wert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbsein - kommen 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 Bun desgerichts 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 vor aus (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 fach ärztlich 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 unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend 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).

E. 1.4

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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 16.

November 2017 (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer ab 1. April 2012 in einem seinem Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit im Umfang von 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, dass sich sein Gesundheitszustand ab 1.

November 2014 jedoch verbessert habe, und dass ab diesem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden habe. Am 1. April 2016 habe sich sein Gesundheitszustand weiter verbessert, so dass ihm ab diesem Zeitpunkt die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Informatiker in einem Umfang von 80 % zuzumuten gewesen sei. Da in Bezug auf das bestehende depressive Leiden die Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft seien, da es sich bei der diagnostizierten schweren Depression lediglich um eine Episode und nicht um eine dauerhafte Störung gehandelt habe, und da eine Chronifizierung nicht festgestellt worden sei, sei eine psychiatrische Diagnose mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht zu verneinen. Ein Rentenanspruch für die Zeit ab 1. April 2016 sei daher zu verneinen. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte hiegegen vor, dass auf das polydisziplinäre Gutachten vom 3. Februar 2017 und insbesondere auf dessen orthopädisches Teilgutachten, worin ihm ab 1. November 2014 vorerst eine Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepassten Tätigkeiten von 50 % und ab 1.

April 2016 eine solche von 80 % attestiert worden sei, nicht abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 8), weil sich die Gutachter darin nicht angemessen mit der abweichenden Beurteilung durch die behandelnden Ärzte auseinandergesetzt hätten (Urk. 1 S. 9). Zudem sei auszuschliessen, dass er die allenfalls phasenweise bestehenden Teilarbeitsfähigkeiten selbst in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt hätte verwerten können, weshalb gestützt auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (Urk.

1 S. 12).

In psychischer Hinsicht sei gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten zum polydisziplinären Gutachten vom 3. Februar 2017 von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig schwerer Episode auszugehen. Da diese Störung seit dem Jahre

2009 bestehe, sei deren Chronifizierung und Dauerhaftigkeit zu bejahen, weshalb eine Arbeitsunfähigkeit zu bejahen sei, ohne dass dafür eine Ressourcen- beziehungsweise Indikatorenprüfung erforderlich sei (Urk. 1 S. 14). 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine unbefristete ganze Rente auch über den 31. Januar 2015 hinaus. 3.

E. 3

bis 31. Januar 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente und für die Zeit vom 1. Februar 2015 bis 31. März 2016 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine befristete halbe Rente zu. 2.

Gegen die Verfügung vom 16. November 2017 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 14. Dezember 2017 (Urk. 1) Beschwerde mit dem Antrag, diese sei aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine unbefristete ganze Rente, zu gewähren; eventuell seien weitere medizinische Abklärungen anzuordnen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2018 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Mit Zwischenentscheid vom 19. Juni 2018 (Urk. 14) wurde dem Beschwerdeführer antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wurde ihm die Gelegenheit eingeräumt, um zu der vom Gericht nicht auszuschliessenden Rückweisung der Sache an die IV-Stelle zur ergänzenden Abklärung und der damit verbundenen möglichen Abänderung der angefochtenen Verfügung zu seinem Nachteil (reformatio in peius) Stellung zu nehmen oder die Beschwerde zurückzuziehen.

Mit Eingabe vom 12. Juli 2018 (Urk. 16) hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde fest. Davon wurde der Beschwerdegegnerin am 16. Juli 2018 Kenntnis gegeben (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die medizinische Aktenlage bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2017 stellt sich im Wesentlichen wie folgt dar:

E. 3.2

Die Ärzte der Z.____, Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie, stellten in ihrem Bericht vom 8. Januar 2016 (Urk. 7/142) die folgenden Diagnosen (S. 1 f.): - Rezidivhernie L4/5 links mit radikulärem

Schmerz- und

Ausfallsyndrom im Bereich L5, operative Versorgung am 2. Januar 2016 (anamnestisch) - generalisiertes Schmerzsyndrom/Panvertebralsyndrom mit/bei: - Status nach Entfernung der Bandscheibenprothese C5/6, Dekompression C5/6 beidseits und ventrale intersomatische Spondylodese - Lumboischialgie beidseits links mehr als rechts (aktuell) - Status nach Entfernung der Bandscheibenprothese C5/6, Dekompression C5/6 beidseits und ventraler intersomatischer Spondylodese mit/bei: - Lockerung der Bandscheibenprothese C5/6 mit/bei: - Status nach Sequesterektomie und Implantation einer Bandscheibenprothese C5/6

am 4. März 2013 bei

Osteochondrose und Diskushernie C5/6 mit/bei: - beginnende r Diskusdegeneration C6/7
- Status nach Fazettengelenksinfiltration auf Niveau der Bandscheibenprothese

C5/6 vom 7. Januar 2013 - Status nach präoperativer Fazettengelenksinfiltration und periradikulärer

Infiltration C5/6 vom 7. Januar 2013 - Status nach Fazettengelenksinfiltration C6/7 vom 1
2. Februar 2014 - Status nach lumbaler Diskushernie und Resekuesterektomie vom 20.
Juni 2012 bei

Rezidivhernie L4/5 rechts und mikrochirurgischer Sequesterektomie L4/5 rechts am 12.
April 2012

Die Ärzte erwähnten, dass beim Beschwerdeführer am 23. Dezember 2015 in Kalifornien
akut eine Lähmung am linken Bein aufgetreten sei, und dass er deshalb am 25. Dezember
2015 notfallmässig untersucht worden sei. Dabei sei eine Diskushernie festgestellt worden,
welche nach der Rückkehr des Beschwerdeführers in die Schweiz am 2. Januar 2016
mittels Sequesterektomie behandelt worden sei. Gegenwärtig bestehen noch starke
lumbale Rückenschmerzen und eine Schwäche im linken Bein (S. 2).

Im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) zeige sich eine fusionierte Spondylodese, wo bei
die Beschwerden im Bereich der HWS möglicherweise auf die leichtgradigen degenerativen
Veränderungen praktisch aller zervikaler Bandscheiben zurückzuführen seien
(S. 3).

E. 3.3

Prof. h. c. Dr. med. A.____, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte mit Bericht vom 4.
Januar 2016 (Urk. 7/144/3-5) ein sensomotorisches Ausfallsyndrom und ein
lumboradikulares Schmerzsyndrom der Wurzel L5 links bei grosser mediolateraler bis
intraforaminal reichender Diskushernie L4/5 links und erwähnte, dass der Be-
schwerdeführer während eines Aufenthaltes in den Vereinigten Staaten von Amerika am 2
3. Dezember 2015 unter akuten lumboradikulären Schmerzausstrahlungen, unter einer
ausgeprägten Hypästhesie im distalen Bereich des Dermatoms L5 links sowie unter einer
Fussheberschwäche links gelitten habe, weshalb er nach der Rückkehr in die Schweiz am
2. Januar 2016 mittels mikrochirurgischer Fenestration, Flavektomie und Rezessotomie
sowie Sequester L4/L5 links operiert worden sei (S. 1).

E. 3.4

Mit Bericht vom 8. Juni 2016 (Urk. 7/152/7-8) stellte Dr. med. B.____, Facharzt für
Neurochirurgie, die folgenden Diagnosen (S. 1): - lokales zervikales Schmerzsyndrom bis
occipital ausstrahlend - unklare abstrahlende eher pseudoradikuläre Schmerzen in beide
Arme, entsprechend dem Dermatome C8 (Differentialdiagnose: Nervus ulnaris) - Status
nach zweimaliger Operation an der HWS im Bereich C5/C6 mit initialer Implantation einer
Bandscheibenprothese, Sekundärsersatz durch einen Cage mit Verplattung, zuletzt vor rund
eineinhalb Jahren - fortgeschrittene Segmentdegeneration der LWS im Bereich L4/5 und
L5/S1 (Diskopathie, Osteochondrose, rezessale Stenose L4/5 rechtsbetont mit möglicher
Kompromittierung der Nervenwurzel L5) - foraminalbetonte Stenose bei Diskopathie und
Osteochondrose L5/S1 mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel L5 foraminal -
beginnende Diskopathie L3/4

Der Arzt erwähnte, dass die aktuelle Bildgebung für das Alter deutlich über durchschnittliche degenerative Veränderungen der Segmente L4/5 und L5/S1 zeige. Der Beschwerdeführer leide gegenwärtig unter einer radikulären Reizsymptomatik, am ehesten den Dermatomen L5 und S1 entsprechend. Es seien vorerst eine Infiltrationsbehandlung und anschliessend ein semirigides Stabilisationsystem mit einer Diskektomie L5/S1, foraminale Dekompression der Nervenwurzel L5, rezessive Dekompression L4/5 und semirigide Stabilisation L4 auf S1 indiziert (S. 2).

Am 12. Dezember 2016 (Urk. 7/176/2-3) stellte Dr. B. fest, dass eine SPECT-Untersuchung der HWS gezeigt habe, dass das reoperierte Segment C5/6 wahrscheinlich nicht fusioniert sei. In Bezug auf die LWS sei hinsichtlich der radikulären Symptomatik eine leichte Besserung eingetreten. Es sei schwierig abzuschätzen, ob durch chirurgische Massnahmen eine dauerhafte Besserung zu erreichen sei. An der HWS käme eine erneute Revision und Stabilisierung von dorsal, an der LWS eine Dekompression, teilweise Foraminotomien, vor allem in den Segmenten L4/5 und L5/S1 auf der rechten Seite, sowie zusätzlich eine semirigide Stabilisation in Frage (S. 2) . 3. 5

Dr. med. C., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seinem Bericht vom 7. Juli 2016 (Urk. 7/152/6), dass der Beschwerdeführer seit Jahren an einer von der Schmerzproblematik nicht abzugrenzenden, depressiven Störung leide, wobei die seit Langem bestehende, nicht beherrschbare Schmerzproblematik eine berufliche Integration nicht zulasse. 3. 6

Die Ärzte des D., erwähnten in ihrem Gutachten vom 3. Februar 2017 (Urk. 7/192/1-73), dass der Beschwerdeführer am 21. Dezember 2016 orthopädisch, am 13. Oktober 2016 internistisch, am 14. November 2016 psychiatrisch und am 4. November 2016 neurologisch untersucht worden sei (S. 1) und stellten die folgenden Diagnosen (S. 19): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - chronische Schmerzstörung mit somatischen und körperlichen Faktoren - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere bis schwere depressive Episode - Fussheberparese links bei sensomotorischer Wurzelkompression L5 links (operative Dekompression am 2. Januar 2016) und Peroneusdruckparese links am Fibulaköpfchen - pseudoradikuläres Zervikalsyndrom beidseits bei Uncarthrose und Status nach Spondylodese C5/6 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - chronisches pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei geringen Spondylarthrosen und Diskushernien L3-S1 - Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden - Spannungskopfschmerz beidseits - sensibles Karpaltunnelsyndrom rechts - Vitamin-D-Mangel (aktuell behandelt) - Senk-Spreizfuss beidseits

Die orthopädisch-traumatologische

Begutachtung habe infolge der Wirbelsäulenbeschwerden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Informatiker sowie in anderen leidens adaptierten Tätigkeiten im Umfang von 20 %

auf Grund eines vermehrten Pausenbedarfs ergeben (S. 21). Die neurologischen internistischen Untersuchungen hätten keine Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergeben (S. 22).

Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer unter den folgenden Symptomen gelitten: Verlust der Freude sowie des Lustempfindens, An

triebsmangel, Schlafstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl mit subjektiver Ausweg- und Perspektivlosigkeit, sozialer Rückzug und Todesphantasien, wobei es in Bezug auf die psychiatrische Symptomatik seit dem Jahre 2009 zu einer Verschlechterung gekommen sei. Diese Symptomatik lasse sich auch im psychischen Befund objektivieren. Dabei handle es sich um eine depressive Symptomatik mit Krankheitswert. Gegenwärtig seien eine mittelgradige bis schwere depressive Episode sowie ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren zu diagnostizieren. Eine somatoforme Schmerzstörung sei hingegen nicht zu diagnostizieren, weil es diesbezüglich an einem ausreichend schweren innerseelischen Konflikt

und an mit der Entwicklung des Schmerzsyndroms verknüpften psychosozialen Belastungsfaktoren fehle. Der Beschwerdeführer werde regelmässig ambulant psychiatrisch und insbesondere auch medikamentös mit einem Antidepressivum behandelt. Aufgrund der kombinierten psychopathologischen Funktionsstörungen bestehe weiterhin eine Behandlungsbedürftigkeit, wobei die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien. Eine Therapieresistenz bestehe nicht. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit dem Jahre 2014 (S. 59) eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 50 %

bis 60 % in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit (S. 20).

Insgesamt bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in leidensadaptierten Tätigkeiten von 50 % bis 60 % (S. 22).

3.7

Der psychiatrische Gutachter des D.____

nahm in seinem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/192/51-64) zu den Standardindikatoren Stellung und erwähnte betreffend den Komplex « Gesundheitsschädigung, Ausprägung der diagnostizierten Befunde », dass auf Grund eines mittelschwer bis schwer verminderten Antriebs die Handlungsenergie und die Handlungsplanung sowie die Übersicht und die mentale Umstellungsfähigkeit limitiert seien. Die mangelnde Belastbarkeit, die verminderte Ausdauer bei schneller Ermüdbarkeit und vermehrter Erschöpfbarkeit und eine eingeschränkte kognitive Flexibilität wegen Konzentrationsstörungen gehörten ebenfalls zu den relevanten funktionellen Defiziten. Weitere Einschränkungen der Leistungsfähigkeit zeigten sich in einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung und einer passiven Verhaltensweise.

In Bezug auf den Indikator « Behandlungserfolg oder -resistenz » erwähnte der Gutachter, dass die depressive Störung, mittel- bis schwergradiger Ausprägung mit chronischem Verlauf therapeutisch angebar sei, und dass für deren Behandlung weiterhin zahlreiche therapeutische Optionen bestünden.

In Bezug auf « Komorbiditäten » sei eine Wechselwirkung zwischen der depressiven Symptomatik und den chronischen Schmerzen mit psychischen und somatischen Anteilen zu berücksichtigen, wobei unter einer adäquaten Therapie mit einer Besserung der depressiven Symptomatik und der Schmerzsymptomatik zu rechnen sei. Bezüglich des Komplexes « Persönlichkeit » bestünden bei insgesamt unauffälliger biographischer, psychiatrischer, sozialer und Arbeitsanamnese keine strukturellen Persönlichkeitspathologien und keine Hinweise auf einen, einen ressourcenhemmenden Faktor darstellende Persönlichkeitsstörung.

Bezüglich des Komplexes « sozialer Kontext »

sei der bestehende soziale Rückzug bei einer nicht vollständigen sozialen Isolation als depressionsbedingt zu werten. Dies bezüglich bestünden auch Einschränkungen des Aktivitätsniveaus im Haus halt

und in der Freizeitgestaltung , wobei der Beschwerdeführer keine Freizeit aktivitäten oder Hobbies pflege.

In Bezug auf die Kategorie « Konsistenz »

bestünden Defizite in einer eingeschränkten Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit sowie in einer niedrigen Selbstwirksamkeitserwartung und einer Vermeidungshaltung in allen Bereichen (S. 58), wobei keine Hinweise auf ein vermindertes Aktivitätsniveau vor Eintritt der Gesundheitsschädigung bestünden (S. 28).

Ein Leidensdruck und eine Krankheitseinsicht seien vorhanden (S. 58) . Eine Aggravation oder Simulation seien zu verneinen (S. 24) 3.

E. 3.9

Prof. Dr. med. F.____ , Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem Bericht vom 31. Mai 2017 (Urk. 7/210) die folgenden Diagnosen: - Pseudoarthrose mit Verdacht auf Schraubenlockerung und Nekrose des Beckenkamms C5/C6 bei : - Status nach Revisionsspondylodese C5/C6 nach Bandscheibenprothese - Segmentdegeneration L3/4, L4/5, L5/S1 mit Diskusprotrusion und Spondyloarthrosen

bei : - Status nach Dekompression mit persistierender Fussheberparese links seit Januar 2016

Er erwähnte, dass eine durchgeführte SPECT-CT-Untersuchung der HWS eine Nekrose des Beckenspans

sowie ein fehlendes Einheilen mit Pseudoarthrose im Bereich C5/C6 ergeben habe . Eine MRI -Untersuchung der LWS habe Degenerationen mit rezessalen Einengungen , jedoch keinen klaren Nervenkompressionen sowie postoperative Veränderung nach Dekompression L4/ 5 links mit leichter Fazettengelenkarthrose L4/5 links ergeben. Auf Grund der klaren Pseudoarthrose im Bereich C5/C6 sei eine Revision mit der Resektion des toten Knochens und Implantation eines Trabecular Metal Cages mit Knochen vom Becken sowie erneuter Stabilisierung indiziert . Hinsichtlich der LWS könne der Beschwerdeführer trotz einer persistierenden Fussheberparese besser mit den Beschwerden umgehen . 4. 4.1

Beim Gutachten des D.____ vom 3. Februar 2017 handelt es sich um ein interdisziplinäres Gutachten, basierend auf einer psychiatrischen, internistischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchung, das die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den vollen Beweiswert grundsätzlich erfüllt (BGE

125 V 351 E. 3a S. 352). Es ist überzeugend und schlüssig und in der Darlegung der medizinischen Zustände, Entwicklungen und Zusammenhänge einleuchtend, differenziert und nachvollziehbar. Es wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, beruht auf allseitigen interdisziplinären Untersuchungen und enthält eine fachübergreifende Gesamtbeurteilung. Die geklagten Beschwerden wurden wiedergeben und es fand eine Auseinandersetzung damit statt. Mithin kommt dem Gutachten grundsätzlich voller Beweiswert zu. 4.2

Gestützt auf das Gutachten steht fest, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht

sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Informatiker wie auch in einer anderen leidensadaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist, wobei sich aus orthopädisch-traumatologischer Sicht die Wirbelsäulenbeschwerden (Urk. 7/192/39) und aus neurologischer Sicht die Gangstörung mit vermehrtem Pausenbedarf als ein schränkend erweisen (Urk. 7/192/71). Betreffend den hier interessierenden Zeitraum wurde mit überzeugender Begründung für die Zeit von Mitte Oktober 2013 bis Ende Oktober 2014 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus orthopädisch-traumatologischer Sicht, danach bei dokumentierten mässigen Restbeschwerden von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit, dann vom 31. Dezember 2015 bis Ende März 2016 von einer erneuten postoperativen vollständigen Arbeitsunfähigkeit und ab April 2016 schliesslich von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Darauf ist abzustellen. 4.3

Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. Bei den von ihm zitierten ärztlichen Stellungnahmen von Dr. B.____ und Dr. med. G.____, Fachärztin für Anästhesiologie, (vgl. Urk. 1 S. 8 Rz 12) handelt es sich ausnahmslos um blossе, unbegründete Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Sie vermögen keinen Zweifel an den ausführlich begründeten gutachterlichen Einschätzungen des D.____ zu wecken. Auf die Beurteilung der

Dr. G.____ kann bereits deshalb nicht abgestellt werden, da sie mit der Bewertung orthopädischer und neurologischer Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ihr Fachgebiet der Anästhesiologie verlässt. Sowohl die orthopädische als auch die neurologische Gutachterin des D.____

gaben ihre Einschätzung in Kenntnis der Vorakten ab und setzten sich mit diesen ausreichend auseinander. Insbesondere erwähnte die neurologische Gutachterin, dass der von Dr. B.____ am 8. Juni 2016 erhobene Befund identisch sei mit ihrem Begutachtungsbefund. Weiter hielt sie fest, dass der im MRT der Halswirbelsäule vom 12. April 2016 (Bericht Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie) gesehene links dorsale Bandscheibenvorfall in Höhe HWK 6/7 mit Affektion der C7-Wurzeln derzeit klinisch ohne Relevanz sei (Urk. 7/192/70). Ebenso wenig kann unter Hinweis auf den Bericht von Prof. Dr. F.____ vom 31. Mai 2017 (Urk. 7/210; vorstehend E. 3.9) auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung geschlossen werden, berichtete dieser doch allein gestützt auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers von «erneut wieder zunehmenden Schmerzen vor allem zervikal», ohne aber eine Verschlechterung zu objektivieren oder sich zur Arbeitsfähigkeit zu äussern. 4.4

Festzuhalten ist sodann, dass es nicht angehen kann, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2 mit Hinweisen). Ohnehin sind Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zu Patientin und Patient zurückhaltend zu gewichten (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353; Urteil des Bundesgerichts 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470).

Nach dem Gesagten ist - in somatischer Hinsicht - auf das schlüssige Gutachten des D.____ vom 3. Februar 2017 abzustellen. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt die Beweiskraft des D.____-Gutachtens hinsichtlich der geltend gemachten psychischen Beschwerden:

Die Beschwerdegegnerin ging in ihren Stellungnahmen vom 27. März 2017 (Urk.

7/198/11-12) und vom 5. April 2017 (Urk. 7/198/12-13) davon aus, dass die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit durch die Ärzte des D.____ in ihrem Gutachten vom 3. Februar 2017 (vorstehend E. 3.8), welche eine eher schwere depressive Episode und eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen von 50

% bis 60 % fest gestellt hätten, nicht nachzuvollziehen sei. Der Leidensdruck erscheine auf Grund des gesamten Verlaufs vielmehr als nicht besonders hoch. Da bis anhin keine optimale Therapie und insbesondere keine psychosomatischen Behandlungen durchgeführt worden seien, sei der von den Gutachtern des D.____ festgestellte Schweregrad nicht gegeben (Urk. 7/198/12). Zudem gelte es zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer im Jahre 2015 in die Vereinigten Staaten von Amerika gereist sei, um Verwandte zu besuchen, obwohl eine solche Reise mit den geklagten Beschwerden fast nicht möglich gewesen wäre. Da genügend Ressourcen und Therapiemöglichkeiten bestünden, sei in psychischer Hinsicht daher von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. 5.2

Das Bundesgericht hat in BGE 130 V 252 erkannt, dass die zu den psychischen Leiden zu zählenden, anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken vermöchten (BGE 130 V 352 E.

2.2.2 und 2.2.3; Überwindbarkeitsvermutung). In der Folge wendete das Bundesgericht die zur somatoformen Schmerzstörung entwickelten Kriterien bei der Beurteilung der invalidisierenden Wirkung pathogenetisch-ätiologisch unklarer syndromaler Beschwerdebilder grundsätzlich analog an (BGE 132 V 393 E. 3.2), insbesondere für die Fibromyalgie (BGE 132 V 65 E. 4.2.2), für dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (Urteil des Bundesgerichts I 9/07 vom 9.

Februar 2007 E. 4), für das Chronic-Fatigue-Syndrom (Urteil des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), für die unfalladäquate HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (Schleudertrauma; BGE 136 V 279 E. 3), für die Schmerzverarbeitungsstörung (Urteil des Bundesgerichts 9C_274/2010 vom 30. April 2010 E. 4) und für Anpassungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2). 5.3

In BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht in Änderung der bisherigen Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben (E. 3.4 und 3.5) und diese durch eine ergebnisoffene, symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren funktionellen Leistungsvermögens als Beweisgegenstand ersetzt, wobei das bisherige Regel/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster beziehungsweise durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt wurde (E. 3.6). Am 30. November 2017 hat das Bundesgericht in BGE 143 V 409 und 143 V 418 seine bisherige Rechtsprechung zur Invalidität bei Störungen aus dem depressiven Formenkreis aufgegeben und festgestellt, dass die Therapierbarkeit allein keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im invalidenversicherungrechtlichen Kontext zu liefern vermöge. Weiter hat es erkannt, dass sämtliche psychischen Erkrankungen, namentlich auch depressive Störungen

leicht- bis mittel gradiger Natur, grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien. 5.4

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Mit BGE 143 V 418 stellte das Bundesgericht klar, dass sich ein Leiden nicht einfach deshalb als leicht und invalidenversicherungsrechtlich bedeutungslos einstufen lässt, weil diagnostisch kein Bezug zu dessen Schweregrad gefordert ist (E. 5.2).

Verlauf und Ausgang von Therapien stellen wichtige Schweregradindikatoren dar. Es ist Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz (leichter bis) mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E.

4.5.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E.

5.1).

Laut BGE 143 V 418 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung zukommt (E. 8.1, Präzisierung der Rechtsprechung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.1 und E. 7.2 mit Hinweis).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens ist davon abzusehen, einzelne Beschwerden und Störungen ohne Einzelfallprüfung wegen grundsätzlich fehlender invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz auszuschneiden (vgl. BGE

143 V 418 E. 8.1). Indes gilt unverändert, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1 mit Hinweis). 5.5

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5.6

Neben den durch den Rechtsanwender zu prüfenden allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben an ein Gutachten (vorstehend E. 1.4) ergibt sich aus BGE 141 V 281 Folgendes: Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). 5.7

Gelangt der Rechtsanwender nach dieser Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisforderungen (vorstehend E. 1.4), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.5; BGE 141 V 281 E. 5.2.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine langandauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person (BGE 143 V 418

E. 6) aus wirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3). 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Bei Verfassen des Gutachtens des D.____ vom 3. Februar 2017 (vorstehend E. 3.7) sowie Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2017 (Urk. 2) war die am 30. November 2017 mit BGE 143 V 409 und 143 V 418 erfolgte Änderung der Rechtsprechung, wonach grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind, noch nicht erfolgt.

E. 6.2

Gemäss dem vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) herausgegebenen Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung in der ab März 2016 geltenden Fassung (KSIH) hatte indes bereits ab März 2016 in Bezug auf alle Arten von Gesundheitsschädigungen die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 zu erfolgen (Rz. 1005), wobei im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung der Standardindikatoren zu erbringen war (Rz. 1006 in Verbindung mit Anhang VI zur KSIH).

E. 6.3

Der psychiatrische Gutachter des D.____ nahm in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 3. Februar 2017 eingehend zu den Standardindikatoren gemäss BGE

141 V 281 Stellung (vorstehend E. 3.8). Dies entsprach der zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens geltenden Rechtsprechung (vorstehend E. 5.2) und Verwaltungspraxis (vorstehend E. 6.2). Denn bei der von den Gutachtern des D.____ beim Beschwerdeführer diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und körperlichen Faktoren (vorstehend E. 3.6) handelt es sich um ein mit der somatoformen Schmerzstörung vergleichbares pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild beziehungsweise um eine Schmerzverarbeitungsstörung, auf welche die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 analog anzuwenden war.

E. 6.4

Nach Eingang des Gutachtens der Ärzte des D.____ vom 3. Februar 2017 bei der Beschwerdegegnerin nahm vorerst RAD-Arzt Dr. E.____ dazu Stellung. In seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2017 (vorstehend E. 3.8) überprüfte Dr.

E.____ in medizinischer Hinsicht die Nachvollziehbarkeit des Gutachtens und insbesondere auch die Ausführungen der Gutachter zu den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 (vgl. Urk. 7/198/10) und kam zum Ergebnis, dass das Gutachten der Ärzte des D.____ vom 3. Februar 2017 schlüssig und umfassend sei, weshalb darauf und insbesondere auf die darin enthaltene Arbeitsfähigkeitsbeurteilung abgestellt werden könne. In der Folge wies die Beschwerdegegnerin in ihren Stellungnahmen beziehungsweise Aktennotizen vom 27.

März 2017 und vom 5. April 2017 (Urk. 7/198/11-13) indes von der erwähnten versicherungsmmedizinischen Beurteilung durch den RAD-Arzt Dr. E.____ vom 22. Februar 2017 ab und ging davon aus, dass die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch die Gutachter des D.____ nicht nachvollziehbar sei, und dass deren Beurteilung des Schweregrades des psychischen Leidens des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen vermöge. In Würdigung des Gutachtens vom 3. Februar 2017 ging die Beschwerdegegnerin sodann davon aus, dass auf Grund der Angaben und Ausführungen der Gutachter zu den Standardindikatoren zu schliessen sei, dass der Leidensdruck des Beschwerdeführers nicht besonders hoch sei, und dass er über genügend psychische Ressourcen verfüge. Aus diesen Gründen erachtete sie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen durch die Gutachter des D.____ nicht als überzeugend und vertrat die Ansicht, dass insofern darauf nicht abzustellen sei, und dass vielmehr von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen auszugehen sei.

E. 6.5

Der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann nicht beige pflichtet werden.

Der psychiatrische Gutachter des D.____ hat bei seiner Beurteilung an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten. Das Gutachten vom 3.

Februar 2017 enthält hinreichende und nachvollziehbare medizinische Angaben und Ausführungen zu den Themen der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 und erfüllt damit die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen sowie die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe. Insbesondere sind

im Gutachten die funktionellen Auswirkungen des psychischen Leidens medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt worden, so dass das Gutachten eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im strukturierten Beweisverfahren erlaubt. Dem Gutachten kommt demnach volle Beweiskraft zu und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Auf eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung der Indikatoren nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens ist zu verzichten. 7. 7.1

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass dem Gutachten des D.____ vom 3. Februar 2017 volle Beweiskraft zukommt, sowohl was die Einschränkungen so matischer Natur als auch was diejenigen psychischer Natur betrifft.

Dem entsprechend steht fest, dass der Beschwerdeführer ab Mitte Oktober 2013 bis Ende Oktober 2014 sowohl in der angestammten als auch in jeder leidensangepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig war und seither aufgrund der dokumentierten somatischen und psychischen Beschwerden in der angestammten wie auch in jeder angepassten Tätigkeit eine (zumindest) 50%ige Arbeitsfähigkeit besteht (Urk. 7/192/23 und 29). Davon ging auch Dr. E.____ vom RAD aus (Urk. 7/198/11). 7.2

Bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab November 2014 besteht demnach ab dem 1. Februar 2015 ein Anspruch auf eine unbefristete halbe Rente. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

E. 8

Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV SVGer) beziehungsweise keine Entschädigung für die

unentgeltliche Rechtsvertretung (§ 9 GebV SVGer) zugesprochen.

E. 8.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 8.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Für unnötigen oder geringfügigen Aufwand einer Partei wird keine Parteientschädigung (§

E. 8.3

Dem sich bei den Akten befindenden Tätigkeitsnachweis des unentgeltlichen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Kaspar Gehring, Zürich, vom 12. Juli 2018 (Urk. 16) ist zu entnehmen, dass dieser einen Aufwand von insgesamt 17.2 Stunden und Barauslagen von Fr. 154.80 (ohne Mehrwertsteuer) geltend machte. Dieser geltend gemachte zeitliche Aufwand von insgesamt 17.2

Stunden, insbesondere der geltend gemachte Aufwand für das Verfassen der Beschwerdeschrift von 13.2 Stunden erscheint indes in Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses mit Blick auf vergleichbare Verfahren nicht als angemessen. In Würdigung der gesamten Umstände erscheint vorliegend vielmehr ein Aufwand von insgesamt 12.8

Stunden als angemessen und gerechtfertigt. Die geltend gemachten Barauslagen von insgesamt Fr. 154.80 sind nicht zu beanstanden.

Ausgangsgemäss hat der

teilweise obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche in Berücksichtigung der Bedeutung der Streit Sache und der Schwierigkeit des Prozesses sowie eines angemessenen zeitlichen Aufwandes von 12.8 Stunden und eines gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Eine Reduktion der Parteientschädigung rechtfertigt sich in Bezug auf die Rentenfrage nicht, da das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren ("volle Rente") den Prozessaufwand nicht beeinflusst hat (BGE

117 V 407 E. 2c; Urteil des Bundesgerichtes vom 23.

Oktober 2008 9C_672/2008 E. 5.3.1). Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle vom 16. November 2017 dahingehend abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer auch über den 31. März 2016 hinaus Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 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 unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Kaspar Gehring, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: -

Rechtsanwalt Kaspar Gehring -

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 i. V. Der Gerichtsschreiber Bachofner Volz

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