



**Fall-Nr.:** IV 2016/315  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.09.2019  
**Entscheiddatum:** 16.08.2018

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.08.2018**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Gemäss beweistauglichem Gutachten fehlen konsistente Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränken. Insbesondere ist die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Depression nicht plausibel (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. August 2018, IV 2016/315).**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela

Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner;

Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2016/315

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller,

Engelgasse 214, 9053 Teufen,



## St.Galler Gerichte

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen**, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (vormals B.\_\_\_\_) meldete sich am 4. April 2014 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 15). Der Versicherte hatte seit 1. November 1990 als kaufmännischer Mitarbeiter bei der C.\_\_\_\_ AG (vormals D.\_\_\_\_ AG, ab 1. Oktober 2013 E.\_\_\_\_ AG) gearbeitet (Angaben Arbeitgeberin vom 22. April 2014, IV-act. 30). Er war durch die Arbeitgeberin am 23. Januar 2014 bei der IV zur Früherfassung angemeldet worden, nachdem er seit 29. Juli 2013 durch seinen Hausarzt wegen Burnout zwischen 50 % und aktuell 100 % krankgeschrieben worden war (IV-act. 7; Arzteugnisse Dr.med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, IV-act. 9-1 f.; IV-act. 16-1 ff.). In der Klinik G.\_\_\_\_ waren während einer ambulanten Rehabilitationsbehandlung vom 6. bis 31. Januar 2014 eine Anpassungsstörung mit Kränkung und motivationalen Defiziten (ICD-10: F43.23) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) diagnostiziert worden (Bericht vom 12. Februar 2014; IV-act. 49-14 ff.).

A.b Dr.med. H.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte eine rezidiv-mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1), eine Insomnie (ICD-10: F51.0) sowie ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10: Z 73.0). Er berichtete, er behandle den Versicherten seit 4. Oktober 2013; zuvor sei dieser während ca. 10 Jahren durch Dr.med. I.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, therapiert worden. Die Behandlung umfasse die Medikation mit Venlafaxin und regelmässige Psychotherapie. Der Versicherte leide an Antriebsschwäche, Vergesslichkeit, rascher



## St.Galler Gerichte

Ermüdbarkeit, stark reduzierter Konzentrations- und Merkfähigkeit und reduzierter psychischer Belastbarkeit. Aktuell sei er zu 100 % arbeitsunfähig in jeglicher Tätigkeit. Die Prognose sei günstig, aktuell sei aber noch keine Wiedereingliederung möglich (Arztberichte vom 20. April 2014, IV-act. 31, und vom 25. September 2014, IV-act. 41). Die IV-Stelle wies mit Mitteilung vom 3. Juni 2014 das Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen ab, da sie aktuell nicht möglich seien (IV-act. 36).

A.c Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstattete Dr.med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein psychiatrisches Gutachten (Gutachten vom 3. September 2014, Fremdakten, act. 2-2 ff.). Sie konnte klinisch keine Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörung objektivieren und diagnostizierte eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1; Fremdakten, act. 2-11). Diese umfasse auch die im Vorfeld attestierten Diagnosen einer Insomnie und eines Erschöpfungssyndroms (Fremdakten, act. 2-10) und führe nach versicherungsmedizinischen Massstäben zu einer Arbeitsfähigkeit von 50 %. Das Leiden sei therapierbar und begründe keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit (Fremdakten, act. 2-12 f.).

A.d Vom 13. Oktober bis 7. Dezember 2014 war der Versicherte in stationärer, integrierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in der Klinik K.\_\_\_\_ (Austrittsbericht vom 23. Dezember 2014, IV-act. 49-10 ff.). Dort wurden die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F 32.1) im Rahmen einer komplexen psychosozialen Belastungssituation (ICD-10: Z56, Z63) mit Ausbildung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10: Z73) auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen sowie in somatischer Hinsicht unter anderem eines zervikobrachialen und thorakalen Schmerzsyndroms mit muskulärer Dysbalance sowie Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung (Skoliose thorakal) gestellt. Es wurde festgehalten, nach wie vor beklage sich der Versicherte über Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, teilweise Sehstörungen, permanente Rücken- und Schulterschmerzen, Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen und Arbeitsblockaden. Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie die Arbeitsblockaden hätten sich nur moderat verbessert (IV-act. 49-11 f.).



## St.Galler Gerichte

A.e Die IV-Stelle wies mit Mitteilung vom 14. Januar 2015 das Gesuch um berufliche Massnahmen erneut ab, da diese aufgrund des Gesundheitszustandes nicht möglich seien (IV-act. 44).

A.f Dr. H.\_\_\_\_ führte im Verlaufsbericht vom 8. März 2015 aus, es sei keine wesentliche Verbesserung eingetreten. Die Behandlungsintensität sei auf drei Sitzungen pro Woche gesteigert und die Dosierung der Medikamente Trittico und Venlafaxin sei erhöht worden. Konzentration und Merkfähigkeit würden sich zunehmend verschlechtern, der Versicherte weise keine Arbeitsausdauer und Belastbarkeit auf. Er empfehle eine Berentung (IV-act. 54-2 ff.).

A.g Die IV-Stelle beauftragte am 27. April 2015 die Swiss Medical Assessment and Business-Center (SMAB) AG mit einer orthopädisch-psychiatrischen Begutachtung des Versicherten (IV-act. 59). Die Gutachterstelle teilte am 26. Juni 2015 der IV-Stelle mit, es sei zusätzlich eine neuropsychologische Abklärung erforderlich (IV-act. 62). Das Gutachten vom 20. August 2015 (Dr.med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Dr.med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie; Dipl. Psych. N.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP; Untersuchungen 15. und 26. Juni und 22. Juli 2015; IV-act. 65) kam zum Ergebnis, dass beim Versicherten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anhand der aktuellen Befunde nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren (IV-act. 65-11, 46 f.). Die neuropsychologischen Testergebnisse seien völlig unplausibel und nicht mit einer authentischen Gedächtnisstörung zu vereinbaren. Aufgrund der mangelnden Mitarbeit des Versicherten habe kein valides Testprofil erhoben werden können (IV-act. 65-12, 31, 53 ff.). Aus psychiatrischer Sicht bleibe als einzig zu stellende Diagnose eine aggravierte Neurasthenie übrig, wenn man eine hochgradig wahrscheinliche Simulation ausschliesse (IV-act. 65-8, 33 f., vgl. auch IV-act. 65-21 f.).

A.h Nach Einholung einer Stellungnahme von RAD-Arzt Dr.med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. September 2015 (IV-act. 66) stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 18. September 2015 in Aussicht, das Rentengesuch abzuweisen (IV-act. 70). Hiergegen liess der Versicherte am 26. Oktober 2015 Einwand erheben und machte im Wesentlichen geltend, das Gutachten



## St.Galler Gerichte

der SMAB AG bilde keine verlässliche Grundlage für die Evaluation seiner Einschränkungen (IV-act. 75). Zum Einwand und zu verschiedenen weiteren Abklärungen (Bericht des ehemaligen behandelnden Psychiaters Dr. I. \_\_\_ vom 21. Januar 2016, IV-act. 78; Stellungnahme RAD-Arzt Dr. O. \_\_\_ vom 1. Februar 2016, IV-act. 79) nahm der psychiatrische Gutachter am 15. März 2016 Stellung (IV-act. 81). RAD-Arzt Dr. O. \_\_\_ hielt am 23. März 2016 hierzu fest, ein neuer medizinischer Sachverhalt ergebe sich in Würdigung der Stellungnahme des Gutachters nicht (IV-act. 82). Die IV-Stelle gewährte dem Versicherten gleichen Tags eine zweite Anhörung (IV-act. 83).

A.i Gegen den Versicherten wurde ein Straf(vor)verfahren wegen Drohung und Widerhandlungen gegen das Waffengesetz eingeleitet. Im Rahmen dieses Strafverfahrens wurde durch Dr.med. P. \_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, ein forensisch-psychiatrisches Gutachten erstellt (Vorabstimmung vom 28. April 2016, Fremdakten, act. 4-2 ff.). Darin wurde dargelegt, der Versicherte sei in letzter Zeit in einer belastenden Situation mit ungünstiger Umgebung mit narzisstischen Kränkungen gewesen (falsche Therapie, Geldnot, Ehefrau, die ihn abgelehnt und klärende Gespräche verweigert habe, kein Anschluss bei der Z. \_\_\_-Clique), was diagnostisch am ehesten als Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) einzuordnen sei. Die diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 für eine Depression seien sicher nicht erfüllt, schon gar nicht im Ausmass einer schweren Depression (Fremdakten, act. 4-7).

A.j Der RAD nahm am 13. Juli 2016 Stellung, aus der Vorabstimmung von Dr. P. \_\_\_ ergäben sich hinsichtlich der diagnostischen Einschätzung und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine neuen Aspekte (IV-act. 98).

A.k Mit Verfügung vom 16. August 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um Rente ab. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Versicherten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Die ergänzenden medizinischen Abklärungen sowie Rückfragen bei den Gutachtern hätten ergeben, dass sich keine neuen medizinischen Sachverhalte aus dem Einwand ergäben (IV-act. 99).

B.



B.a Gegen die Verfügung vom 16. August 2016 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. D. Ehrenzeller, am 15. September 2016 Beschwerde erheben. Er beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben, und es sei ihm mit Wirkung spätestens ab Oktober 2014 mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im psychiatrischen Gutachten finde sich aktenwidrig die Aussage, es bestehe keine regelmässige ambulante Therapie und es finde auch keine psychopharmakologische Behandlung statt. Der Gutachter würdige die Retraumatisierungen seit seiner Jugend sowie die jahrelange Überforderung am Arbeitsplatz und dessen Verlust nicht, welche die früher kompensierte und überdeckte psychische Schwäche hätten hervortreten lassen. Am Vortag der neuropsychologischen Untersuchung habe er einen Halsnerv eingeklemmt und gegen die Schmerzen vom Hausarzt Morphium verschrieben erhalten. Zudem habe die Begutachtung bei einer Temperatur von über 30°C stattgefunden, weshalb nicht erstaune, dass die Ergebnisse nicht nachvollziehbar seien. Dass er bei schwierigen Aufgaben eine Leistung knapp unter dem Normbereich gezeigt habe, schliesse aus, dass er aggraviert habe. Ansonsten hätte er die Leistung bei den schwierigen Aufgaben bewusst zurückgenommen, nicht aber bei den einfachen Tests. Das psychiatrische Gutachten sei sehr knapp und erlaube gerade zu dieser Aussage weder Rückschlüsse noch Vergleichsmöglichkeiten. Das bei der neuropsychologischen Testung gezeigte Verhalten belege, dass während der Testung eine Blockade eingetreten sei. Aufgrund der wesentlichen Bedeutung der neuropsychologischen Testung sei das SMAB-Gutachten nicht verwertbar, und es sei ein nach Zufallsprinzip zu vergebendes polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Er habe dem Gutachter über seine Behandlung berichtet und diese sei aktenkundig. Die Stellungnahme vom 15. März 2016, dass dies (der Behandlungsumfang) dahingestellt bleiben könne, da jedenfalls mindestens von einer Aggravation ausgegangen werden müsse, sei sachfremd und belaste die Glaubwürdigkeit des Gutachtens. Ausgehend von einer im besten Falle noch erreichbaren 50 %igen Arbeitsfähigkeit ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 64 % und somit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 14. November 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Unter Verweis auf das



## St.Galler Gerichte

Gutachten vom 20. August 2015, auf die Stellungnahme des RAD vom 1. Februar 2016 und die Stellungnahme der SMAB AG vom 15. März 2016 führt sie aus, dem Gutachten der SMAB AG komme voller Beweiswert zu und es könne vollumfänglich darauf abgestellt werden (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 15. Februar 2017 macht der Beschwerdeführer insbesondere geltend, das Vorgehen bei der Bestimmung der Gutachterstelle sei unzulässig gewesen, weil sich schon von Anbeginn weg abgezeichnet habe, dass es nicht bei einem bidisziplinären Gutachten bleiben würde. Er nehme bei Schmerzexazerbationen, wie er sie am Tag vor der neuropsychologischen Testung erlitten habe, auch bereits vorhandene Medikamente ein. Er reicht dazu verschiedene Medikamentenlisten und Konsultationsberichte ein (Bericht Dr.med. Q.\_\_\_\_, Innere Medizin, vom 9. Februar 2015; Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital St. Gallen [KSSG] vom 16. Februar 2015; Stellungnahme Dr. F.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2016; Medikamentenliste des Beschwerdeführers vom 29. Januar 2017; act. G 10.1). Er befinde sich seit 15. Juli 2016 in Behandlung bei med.pract. R.\_\_\_\_, die ihn ebenfalls nach wie vor als arbeitsunfähig einschätze. Hierzu legt er Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vom 2. Dezember 2016 und vom 11. Januar 2017 sowie eine Vereinbarung zuhanden der Bewährungshilfe vom 22. Dezember 2016 (act. G 10.1) ins Recht. Weiter bringt er vor, es bestünden ein neuer Konflikt mit seiner Noch-Ehefrau und Selbstvorwürfe bezüglich eines sexuellen Missbrauchs, welchen seine Tochter habe erleben müssen, was eine zusätzliche relevante Belastung bedeute (act. G 10).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 12).

## Erwägungen

1.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und



nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Soweit die Beschwerden nicht empirisch-klinisch, anamnestisch oder bildgebend und/oder apparativ nachgewiesen werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4), ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann 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 (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum



Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).



2.

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 16. August 2016 bildet das Gutachten der SMAB-AG vom 20. August 2015 (IV-act. 65). Zunächst ist zu prüfen, ob es die formellen Kriterien erfüllt.

2.2 In einem Urteil vom 16. März 2015 befand es das Bundesgericht als zulässig, von der für polydisziplinäre Gutachten vorgesehenen Vergabe nach Zufallsprinzip (Art. 72bis Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) abzusehen, wenn sich im Rahmen einer bidisziplinären Begutachtung eine weitere Fachdisziplin als angezeigt erweise. Das ursprünglich in die Wege geleitete bidisziplinäre Gutachten sei vorschriftsgemäss angekündigt und seitens der versicherten Person nicht beanstandet worden (Urteil des Bundesgerichts vom 16. März 2015, 8C\_680/2014, mit Hinweis auf BGE 139 V 349). So verhält es sich auch vorliegend. Die neuropsychologische Untersuchung wurde nicht etwa beantragt und abgelehnt, sondern von der Gutachterstelle als notwendig erachtet und effektiv durchgeführt. Dafür, dass eine polydisziplinäre Begutachtung offenkundig notwendig gewesen wäre oder in Umgehungsabsicht nicht angeordnet wurde, finden sich keine Anhaltspunkte. Der RAD hatte am 8. April 2015 eine bidisziplinäre Begutachtung für notwendig erachtet, der Einbezug einer neuropsychologischen Abklärung erfolgte auf Initiative des psychiatrischen Gutachters (IV-act. 57; IV-act. 62). Dieser hielt eine neuropsychologische Begutachtung für erforderlich, da die Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich der Symptomatik nicht hätten nachvollzogen werden können; er habe Defizite beschrieben, die sonst nur bei Menschen mit Demenzen aufträten (IV-act. 65-32). Grund für die zusätzliche neuropsychologische Abklärung waren demnach die Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der psychiatrischen Begutachtung, womit der Beschwerdegegnerin kein zweckgerichtetes Vorgehen zu unterstellen ist. Zudem sind neuropsychologische Untersuchungsergebnisse im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung nur (- aber immerhin -) insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind und sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2009, 8C\_261/2009, E. 5.2, mit weiteren Verweisen). Die Neuropsychologie ist insofern der psychiatrischen Disziplin im Sinne einer Hilfsdisziplin beigeordnet. Dies spricht zusätzlich gegen die Notwendigkeit eines Vergabeverfahrens



für polydisziplinäre Gutachten. Dass die Beauftragung der SMAB AG nicht nach Zufallsprinzip erfolgte, führt damit nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens.

3.

3.1 Mithin ist das Gutachten inhaltlich auf seine Beweistauglichkeit zu prüfen.

3.2 Die orthopädische Gutachterin führte aus, der Versicherte beschreibe ständig auftretende Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule ohne Ausstrahlung oder Schmerzverstärkung beim Husten, Niessen und Pressen. Druckschmerzangaben über den Costotransversalgelenken des 1. bis 4. und des 10. bis 12. Brustwirbels stünden in wahrscheinlichem Zusammenhang mit der vermehrten Kyphose im oberen Anteil der Brustwirbelsäule und mit der radiologisch sichtbaren, generalisierten, im unteren BWS-Bereich teilweise überbrückenden Spondylosis. Die Druckschmerzangabe über den Facettengelenken L3/4 beidseits sei wahrscheinlich durch die radiologisch sichtbaren mässigen Spondylarthrosen der unteren lumbalen Wirbelsäule verursacht. Der kernspintomographische Befund einer osteodiskal bedingten Recessusstenose C4/5 und C5/6 beidseits sei in der altersgleichen allgemeinen Population häufig und bekanntlich ohne epidemiologisch belegten eigenständigen Krankheitswert (IV-act. 65-10, 46). Die beschriebenen Bildbefunde seien ohne klinisches Korrelat. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht anhand der aktuellen Befunde nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren (IV-act. 65-11, 46 f.). Auch Dr. F.\_\_\_\_ gab im Arztbericht vom 11. Februar 2015 (Posteingang IV-Stelle) an, es bestünden keine die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit einschränkende Befunde. Aus somatischer Sicht wäre eine wechselbelastende Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten und ohne vornübergeneigte Zwangshaltungen anzustreben. Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit verwies er auf Dr. H.\_\_\_\_ (IV-act. 49-2 ff.). Das orthopädische Teilgutachten wird durch die vorliegenden Akten oder den Beschwerdeführer nicht weiter in Frage gestellt. Aus somatischer Sicht ist somit von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

3.3 Die neuropsychologische Gutachterin führte aus, die Ergebnisse des Beschwerdeführers hätten bei einfachen Gedächtnisaufgaben unter dem Bereich von Demenzpatienten im fortgeschrittenen Stadium gelegen. Das Leistungsniveau liege



hingegen bei schwierigeren Aufgaben nur noch knapp unter dem Normbereich der Gesunden mit vergleichbarer Bildung. Dieses Profil mit schwersten Beeinträchtigungen bei einfachen Aufgaben und leichten Beeinträchtigungen bei schwierigen Untertests sei neuropsychologisch völlig unplausibel. In der Gesamtbetrachtung bestünden deutliche Hinweise auf eine suboptimale Leistungsmotivation in der Testsituation. Eine valide Erfassung kognitiver Defizite sei somit nicht möglich. Es ergäben sich Hinweise für vor allem nicht authentische neuropsychologische Störungen (IV-act. 65-54). Zum vom Beschwerdeführer erhobenen Einwand, bei einer bewussten Aggravation hätte er nicht bei den einfachen, sondern bei komplexeren Aufgaben gewollt ein schlechtes Ergebnis erzielt, nimmt der psychiatrische Gutachter Stellung, der Beschwerdeführer habe so geantwortet wie ein Mensch, der bewusst ein suboptimales Leistungsbild vorgebe. Beschwerdevalidierungstests seien "genau anders herum aufgebaut", wie der Beschwerdeführer vermute (IV-act. 81-2). Dazu führte RAD-Arzt Dr. O. \_\_\_ aus, Beschwerdevalidierungstests seien so angelegt, dass sich ohne testpsychologische Fachkenntnisse der Schwierigkeitsgrad während der Testung nicht erkennen lasse (Stellungnahme vom 1. Februar 2016, IV-act. 79-2). Gemeint sein dürfte damit der so genannte Testdeckeneffekt: Einige Tests wurden so konzipiert, dass sie eine Schwierigkeit vortäuschen, aber in Wirklichkeit so einfach sind, dass sie von den Exploranden (annähernd) fehlerfrei ausgeführt werden können. Erwartet wird also eine maximale Leistung und eine Punktezahl (score) im Bereich des Maximums ("der Decke"). Der Testdeckeneffekt beruht also darauf, dass die minimale Leistung für einen Maximalscore ausreicht und auch bei einer gewissen Funktionsbeeinträchtigung erwartet werden kann (Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung, Forschungsbericht Nr. 4/08, S. 24). Was die geltend gemachte Einnahme von Tramal bzw. Morphin sowie die Hitze anbelangt, hatte der Beschwerdeführer gegenüber der neuropsychologischen Gutachterin angegeben, aktuell wegen Armschmerzen Tramal und Morphin einzunehmen (IV-act. 65-51). Die Neuropsychologin hielt dazu fest, dass die Testergebnisse auch nicht mit der aktuellen Schmerzproblematik im linken Arm oder der Medikation erklärbar seien (IV-act. 65-54). Weiter ist aktenmässig lediglich belegt, dass dem Beschwerdeführer am 8. Februar 2015 im KSSG u.a. Tramal verschrieben und durch Dr. F. \_\_\_ erst am 28. Juli 2015, d.h. nach der neuropsychologischen Untersuchung am 22. Juli 2015, abgegeben wurde (Bericht der Klinik für



Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates KSSG vom 16. Februar 2015 mit Rezept; Schreiben Dr. F.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2016, act. G 10.1). Auch hätten die Wirkung der Medikamente und der heissen Witterung gemäss RAD-Arzt Dr. O.\_\_\_\_ zu einer konsistenten, testadäquaten Veränderung der einzelnen Testergebnisse und des testübergreifenden Ergebnismusters führen müssen (Stellungnahme vom 1. Februar 2016, IV-act. 79-2). Es ist demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass durch die vom Beschwerdeführer genannten Faktoren keine Verfälschung der Testresultate stattfand.

3.4 Neben den neuropsychologischen Testresultaten erhob der psychiatrische Gutachter Dr. L.\_\_\_\_ weitere Inkonsistenzen, namentlich zwischen den geltend gemachten Beschwerden und den erhobenen Befunden. Er führte aus, der Beschwerdeführer habe eine nicht nachvollziehbare Ausprägung der Symptomatik mit Defiziten, die sonst nur bei Menschen mit Demenzen aufträten, beschrieben (IV-act. 65-8). Der Beschwerdeführer berichte, er versuche während zwei Stunden zu arbeiten; für den Haushalt habe er eine Unterstützung. Weiter gehe er für eine bis zwei Stunden spazieren, mache Qi Gong und Rückengymnastik. Ansonsten schlafe er am Vor- und Nachmittag. Er sei vergesslich wie ein 99-Jähriger und könne bei seinem Mobiltelefon lediglich die Notizfunktion nutzen (IV-act. 65-25 f.). Die Angaben des Beschwerdeführers seien nicht mit einem psychiatrischen Störungsbild - insbesondere nicht mit demjenigen einer Depression - in Einklang zu bringen gewesen (IV-act. 81-1 f., IV-act. 65-9, 34). In der Untersuchung sei der formale Gedankengang geordnet gewesen. Merkfähigkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnis und Intelligenzniveau seien unauffällig gewesen. Die Grundstimmung sei ausgeglichen und die affektive Stimmungsfähigkeit nicht beeinträchtigt gewesen. Es habe keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz bestanden und es habe keine Interesselosigkeit, kein ausgewiesener Rückzug und keine Anhedonie erfragt werden können. Es hätten sich Hinweise auf eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung, nicht aber auf eine Persönlichkeitsstörung gefunden. Urteils- und Kritikfähigkeit seien erhalten gewesen (IV-act. 65-29 f.). Die Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, zur Flexibilität und Umstellung, zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen und zu Spontan-Aktivitäten, zur



Selbstpflege sowie die Verkehrsfähigkeit seien nicht beeinträchtigt (IV-act. 65-36). Der psychiatrische Gutachter schloss aus den erwähnten Inkonsistenzen auf Simulation oder Aggravation und diagnostizierte eine (aggravierte) Neurasthenie sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkten (IV-act. 65-8, 32 ff.).

3.5 Zur vom behandelnden Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierten Depression führte der psychiatrische Gutachter an, es sei nicht erklärbar, warum ein depressives Krankheitsbild über einen derart langen Zeitraum, trotz einer massiven therapeutischen Intervention, nahezu unverändert persistiere beziehungsweise laut den Angaben des Versicherten sogar noch zunehme (IV-act. 65-32). Die Intensität einer dreimal wöchentlichen Therapie entspräche bei den geltend gemachten Beschwerden nicht den gültigen Leitlinien (IV-act. 65-34). Diese Einschätzung wird durch Dr. P.\_\_\_\_ bestätigt, der - im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten und zur Vorgutachterin Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. Arztberichte Dr. H.\_\_\_\_ vom 20. April 2014, IV-act. 31, und vom 25. September 2014, IV-act. 41; Gutachten Dr. J.\_\_\_\_ vom 3. September 2014, Fremdakten, act. 2-2 ff.; Austrittsbericht Klinik K.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2014, IV-act. 49-10 ff.) - eine Depression ebenfalls ausschloss und ausführte, die Therapie sei als solche unter dem "Deckmantel" einer schweren Depression durchgeführt worden. Die Therapiehäufigkeit von drei Sitzungen wöchentlich sei nicht plausibel. Der Beschwerdeführer selbst gebe an, dass er unter den Medikamenten nun zwei Jahre lang eigentlich ständig müde gewesen sei und keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung erlitten habe (Fremdakten, act. 4-5 f.). Dr. P.\_\_\_\_ erfasste die Auswirkungen der in letzter Zeit für den Beschwerdeführer belastenden Situation als Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22; Fremdakten, act. 4-7) und hielt ein "Absitzen" der Therapie mit Blick auf eine IV-Berentung ebenfalls für möglich (Fremdakten, act. 4-6). Dr. J.\_\_\_\_ hatte in ihrem Gutachten vom 3. September 2014 aufgrund der von ihr diagnostizierten mittelschweren depressiven Episode zwar eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert, jedoch abschliessend festgehalten, es handle sich um ein behandelbares Leiden, welches keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründe (Fremdakten, act. 2-11 f., 13). Dr. L.\_\_\_\_ erhob im Befund sodann Hinweise auf eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung, nicht aber auf eine Persönlichkeitsstörung (IV-act. 65-30). Dr. P.\_\_\_\_ hielt zur Persönlichkeit des Beschwerdeführers fest, die Zuneigungs-



Geltungs- und Aufmerksamkeitsbedürftigkeit, sein Wunsch nach einer starken männlichen Identität, seine Identitätsunsicherheit deswegen und die sehr grossen Minderwertigkeitsgefühle seien sicher nahe an einer Persönlichkeitsstörung (akzentuierte Persönlichkeitszüge, ICD-10: Z73.1), oder das Störungsmass sei gemäss ICD-10 erfüllt (kombinierte Persönlichkeitsstörung, ICD-10: F61). Grundsätzlich würde der Beschwerdeführer bei günstiger Umgebung, d.h. mit ihm wohlwollenden Menschen, die ihn in seinen Minderwertigkeitsgefühlen nicht ständig kränkten, womöglich gut funktionieren, wäre auch arbeitsfähig (Fremdakten, act. 4-7). Die Beurteilungen von Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ stimmen somit auch darin überein, dass grundsätzlich keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Persönlichkeitsstörung besteht. Eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erhoben auch Dr. J.\_\_\_\_ (Fremdakten, act. 2-8 ff.) und die behandelnden Fachärzte (vgl. Arztberichte Dr. H.\_\_\_\_ vom 20. April 2014, IV-act. 31, und vom 25. September 2014, IV-act. 41; Austrittsbericht Klinik K.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2014, IV-act. 49-10 ff.) nicht.

3.6 Zusammenfassend stellte nicht nur der Gutachter der SMAB, Dr. L.\_\_\_\_, keine die Arbeitsfähigkeit auf Dauer einschränkende psychiatrische Erkrankung fest, sondern auch Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ kamen zu diesem Ergebnis. Ob zusätzlich aufgrund einer fehlenden leitliniengerechten Behandlung auf einen nicht ausgeprägten Leidensdruck geschlossen werden kann (so Dr. L.\_\_\_\_, IV-act. 65-35), erweist sich in Anbetracht der neuropsychologischen Testergebnisse und der in der psychiatrischen Untersuchung erhobenen Befunde und Inkonsistenzen als von untergeordneter Bedeutung. Immerhin ist hierzu anzumerken, dass der Beschwerdeführer gegenüber dem psychiatrischen Gutachter angab, er nehme 375 mg Mefenacid (ein Schmerzmittel) ein (IV-act. 65-26), während vom behandelnden Psychiater und den neuropsychologischen und orthopädischen Gutachterinnen eine antidepressive Medikation mit Venlafaxin und Trittico (beides Antidepressiva, vgl. [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)) erwähnt wird (Arztbericht Dr. H.\_\_\_\_ vom 8. März 2015, IV-act. 54-2; orthopädisches Teilgutachten IV-act. 65-40, 51). Bei der Festnahmeeröffnung am 1. April 2016 erklärte der Beschwerdeführer, 375 mg Venlafaxin einzunehmen, wobei eine vorübergehend in seinem Haushalt lebende Person offenbar ausgesagt hatte, er habe die Medikamente nicht eingenommen, da er davon müde geworden sei (Fremdakten, act. 4-45 f.). Dies erscheint auch angesichts seiner Äusserung gegenüber Dr. P.\_\_\_\_, dass er unter deren Wirkung nun zwei Jahre



lang eigentlich ständig müde gewesen sei (Fremdakten, act. 4-6), als plausibel. In der Vorabstellungnahme von Dr. P.\_\_\_\_ wird zudem festgehalten, dass man bei der Hausdurchsuchung diverse volle Packungen Medikamente gefunden haben soll (Fremdakten, act. 4-6).

3.7 Gesamtbetrachtend ist das SMAB-Gutachten schlüssig und nachvollziehbar. Im Konsens wurden die massgeblichen Indikatoren gemäss strukturiertem Beweisverfahren abgehandelt (IV-act. 65-20 ff.). Auffällig erscheint schliesslich, dass der Beschwerdeführer einerseits Schlafstörungen beklagte (Gutachten Dr. J.\_\_\_\_, Fremdakten, act. 2-8) und andererseits angab, bis zu 16 Stunden zu schlafen (psychiatrisches Teilgutachten, IV-act. 65-26; Vorabstellungnahme Dr. P.\_\_\_\_, Fremdakten, act. 4-6). Ebenso fällt auf, dass sich der Beschwerdeführer gegenüber dem Krankentaggeldversicherer und dessen Gutachterin als selbständigerwerbender Treuhänder mit einem jährlichen Einkommen von mehr als Fr. 100'000.-- präsentierte (Fremdakten, act. 1-3 und 2-3) diese selbständige Tätigkeit im IV-Verfahren demgegenüber nicht erwähnte bzw. als minimal darstellte (vgl. IV-act. 12-4 und 15-5). Weiterer Klärungsbedarf besteht jedoch nicht. Es ist vielmehr gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit auszugehen. Retrospektiv attestierten die Gutachter der SMAB AG dem Beschwerdeführer eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit lediglich für die Zeiten der Hospitalisationen (IV-act. 65-16, 36 f., 48). Von einer länger dauernden insbesondere depressionsbedingten Arbeitsunfähigkeit ist demnach nicht auszugehen.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der



Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.