

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/315 vom 4. April 2014**

Sg Versicherungsgericht, 2014-04-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2016\\_315](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_315)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/315 du 4 avril 2014

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/315 del 4 aprile 2014

## **Regeste**

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).

## **Erwägungen**

### **E. 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).

## **E. 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 Beweismwürdigung 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.

### **E. 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 entspreche 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.

#### **E. 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. 1bis 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.

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