



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 23. Januar 2020 (720 19 337 / 20)

Invalidenversicherung

Würdigung des medizinischen Sachverhalts. Die IV-Stelle hat diesen vollständig abgeklärt.

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus,
Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin i.V. Esther Zäch

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Der 1959 geborene A.____ war zuletzt als Geschäftsführer der B.____ GmbH tätig. Unter Hinweis auf eine koronare Herzerkrankung und Herzinfarkte im August 2000 und Februar 2012 meldete er sich am 7. Mai 2012 (Eingang) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Vornahme der gesundheitlichen, beruflichen und erwerblichen Abklärungen sowie Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) dem Versicherten mit Verfügung vom 11. September 2019 rückwirkend

ab dem 1. September 2016 eine ganze Rente basierend auf einem IV-Grad von 70 % zu. Mit Verfügungen vom gleichen Tag wurde die Gewährung zweier Kinderrenten festgehalten. Für den Zeitraum vom 1. Februar 2013 bis zum 31. August 2016 lehnte die IV-Stelle den Rentenanspruch ab.

B. Gegen diese Verfügungen erhob A.____, damals vertreten durch Advokat Jürg Tschopp, mit Eingabe vom 11. Oktober 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beehrte, die Verfügungen der IV-Stelle vom 11. September 2019 seien aufzuheben und ihm sei ab dem 1. Februar 2013 durchgehend eine volle Invalidenrente samt Kinderrenten zuzusprechen. Eventualiter sei bei Notwendigkeit eines neuen Gutachtens dieses direkt vom Gericht in Auftrag zu geben. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, die im Gutachten der Swiss Medical Assessment- and Business-Center AG (SMAB) vom 4. November 2018 festgestellte Einschränkung der Leistungsfähigkeit habe bereits seit Oktober 2012 – und nicht erst seit Juni 2016 – bestanden. Trotz eindeutigen Hinweisen und Aufforderungen habe es die IV-Stelle unterlassen, die notwendigen Abklärungen in die Wege zu leiten.

C. Mit Vernehmlassung vom 6. November 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung des Kantonsgerichts vom 15. November 2019 wurden die Beweisanträge des Beschwerdeführers im Rahmen des Instruktionsverfahrens abgewiesen. Gleichzeitig wurde der Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen. Mit Schreiben vom 29. November 2019 reichte Advokat Jürg Tschopp dem Kantonsgericht seine Honorarnote ein und teilte zugleich mit, dass er den Beschwerdeführer nicht mehr vertrete.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Die Rente wird gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder länge-

re Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 29 E. 1).

3.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 133 E. 2, 114 V 310 E. 3c, 105 V 156 E. 1 in fine).

3.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

3.4 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8b, je mit Hinweisen).

3.5 Laut Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG hat der Versicherungsträger im Hinblick auf die Ermittlung des Rentenanspruchs die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Die medizinische Abklärung der objektiven Gesundheitsschäden bildet dabei eine unabdingbare gesetzlich verankerte Voraussetzung für die Zusprache einer Leistung der Invalidenversicherung (Art. 7 Abs. 2, Art. 16, Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Versicherer befindet darüber, mit welchen Mitteln er den rechtserheblichen Sachverhalt abklärt. Im Rahmen der Verfahrensleitung hat er einen grossen Ermessensspielraum hinsichtlich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 126 V 353 E. 5b) entscheiden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 12. März 2010, 9C_28/2010, E. 4.1 mit Hinweisen).

4. Der strittigen Angelegenheit liegen diverse ärztliche Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden sollen jedoch lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

4.1 Dr. med. C.____, FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 2. November 2013 beim Versicherten unter anderem einen Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit verminderter Leistungsfähigkeit, Müdigkeit und Erschöpfung bei koronarer 3-Ast-Erkrankung und generalisiertem muskulo-skelettalem Schmerzsyndrom wahrscheinlich multifunktionaler Genese. Im Bericht wurde die Leistungseinschränkung mit Müdigkeit und Erschöpfung im Kontext mit dem zweiten Herzinfarkt abgehandelt. Lediglich am Schluss wurde geäussert, möglicherweise sei die Anpassungsstörung stark mitverantwortlich für die verminderte Belastbarkeit des Patienten. In der Folge führte Dr. C.____ aus, eine psychiatrische Exploration bezüglich der Anpassungsstörung habe bisher nicht stattgefunden. Möglicherweise könne diese mit einer begleitenden psychotherapeutischen Gesprächstherapie, kombiniert mit medi-

kamentöser Therapie, zur Verbesserung der Gesamtsituation führen. Dr. C.____ attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ab dem 1. Juni 2012, von 30 % ab dem 1. Juli 2013 und von 40 % ab dem 14. Oktober 2013.

4.2 Im polydisziplinären Gutachten (Innere Medizin, Rheumatologie, Kardiologie, Psychiatrie) des Zentrums für Medizinische Begutachtung (ZMB) vom 25. März 2014 wurden beim Versicherten in psychiatrischer Hinsicht akzentuierte Persönlichkeitszüge mit leistungsorientierten Anteilen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Diese Diagnosen seien jedoch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherte zeige eine deutliche Somatisierung mit entsprechendem somatisch orientiertem Krankheitskonzept. Er befinde sich in situationsadäquater, modulationsfähiger, vielleicht phasenweise etwas verunsicherter und leicht bedrückter Stimmung. Kognitive Störungen könnten klinisch nicht erhoben werden. Nach Analyse der Förster-Kriterien könne eine relevante komorbide psychische Störung, wie z.B. eine depressive Störung, eine Angststörung oder eine Persönlichkeitsstörung nicht diagnostiziert werden.

4.3 PD Dr. D.____, Eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut und Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, nahm in seiner Einschätzung vom 4. Juli 2014 insbesondere Stellung zum Gutachten des ZMB vom 25. März 2014. Er hielt fest, dass zum damaligen Zeitpunkt nur ein Fünftel der vom Patienten beklagten Beschwerden untersucht und dieser Fünftel nur auf 10 % der relevanten Tätigkeit hin diskutiert worden sei. Nach Vornahme eigener Untersuchungen hinsichtlich des Schlafes des Versicherten, dessen Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme sowie dessen Schmerzen, kam er zum Schluss, dass für eine detaillierte Abklärung unter anderem zwingend eine neuropsychologische Funktionsprüfung durchgeführt werden müsse.

4.4 Mit Bericht vom 15. August 2014 nahm Dr. med. E.____, FMH Physikalische und Rehabilitative Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), Stellung zum Bericht von PD Dr. D.____ und hielt fest, dieser Bericht sei nicht geeignet, Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens des ZMB vom 25. März 2014 aufkommen zu lassen oder an der Fachkompetenz der involvierten fachärztlichen Gutachter zu zweifeln. Auf wiederholte Intervention des damaligen Vertreters des Beschwerdeführers hielt Dr. E.____, RAD, am 21. Oktober 2014 daran fest, dass am ZMB-Gutachten festgehalten werden könne und keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig seien. Der Beschwerdeführer habe zwar beim ZMB subjektiv über kognitive Defizite geklagt, jedoch hätten sich diese bei der Exploration nicht objektivieren lassen. Dadurch habe auch keine Indikation für eine neuropsychologische Testung erhoben werden können. Dies wurde letztlich durch eine Stellungnahme des ZMB vom 26. Oktober 2015 bestätigt.

4.5 Im Juni 2016 begab sich der Versicherte in der F.____ in Behandlung. Dabei wurden unter anderem eine mittelschwere bis knapp schwere neuropsychologische Störung, eine chronische Schlafstörung mit schwerer Durchschlafstörung sowie leichtem obstruktivem Schlafapnoesyndrom und eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert.

4.6 In der polydisziplinären Begutachtung der SMAB vom 4. November 2018 fanden interistische, psychiatrische, orthopädisch-/traumatologische, neurologische sowie neuropsychologische Untersuchungen statt. Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode; mittelgradige bis teilweise schwere neuropsychologische Störung mit Verlangsamung und Gedächtnisstörungen; vaskuläre Enzephalopathie; chronisches subakromiales Impingement und Tendinosis Calcarea Schulter rechts bei Partialruptur/Degeneration der Supraspinatus- und Subscapularissehne, Bursitis subdeltoida mit Schmerzen und leichtgradiger Funktionseinschränkung beim Hochnehmen des rechten Arms. In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass eine depressive Symptomatik zum Zeitpunkt des Gutachtens des ZMB vom 25. März 2014 noch nicht objektivierbar gewesen sei. Der Einspruch von PD Dr. D. _____ sei schwierig zu bewerten, da die damals beschriebenen Gedächtnisprobleme und Konzentrationsschwierigkeiten im Rahmen der Begutachtung nicht hätten objektiviert werden können und die späteren neuropsychologischen Testungen erst zwei Jahre später durchgeführt worden seien. Sowohl auf neurologischem als auch auf neuropsychologischem Gebiet könne die Arbeitsfähigkeit nur ab Juni 2016 gesichert festgelegt werden, da davor keine neuropsychologischen Befunde vorliegen würden. Aus polydisziplinärer Sicht werde zwischen Februar 2012 und Ende Mai 2012 aufgrund des Herzinfarktes eine Aufhebung der Arbeitsfähigkeit angenommen. Zwischen Juni 2012 und September 2012 könne im Rahmen der Rekonvaleszenz von einer Arbeitsfähigkeit zu 50 % ausgegangen werden. Seit mindestens Juni 2016 (Untersuchungszeitpunkt in der F. _____) werde beim Versicherten eine Restarbeitsfähigkeit von 30 % in der angestammten Tätigkeit und von 30 - 40 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit aufgrund der mittelschweren Funktionsdefizite – im weiteren Verlauf zusätzliche Beeinflussung durch die depressive Erkrankung – eingeschätzt.

4.7 Im Bericht vom 30. November 2018 hielt Dr. E. _____, RAD, fest, auf das Gutachten der SMAB vom 4. November 2018 könne abgestellt werden. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit für den Zeitraum vom Oktober 2012 bis Mai 2016 sei auf 30 % festzusetzen, da in jener Zeit noch kein kognitives Defizit bzw. keine Depression habe objektiviert werden können. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit setzte sie für diesen Zeitraum auf 80 % fest. Ergänzend hielt sie im Bericht vom 24. Oktober 2019 fest, die neurologisch-gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 30 % sei erst ab Juni 2016, mit Verweis auf die Untersuchung der F. _____ vom Juni 2016, festgehalten worden.

5. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. September 2019 vollumfänglich auf das Gutachten der SMAB vom 4. November 2018. Zunächst kann diesbezüglich festgehalten werden, dass dieses Gutachten grundsätzlich den Anforderungen an ein medizinisches Gutachten entspricht. Es wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Die geklagten Beschwerden werden berücksichtigt und die gutachterlichen Schlussfolgerungen betreffend Diagnosen und Arbeitsfähigkeit erscheinen schlüssig (vgl. E. 3.3). Überdies ist anzumerken, dass dies im Grundsatz auch der Beschwerdeführer anerkennt.

6.1 Streitig und zu prüfen ist hingegen, seit wann die im Gutachten des SMAB vom 4. November 2018 festgestellte Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestanden hat. Fraglich ist insbesondere, ob sich aus den Akten aus dem Zeitraum vor der Untersuchung in der F.____ im Juni 2016 Hinweise auf eine neurologisch bzw. neuropsychologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ergeben, und ob die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen wäre, zu einem früheren Zeitpunkt Abklärungen in die Wege zu leiten.

6.2 Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, die im Gutachten der SMAB vom 4. November 2018 festgestellte Einschränkung der Leistungsfähigkeit – insbesondere in neuropsychologischer Hinsicht – habe bereits früher bestanden. Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, trotz eindeutiger Hinweise und Aufforderungen, die notwendigen Abklärungen in die Wege zu leiten. Er habe aus eigener Initiative getan, was er habe tun können. Zusätzlich kritisiert er das Gutachten des ZMB vom 25. März 2014. Es sei entgegen seines Antrags bei dieser gutachterlichen Abklärung keine neuropsychologische Abklärung durchgeführt worden. Die begutachtende Psychiaterin habe seine Leistungsfähigkeit in keiner Weise eruiert. Kognitive Störungen hätten nicht erhoben werden können. Dabei seien keine Angaben darüber gemacht worden, wie solche überhaupt geprüft würden. Die psychischen Beeinträchtigungen seien nach bereits damals veralteten und inzwischen unzulässig erklärten Förster-Kriterien verneint worden. Mindestens in Bezug auf psychische Beeinträchtigungen sei dieses Gutachten des ZMB aufgrund der damals geltenden Regeln unbrauchbar und nicht schlüssig gewesen.

6.3 Die Beschwerdegegnerin bringt hiergegen vor, die neurologisch-gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 30 % im Gutachten der SMAB vom 4. November 2018 sei nicht bereits seit Februar 2013 attestiert worden, sondern erst seit Juni 2016. Zum retrospektiven Verlauf der zumutbaren Arbeitsfähigkeit werde in diesem Teilgutachten explizit festgehalten, dass mangels älterer neuropsychologischer Befunde keine sichere Aussage über die Arbeitsfähigkeit im Zeitraum davor gemacht werden könne. Schliesslich könne auf die Berichte des Hausarztes Dr. C.____ vom 2. November 2013 und von PD Dr. D.____ vom 4. Juli 2014 nicht abgestellt werden, da diese keinerlei objektiven Befunde enthalten und lediglich subjektiv beklagte Beschwerden des Versicherten wiedergeben würden. Für eine neuropsychologische Begutachtung im Jahr 2013 habe es damals keine Hinweise gegeben.

7.1 Vorab ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde explizit anerkennt, dass die ersten neuropsychologischen Befunde erst im Juni 2016 in der F.____ erhoben worden sind.

7.2 Zunächst beruft sich der Beschwerdeführer auf den Bericht von Dr. C.____ vom 2. November 2013. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann aus diesem Bericht kein hinreichend konkreter Hinweis auf ein neurologisches bzw. neuropsychologisches Geschehen bzw. die Notwendigkeit solcher Abklärungen entnommen werden. Lediglich am Rande wird erwähnt, dass die Anpassungsstörung möglicherweise mitverantwortlich für die verminderte Belastbarkeit des Patienten sei. Auch ist darauf hinzuweisen, dass der Hausarzt keine neuropsychologische Untersuchung, sondern eine psychiatrische Exploration empfiehlt. Zudem wurde der Beschwerdeführer nicht an einen Neurologen überwiesen.

7.3 Weiter stützt sich der Beschwerdeführer auf die Einschätzung von PD Dr. D.____ vom 4. Juli 2014. Dieser hielt fest, dass im Hinblick auf die Konzentrations- und Gedächtnisprobleme zwingend eine neuropsychologische Funktionsprüfung durchgeführt werden müsse. Jedoch ist anzumerken, dass auch in dieser Phase weder auf Überweisung des Hausarztes noch auf Eigeninitiative eine neuropsychologische Untersuchung erfolgt ist.

7.4 Aufgrund der dargelegten Aktenlage ist zwar davon auszugehen, dass es ab dem Bericht von PD Dr. D.____ vom 4. Juli 2014 Hinweise für eine mögliche neurologische Einschränkung gab. Jedoch ist angesichts der insoweit klaren Aussagen im Gutachten des ZMB vom 25. März 2014 sowie des Fehlens neurologischer bzw. neuropsychologischer Arztberichte das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer hätte sich – gegebenenfalls mittels Überweisung durch den Hausarzt – aus eigenem Antrieb in eine neurologische Fachbehandlung begeben können, was unterblieben bzw. erst im Juni 2016 erfolgt ist. Vor diesem Hintergrund kann die späte Abklärung durch die F.____ bzw. die weiteren involvierten Institute nicht der Beschwerdegegnerin angelastet werden. Die Beschwerdegegnerin hat ihr Ermessen zur Beurteilung der Notwendigkeit von medizinischen Abklärungen (vgl. E. 3.5) pflichtgemäss ausgeübt. Zudem ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (vgl. E. 3.4), dass bereits vor Juni 2016 relevante neuropsychologische Probleme bestanden haben. Nach dem Gesagten ist auch die Einschätzung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit durch das Gutachten der SMAB vom 4. November 2018 nicht zu beanstanden. Vielmehr ist davon auszugehen, dass erst aufgrund der Abklärung in der F.____ im Juni 2016 eine verlässliche Beurteilung der entsprechenden Einschränkungen möglich war.

7.5 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass auf das Gutachten der SMAB vom 4. November 2018 vollumfänglich abgestellt werden kann. Die Beschwerdegegnerin war nicht verpflichtet, den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus neuropsychologischer Sicht bereits vor Juni 2016 abklären zu lassen. Die Vornahme eines Gerichtsgutachtens gemäss Eventualantrag erübrigt sich. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf weitere Abklärungen verzichtet werden. Eine solche antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (vgl. BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

8.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 2.3 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Der Beschwerdeführer wendet gegen diesen Einkommensvergleich ein, beim Valideneinkommen hätte die Beschwerdegegnerin nicht von einem Einkommen von Fr. 135'000.-- ausgehen dürfen. Sie hätte das zuletzt erzielte Jahreseinkommen von Fr. 180'000.-- berücksichtigen müssen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu keine Stellung genommen.

8.2 Vorab erscheint unklar, ob sich der Beschwerdeführer bei dieser Rüge nur auf die Zeit vor der Rentenzusprache bezieht. Davon ist wohl auszugehen, da die Divergenz für den Zeitraum ab dem 1. Juni 2016 lediglich bei rund einem halben Prozent läge und nichts an der Zusprache einer ganzen Rente ändern würde. Für die Zeit vor Juni 2016 ist die Rüge aber insoweit irrelevant, als der Beschwerdeführer lediglich von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % ausgeht. Nach dem Gesagten kann dieser Auffassung gestützt auf das Gutachten der SMAB vom 4. November 2018 nicht gefolgt werden. Anzumerken ist, dass die Auffassung des Beschwerdeführers auch insoweit fehlgeht, als die Beschwerdegegnerin dargelegt hat, weshalb von Tabellenlöhnen ausgegangen worden ist. Insoweit setzt sich der Beschwerdeführer mit der Begründung der Beschwerdegegnerin nicht auseinander. Unklar erscheint schliesslich die Beanstandung eines Valideneinkommens von Fr. 135'000.--, da ein solches an keiner Stelle erscheint. Die Beschwerdegegnerin hat in der streitigen Periode ein Invalideneinkommen von Fr. 134'758.-- angenommen. Insgesamt erweisen sich somit die Einwände des Beschwerdeführers betreffend den Einkommensvergleich als unbegründet.

8.3 Es ergeben sich aus den Akten zudem keine Hinweise, dass im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung vorzunehmen wäre. Somit erübrigen sich weitere Ausführungen zum Einkommensvergleich. Demnach liegt der Invaliditätsgrad ab dem 1. Juni 2016 bei 70 %, womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente hat. Da eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961), wurde die Rente zu Recht ab dem 1. September 2016 zugesprochen. Auch die Zusprache der Kinderrenten ab dem 1. September 2016 ist nicht zu beanstanden, weil solche gemäss Art. 35 IVG nur zugesprochen werden können, wenn einer Person eine Invalidenrente zusteht.

9. Aus dem Gesagten folgt, dass sich die Beschwerde als unbegründet erweist und somit abzuweisen ist.

10. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung auszurichten.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.