



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 9. Juli 2020 (720 19 390 / 162)**

---

**Invalidenversicherung**

**Medizinischer Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt, Rückweisung an die Vorinstanz**

**Besetzung** Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

**Betreff** IV-Rente

A.1 Der 1972 geborene A.\_\_\_\_ war vom 14. September 2000 bis 30. September 2003 bei der B.\_\_\_\_AG als Verkäufer tätig. Am 13. November 2003 meldete er sich unter Hinweis auf Rückenbeschwerden erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) einen Anspruch von A.\_\_\_\_ auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 4. Januar 2006 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 0 % ab. Auf die dagegen erhobene Einsprache trat sie nicht ein (Einspracheentscheid vom 7. August 2006). Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

A.2 Am 13. März 2008 meldete sich A.\_\_\_\_ erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 1. Juli 2008 trat diese auf das neue Leistungsbegehren nicht ein. Begründend hielt sie fest, der Versicherte habe nicht glaubhaft gemacht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit dem Einspracheentscheid vom 7. August 2006 wesentlich verändert hätten.

A.3 Seit dem 1. September 2009 (IK-Auszug; act. 57) war A.\_\_\_\_ als selbständigerwerbender Automechaniker tätig. Am 19. Mai 2016 erlitt er einen Verkehrsunfall. Am 27. April 2017 meldete er sich unter Hinweis auf unfallbedingte Beschwerden wiederum bei der IV zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle führte in der Folge erwerbliche Abklärungen durch, zog die Akten der zuständigen Unfallversicherung (C.\_\_\_\_AG) bei, darunter namentlich ein Gutachten der SMAB (Swiss Medical Assessment and Business-Center) AG vom 20. September 2017, und holte selbst medizinische Berichte ein. Mit Verfügung vom 30. Oktober 2019 verneinte sie einen Anspruch von A.\_\_\_\_ auf eine Invalidenrente. Zur Begründung hielt sie fest, dass das Wartejahr nicht erfüllt sei und keine Erwerbsunfähigkeit von 40 % vorliege.

B. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Markus Schmid, am 5. Dezember 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 30. Oktober 2019 aufzuheben und es sei ihm ab 1. Oktober 2017 basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Verfügung vom 30. Oktober 2019 aufzuheben und zur Beurteilung seines Leistungsanspruchs ein gerichtliches Gutachten, mindestens in den Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie, einzuholen und danach über den Anspruch auf IV-Leistungen erneut zu entscheiden. Subeventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, ein medizinisches Gutachten, mindestens in den Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie, einzuholen und es sei nach Vorliegen des Gutachtens neu über den Leistungsanspruch zu entscheiden; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 20. Februar 2020 schloss die IV-Stelle unter Hinweis auf die Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, vom 18. Dezember 2019, und Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Dezember 2019, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), auf Abweisung der Beschwerde.

D. Am 9. März 2020 zog das Kantonsgericht bei der C.\_\_\_\_AG die Akten des Versicherten bei.

E. Am 26. März 2020 rügte der Beschwerdeführer, dass das Vorgehen der IV-Stelle, welche im Rahmen der Vernehmlassung Berichte des RAD eingereicht habe, gegen die Waffengleichheit verstosse, da er nicht in der Lage sei, ärztliche Beurteilungen zu den Ausführungen des RAD ins Recht zu legen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 5. Dezember 2019 ist demnach einzutreten.

2. In verfahrensrechtlicher Hinsicht rügt der Beschwerdeführer vorab eine Verletzung des Prinzips der Waffengleichheit. Es trifft zu, dass es der Verwaltung grundsätzlich verwehrt ist, nach Einreichung des Rechtsmittels weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen, soweit sie den Streitgegenstand betreffen und auf eine allfällige Änderung der Verfügung durch Erlass einer neuen abzielen (vgl. BGE 136 V 5, E. 2.5 mit Hinweis auf BGE 127 V 231, E. 2b/aa; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Januar 2014, 8C\_410/2013, E. 5.2). Erlaubt sind der Verwaltung demgegenüber in aller Regel punktuelle Abklärungen (wie das Einholen von Bestätigungen, Bescheinigungen oder auch Rückfragen bei medizinischen Fachpersonen oder anderen Auskunftspersonen). Vorliegend beschränkte sich die Beschwerdegegnerin darauf, im Rahmen der Vernehmlassung beim RAD zwei (bestätigende) Stellungnahmen einzuholen. Sie änderte ihren Entscheid nach dieser Beweiserhebung jedoch nicht und die Abklärungsmassnahme hatte keine Verlängerung des vorliegenden Verfahrens zur Folge, da sie innerhalb der vom Gericht angesetzten Frist zur Vernehmlassung durchgeführt wurde. Eine Missachtung des Devolutiveffekts liegt nicht vor. Ebenso wenig wurden die Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers tangiert. Die Rüge der Verletzung der Waffengleichheit ist daher nicht stichhaltig.

3. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2). Später eingereichte ärztliche Berichte sind aber ausnahmsweise zu berücksichtigen, wenn daraus Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gezogen werden können (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in fine).

4.1 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).

4.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

4.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, 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.

4.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

5.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.3 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 mit Hinweis).

5.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Demgegenüber kommt Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C\_879/2014, E. 5.3). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des bzw. der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes bzw. Ärztin einerseits und von Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten und Expertinnen andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen wichtige – und nicht rein

subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

6. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

7.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

7.2 Gemäss Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 20. Mai 2016 zog sich der Versicherte beim Verkehrsunfall vom 19. Mai 2016 ein stumpfes Thorax- und Abdominaltrauma aufgrund einer Kontusion der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (HWS, BWS, LWS) sowie der linken Schulter zu.

7.3 Laut Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 21. November 2016 wurden im MRI der HWS eine mässige Degeneration der HWK4-7 mit Bandscheibenprotrusionen, ein enges Neuroforamen C6 linksseitig mit möglicher Kompression unter Belastung, eine medio-linkslaterale Diskusextrusion HWK6/7 ohne Wurzelaffektion und vermehrte Halslymphknoten festgestellt.

7.4 Am 30. November 2016 hielten die behandelnden Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_\_ fest, dass sich beim Versicherten eine Instabilität der HWK4/5 sowie auf der Höhe der HWK5/6 eine Bandscheibenprotrusion mit Einengung der Nervenwurzel C6 zeige. Der Versicherte sei seit dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig.

7.5 Im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2016 wurde festgehalten, dass der elektrophysiologische Befund unauffällig sei. Auch klinisch-neurologisch würden sich keine eindeutig objektivierbaren fokal-neurologischen Defizite finden, die eine eindeutige strukturelle Nervenkompression belegen würden. Aufgrund der intermittierend einschliessenden neuralgieformen Schmerzen sei jedoch eine Irritation der Wurzel C6 links bei radikulärer Enge in dieser Höhe nicht vollständig auszuschliessen. Bei fehlender Besserung wäre ein operatives Vorgehen zu überlegen.

7.6 Am 4. April 2017 diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, ein chronisches Schmerzsyndrom im Hinterkopf, Nacken und Armbereich links mehr als rechts (ICD-10 M54.00) und einen Status nach Unfallereignis am 19. Mai 2016 (ICD-10 S13.4). Der Versicherte leide seit dem Un-

fall unter einem fortgesetzten Schmerzsyndrom. Die Schmerzen seien nur wenig beeinflussbar, zudem diffus und unspezifisch. In der rheumatologischen Untersuchung würden sich nicht konsistente, mehrfach widersprüchliche Befunde zeigen. Die durchgeführte Sonographie beider Schultergelenke sei unauffällig. Die Bildgebung der HWS zeige leichte bis höchstens mässige degenerative Veränderungen. Eine relevante Instabilität sei auszuschliessen. Das Beschwerdebild sei aus rheumatologischer Sicht nicht zu erklären. Aufgrund der somatischen Untersuchungsbefunde könne auch für Verweistätigkeiten seit Januar 2017 keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden. Für eine langfristige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse allenfalls ein interdisziplinäres Gutachten in Betracht gezogen werden.

7.7 Die Unfallversicherung veranlasste eine polydisziplinäre (orthopädisch/traumatologisch-psychiatrisch-neurologische) Begutachtung bei der SMAB AG. Am 20. September 2017 diagnostizierte die untersuchende Ärzteschaft ein stumpfes Thorax- und Abdominaltrauma vom 19. Mai 2016 mit/bei Kontusion der HWS, BWS und LWS sowie der linken Schulter ohne Nachweis struktureller Verletzungen, eine chronische Zervikobrachialgie linksbetont bei mässigen Degenerationen der mittleren und unteren HWS mit medio-linkslateraler Diskushernie HWK6/7 und Neuroforamenenge C6 links, einen Gelenkschmerz in der linken Schulter mit demonstrierter Funktionseinschränkung ohne Nachweis einer posttraumatischen Verletzung oder Strukturveränderung und einen chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp. Im Vordergrund der Beschwerdesymptomatik stehe eine linksbetonte Zervikobrachialgie. Bei der klinischen Untersuchung würden die Funktionen der HWS und des Schultergelenks frühzeitig schmerzhaft und funktionseinschränkt demonstriert. Beim Versuch der passiven Weiterführung reagiere der Versicherte mit einer muskulären Gegenspannung. Eine muskuläre Dysbalance, eine Atrophie oder Muskelumfangverminderungen hätten sich nicht nachweisen lassen und würden somit eine Belastungsminderung der linken oberen Extremität ausschliessen. Im Bereich der linken Schulter seien keine strukturellen Verletzungen belegt. Konventionell-radiologisch würden sich keine Hinweise für eine zervikale ossäre Foraminalstenose und keine Instabilität/Listhesis ergeben. Die radiologische Diagnostik des linken Schultergelenks zeige zudem keine Hinweise auf eine Omarthrose oder eine wesentliche AC-Arthrose. Eine Einengung des Subakromialraums sowie Hinweise auf eine Tendinopathie oder eine posttraumatische ossäre Läsion seien ebenfalls nicht festzustellen. Die dargestellten Funktionseinschränkungen liessen sich strukturell nicht erklären. Sie würden vielmehr auf einer bewusstseinsnahen Einschränkung der Beweglichkeit basieren. Es sei davon auszugehen, dass eine Prellung/Distorsion spätestens nach drei Wochen abgeheilt sei. Eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit sei nicht unfallbedingt. Die neurologische Untersuchung zeige keine Ausfälle. Es würden weder eine zervikale Radikulopathie noch Zeichen einer Myelopathie vorliegen. Die chronischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp hätten keine fassbare organische Grundlage. Die Schilderung des Unfallhergangs ergäbe keine konkreten Hinweise auf eine milde traumatische Hirnverletzung. Die in der Untersuchung festgestellte Verspannung der Nackenmuskulatur sei auf eine ausgeprägte Willküraktivität zurückzuführen. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. In psychiatrischer Hinsicht würden sich ebenfalls keine relevanten Diagnosen ergeben. Die vom Versicherten angegebenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen hätten nicht verifiziert werden können. Seine Angaben seien in sich nicht konsistent. Die durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren hätten signifikant schlechtere Ergebnisse geliefert, was für ein zielgerichtetes

Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik spreche. Eine psychiatrische Erklärung für die Auffälligkeiten gebe es nicht. Aufgrund der chronischen Zervikobrachialgie linksbetont bei mässiggradigen Degenerationen der mittleren und unteren HWS sei der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit krankheitsbedingt im Umfang von 20 % eingeschränkt. Angepasste Verweistätigkeiten seien ihm aber uneingeschränkt zumutbar.

7.8 Der Versicherte war vom 11. bis 30. September 2017 in der Klinik für Schmerztherapie des Spitals F.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 25. September 2017 wurden ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) diagnostiziert. Der Versicherte klagte über andauernde Schmerzen und Schwindel bei der kleinsten Kopfbewegung. Eine klare depressive Symptomatik sei nicht festzustellen. Es sei nur eingeschränkt gelungen, ihn aus der eher passiven und abwertenden Haltung herauszubringen. Insbesondere im direkten Patientenkontakt und bei manuellen Untersuchungen habe sich ein massiv erhöhter Muskeltonus mit fast vollständig eingeschränkter HWS-Beweglichkeit gezeigt, was auch als Ausdruck einer massiven inneren Anspannung zu werten sei. Eine angepasste berufliche Tätigkeit sei zumutbar.

7.9 Am 30. November 2017 diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Kinder- und Jugendmedizin, ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1) und eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2). Der Versicherte sei nicht arbeitsfähig.

7.10 Vom 8. bis 13. Januar 2018 war der Versicherte erneut in der Klinik für Schmerztherapie des Spitals F.\_\_\_\_ hospitalisiert. Am 10. Januar 2018 wurden ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Osteochondrose HWK4/5 und 5/6 mit möglicher Wurzelkompression C6 links unter Belastung (ICD-10 M42.12), eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) und Kontaklanlässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 Z65) diagnostiziert. Der Versicherte sei weiterhin in seiner physisch und psychisch starren Haltung fixiert. Die finanzielle Notsituation unterhalte die Schmerzproblematik.

7.11 Im Bericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 7. März 2018 wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) und eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert. Die angegebenen Schmerzen könnten nicht ausreichend durch eine somatische Ursache erklärt werden. Es sei zur Entwicklung einer mittelgradigen depressiven Symptomatik gekommen mit deutlich bedrückter Stimmung, sozialem Rückzug, Freud- und Interesselosigkeit, Grübelneigung, ausgeprägter Schlafstörung und chronischen Suizidgedanken.

7.12 Im Bericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 4. April 2018 wurde festgehalten, dass seit 19. Januar 2018 zwei Therapiesitzungen pro Monat durchgeführt würden. Der Versicherte sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Auffassung und die Merkfähigkeit seien unauffällig. Er klagte über Konzentrationsstörungen, Schwindel, Grübelneigung und Zukunftsängste. Hinweise auf Zwang, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen bestünden nicht. Die Stimmung sei

dysphor gereizt, deprimiert, innerlich unruhig und klagsam. Affektiv sei der Versicherte wenig schwingungsfähig und psychomotorisch deutlich angespannt. Er berichte über Suizidgedanken und Gedanken von fremdaggressivem Verhalten. Zurzeit bestünde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Eine Verbesserung der Beeinträchtigungen sei möglich. Sie sei aber von der aktiven Kooperation des Versicherten abhängig.

7.13 Am 29. August 2018 nahm die RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ Stellung. Sie hielt fest, dass sämtliche seit dem SMAB-Gutachten somatisch orientierten therapeutischen Bemühungen erfolglos geblieben seien, was nicht überrasche, da für die geklagten Beschwerden kein klinisches Korrelat vorhanden sei. Aufgrund der Degenerationen der mittleren und unteren HWS sei aber eine Minderbelastbarkeit der HWS für schwere Arbeiten nachvollziehbar. In einer adaptierten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht eingeschränkt. Im Rahmen der bisherigen Begutachtungen seien keine relevanten psychiatrischen Erkrankungen festgestellt worden. In Anbetracht der Invaliditätsüberzeugung des Versicherten, gepaart mit dem zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik, sei eine Verbesserung der geklagten Beschwerden bei fortbestehendem Leistungsbegehren nicht zu erwarten. Dies sei im Gutachten der SMAB AG vom 20. September 2017 vorausgesagt und in den Berichten des Spitals F.\_\_\_\_ und der Klinik I.\_\_\_\_ auch so bestätigt worden. Die Klinik I.\_\_\_\_ bestätige die fixierte und starre Haltung des Versicherten bezüglich seiner Überzeugung, körperlich krank zu sein. Unter diesem Aspekt sei die von den behandelnden Ärzten postulierte mittelgradige depressive Episode nicht nachvollziehbar und fusse einzig auf den subjektiven Angaben des Versicherten. Eine Beschwerdevalidierung sei weder vom Spital F.\_\_\_\_ noch von der Klinik I.\_\_\_\_ durchgeführt worden. Es sei zu vermuten, dass weder das Spital F.\_\_\_\_ noch die Klinik I.\_\_\_\_ den Inhalt des SMAB-Gutachtens vom 20. September 2017 kennen würden. Auf das Gutachten des SMAB AG vom 20. September 2017 könne abgestellt werden. Es bestünden klare Hinweise für Aggravation und Simulation, weshalb sich eine Prüfung der Standardindikatoren erübrige.

7.14 Gemäss Bericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2018 befand sich der Versicherte vom 19. Januar 2018 bis 11. Oktober 2018 in ambulanter Behandlung. Diagnostiziert wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5). Der Versicherte habe jegliche aktivierenden therapeutischen Interventionen abgelehnt. Einem psychosomatischen Erklärungsmodell sei er nicht zugänglich gewesen. Insgesamt habe der Eindruck bestanden, dass die regelmässige Teilnahme an den Sitzungen vor allem durch den Wunsch des Versicherten motiviert gewesen sei, einen entsprechenden ärztlichen Bericht für die IV-Stelle und seine Krankenkasse zu erhalten. Auch einer medikamentösen antidepressiven Behandlung gegenüber habe er sich skeptisch und ablehnend gezeigt. Gesamthaft sei die Behandlung durch mangelnde Motivation und Kooperation des Versicherten gekennzeichnet. Im Verlauf der Therapie habe sich eine deutliche Externalisierungstendenz und eine hohe Kritikempfindlichkeit gezeigt, die für das Vorliegen einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 F61.1) sprechen würden. Eine psychotherapeutische Behandlung sei weiterhin indiziert.

7.15 Am 1. März 2019 nahm die RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ Stellung. Sie führte aus, im SMAB-Gutachten vom 20. September 2017 gebe es diverse Hinweise auf maladaptives Verhalten oh-

ne Krankheitswert im Sinne von Aggravation und Simulation. Es bestehe eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass die behandelnden Ärzte der vom Versicherten geschilderten Symptomatik eine höhere pathologische Bedeutung beigemessen hätten als die Gutachter. Weder die Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_ noch diejenigen der Klinik I.\_\_\_\_ hätten Symptomvalidierungstests durchgeführt. Im Grunde beschreibe auch die Klinik I.\_\_\_\_ zumindest eine Tendenz zur Symptomverdeutlichung. Es sei davon auszugehen, dass das Auftreten des Versicherten im Spital F.\_\_\_\_ Anfang 2018 vom Stand des Versicherungsverfahrens beeinflusst gewesen sei. Ferner spreche die Tatsache, dass der Versicherte – wie im Austrittsbericht vom 10. Januar 2018 ausgeführt – schnell und motiviert an den Gruppentherapien teilnahm, gegen eine mittelgradige Depressivität. Auf das Gutachten der SMAB vom 20. September 2017 könne abgestellt und demgemäss davon ausgegangen werden, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Es seien klare Hinweise auf Aggravation und Simulation vorhanden.

7.16 Am 5. März 2019 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, aufgrund der Akten habe sich zu keinem Zeitpunkt eine Wurzelreizung C6 links objektivieren lassen. Vielmehr liessen sich bildgebend einzig mässige degenerative Veränderungen der HWS nachweisen. Diese würden das vom Versicherten geltend gemachte Ausmass der Beschwerden nicht erklären und einzig bei schweren körperlichen Arbeiten qualitative Belastungseinschränkungen begründen. Auf die Berichte der behandelnden Ärzte könne nicht abgestellt werden. Für die Beurteilung der Funktionsfähigkeit sei nicht der radiologische oder kernspintomographische Befund entscheidend, sondern der objektive klinische Status. Dieser sei im SMAB-Gutachten klar dargelegt worden. Eine Nervenwurzelkompression könne neurologisch, rheumatologisch und orthopädisch ausgeschlossen werden. Ein Schwindel sei klinisch-objektiv nicht festgestellt worden. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt.

7.17 Der behandelnde Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 25. Juni 2019 fest, dass er den Versicherten seit dem 18. Dezember 2018 psychiatrisch-psychotherapeutisch und medikamentös behandle. Er diagnostizierte eine seit Dezember 2018 bestehende rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Ausprägung, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10) und eine seit Januar 2018 bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Der Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig.

7.18 Am 1. Juli 2019 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass nie eine teilstationäre oder stationäre psychiatrische Behandlung stattgefunden habe. Es könne aber sein, dass im Zeitraum vom 7. Februar 2018 bis 28. März 2018 passager eine mittelgradige Depressivität vorgelegen habe, wie dies in den Berichten vom 4. April 2018 und 7. März 2018 diagnostiziert worden sei. Im Zeitraum vom April 2018 bis November 2018 hätten höchstens sechs kürzere Therapiesitzungen stattgefunden, weshalb davon auszugehen sei, dass keine gravierende psychische Morbidität vorgelegen habe. Nach Erhalt des Vorbescheids vom 3. Dezember 2018 habe sich der Versicherte am 18. Dezember 2018 bei Dr. J.\_\_\_\_ in Behandlung begeben. Es sei von einer reaktiven Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Erhalt des Vorbescheids auszugehen. Nach der Leistungsübersicht der Krankenkasse sei für den Zeitraum vom 18. Dezember 2018 bis 25. Februar 2019 von zwei Therapiestunden pro Monat auszugehen. In den Monaten März

2019 und April 2019 sei jeweils nur noch eine Therapiesitzung durchgeführt worden, was für eine Besserung des Gesundheitszustands spreche. Im Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2019 würden IV-fremde Faktoren (finanzielle Engpässe) beschrieben. Er habe wahrscheinlich nicht berücksichtigt, dass das maladaptive Verhalten des Versicherten eine wesentliche Rolle spiele.

7.19 Am 4. Dezember 2019 führte Dr. J.\_\_\_\_ aus, dass der Versicherte seine Behandlungstermine regelmässig wahrnehme und die Medikamente zuverlässig einnehme. Es sei zu einer leichten minimalen Stabilisierung der depressiven Grunderkrankung gekommen. Dazugekommen sei ein Diabetes mellitus Typ II, begleitet von einer chronischen Müdigkeit. Im psychiatrischen Gutachten sei die Behandlung des Versicherten in der Klinik K.\_\_\_\_ im Jahr 2009 nicht erwähnt worden. Ausserdem sei das Gutachten von der Unfallversicherung erstellt worden. Der psychiatrische Gutachter habe keine Diagnose gestellt, obwohl beim Versicherten seit dem Jahr 2009 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bekannt sei. Zu einer deutlichen Verschlechterung der depressiven Symptomatik sei es bereits im Jahr 2018 gekommen, weshalb der Versicherte von Januar bis April 2018 in der Klinik I.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen sei. Die Beurteilung im psychiatrischen Gutachten der SMAB AG vom 20. September 2017 entspreche nicht der aktuellen Psychopathologie des Versicherten. Aus psychiatrischer Sicht bestünde weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

7.20 Am 17. Dezember 2019 führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, Dr. J.\_\_\_\_ habe keine Symptomvalidierungstests durchgeführt. Zu beachten sei, dass sich der Versicherte erst nach Erhalt des Vorbescheids bei Dr. J.\_\_\_\_ in Behandlung begeben habe. Das SMAB-Gutachten vom 20. September 2017 habe weiterhin Gültigkeit. Insbesondere sei davon auszugehen, dass Ausschlussgründe in Form von Aggravation vorliegen würden.

7.21 Am 18. Dezember 2019 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass die vom Versicherten geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen nicht objektiviert werden könnten. Mit dem SMAB-Gutachten vom 20. September 2017 sei unmissverständlich belegt, dass der Versicherte nicht vorhandene Symptome vorgetäuscht habe.

8.1 Die IV-Stelle ging in ihrer Verfügung vom 30. Oktober 2019 gestützt auf das von der Unfallversicherung in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der SMAB AG vom 20. September 2017 und die Beurteilungen der RAD-Ärztinnen Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ vom 29. August 2018, 1. März 2019 und 5. März 2019 davon aus, dass der Versicherte vom 19. Mai 2016 bis 19. August 2016 vollständig arbeitsunfähig war. Hernach bejahte sie aber eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Verweistätigkeit. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung, wonach dem SMAB AG vom 20. September 2017 voller Beweiswert zukomme, ist trotz der Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten (vgl. dazu die nachstehenden Erwägungen) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 5.3 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein-

leuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten der SMAB AG vom 20. September 2017 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage erfüllt. So weist es weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 5.3 hiervor) – umfassend und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Zwar erscheint das psychiatrische Teilgutachten teilweise etwas oberflächlich und knapp. Diese Unzulänglichkeiten vermögen aber letztlich am Beweiswert des Gutachtens nichts zu ändern, weshalb darauf abgestellt werden kann.

8.2.1 Die Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten der SMAB AG ist nicht geeignet, dessen Beweiswert in Frage zu stellen. In formeller Hinsicht macht er zunächst geltend, auf das Gutachten könne schon deshalb nicht abgestellt werden, weil dieses von der Unfallversicherung veranlasst und nicht auf einer zufallsbasierten Auftragsvergabe gemäss Art. 72<sup>bis</sup> der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 bzw. dem dafür wegweisenden Entscheid des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011 (BGE 137 V 210) erfolgt sei. Dieser Einwand ist nicht überzeugend. Zwar trifft es zu, dass das Gutachten von der Unfallversicherung in Auftrag gegeben wurde und die Vergabe deshalb nicht zufallsbasiert erfolgte. Dies bedeutet aber nicht, dass es im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren von vornherein unbeachtlich wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2012, 8C\_360/2011 E. 4.1). Dies gilt vorliegend umso mehr, als die untersuchende Ärzteschaft der SMAB AG zwischen unfallbedingten und unfallfremden Beschwerden unterschieden und insgesamt ein umfassendes Bild über den Gesundheitszustand des Versicherten vermitteln. Dieses überzeugt – wie vorstehend in Erwägungen 8.1 dargelegt – sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerung, wonach die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei. Unter diesen Umständen durfte die IV-Stelle, ohne den Untersuchungsgrundsatz zu verletzen, auf eine weitere Begutachtung verzichten und auf das von der Unfallversicherung veranlasste Gutachten abstellen. Soweit der Beschwerdeführer vermutet, dass ihm die Unfallversicherung am 19. April 2017 nur solche Gutachterstellen zur Auswahl angeboten habe, mit denen sie ein gutes Einvernehmen habe und die erfahrungsgemäss versicherungsfreundliche Beurteilungen abgeben würden, ist ihm entgegenzuhalten, dass er sich – damals vertreten durch seine Rechtsschutzversicherung – am 3. Mai 2017 mit der Begutachtung durch die SMAB AG ausdrücklich einverstanden erklärte. Anhaltspunkte dafür, dass sich die beteiligten Experten nicht von objektiven Kriterien haben leiten lassen, sind aus den Akten nicht ersichtlich und werden auch nicht substantiiert dargetan.

8.2.2 Auch die materielle Kritik am Gutachten verfängt nicht. Soweit der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht rügt, die Gutachter hätten die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht zuverlässig beurteilt, ist ihm entgegenzuhalten, dass diese den Versicherten persönlich untersuchten und ihre Beurteilung ein schlüssiges Bild über seinen physischen Gesundheitszustand und die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit ergibt. Ihre Einschätzung stimmt mit der Beurteilung im Bericht von Dr. G.\_\_\_\_\_ vom 4. April 2017 insofern überein, als diese das Beschwerdebild aus rheumatologischer Sicht nicht zu erklären vermochte und aufgrund der somatischen Untersuchungsbefunde seit Januar 2017 keine Arbeitsunfähigkeit attestierte. Vor

diesem Hintergrund erscheint die Beurteilung im Gutachten plausibel, wonach der Versicherte als selbständigerwerbender Automechaniker nur geringfügig eingeschränkt sei. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs ohnehin die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit massgebend ist. Weiter haben die Gutachter die vorhandenen medizinischen Berichte betreffend die Degenerationen an der HWS gewürdigt und in die Beurteilung der Leistungsfähigkeit miteinbezogen. Soweit der Beschwerdeführer weitere Abklärungen in Bezug auf den geklagten Schwindel fordert, ist ihm entgegenzuhalten, dass diesbezüglich weder die behandelnden Ärzte noch die Gutachter eine vertiefte Untersuchung für nötig befunden haben. Schliesslich vermag auch die unterschiedliche Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. H.\_\_\_\_ vom 30. November 2017 die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustands im Gutachten der SMAB AG nicht in Zweifel zu ziehen, benennt er doch keine bedeutenden Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Insgesamt liegt nichts vor, was die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustands im Gutachten der SMAB AG in Zweifel ziehen könnte. Ausserdem ergeben sich aus den vorliegenden Unterlagen auch keine Hinweise dafür, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch die SMAB AG bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung verändert hätte, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf weitere somatische Abklärungen verzichtet und davon ausgegangen werden kann, dass dem Versicherten aus somatischer Sicht angepasste Verweistätigkeiten zu 100 % zumutbar sind.

8.2.3 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist auch die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands plausibel. Seine Behauptung, von den Experten nicht ernst genommen worden zu sein und bereits im Zeitpunkt der Begutachtung eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen aufgewiesen zu haben, entbehrt einer nachvollziehbaren Grundlage. Aus der Feststellung des psychiatrischen Gutachters, wonach die durchgeführten Beschwerdevalidierungstests für ein zielgerichtetes Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik sprechen würden, kann entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers weder auf eine mangelnde Objektivität noch eine unzuverlässige Beurteilung geschlossen werden. Der psychiatrische Gutachter hat den Befund anhand der Klinik zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung substantiiert darzulegen. Dazu gehören insbesondere auch Angaben zum beobachteten Verhalten und Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Mai 2012, 8C\_282/2012, E. 5). Ob, wie von der Beschwerdegegnerin angenommen, tatsächlich von einer Aggravation bzw. von einer eigentlichen Simulation auszugehen ist, braucht vorliegend nicht abschliessend geklärt zu werden. Denn die Beurteilung im Gutachten, wonach der Versicherte kein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes psychisches Leiden aufweise, stimmt mit derjenigen im Austrittsbericht Spitals F.\_\_\_\_ vom 25. September 2017 insofern überein, als die behandelnden Ärzte (noch) keine klare depressive Symptomatik feststellen konnten und eine angepasste berufliche Tätigkeit als zumutbar erachteten. Bei dieser Sachlage ist ein strukturiertes Beweisverfahren entbehrlich. Soweit der Beschwerdeführer weiter geltend macht, die Gutachter der SMAB AG hätten seine Behandlung in der Klinik K.\_\_\_\_ im Jahr 2009 nicht berücksichtigt, ist darauf hinzuweisen, dass kein entsprechender Bericht der Klinik K.\_\_\_\_ aktenkundig ist und auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht beigebracht wurde.

8.3 Aufgrund der medizinischen Aktenlage kann indes nicht ausgeschlossen werden, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten nach der Begutachtung durch die SAMB AG bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2019 verändert haben könnte. So wurde im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2018 eine behandlungsbedürftige mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert und im Bericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 7. März 2018 darauf hingewiesen, dass es im Frühjahr 2018 zur Entwicklung einer mittelgradigen depressiven Symptomatik (ICD-10 F32.1) mit deutlich gedrückter Stimmung, sozialem Rückzug, Freud- und Interesselosigkeit, Grübelneigung, ausgeprägter Schlafstörung und chronischen Suizidgedanken gekommen sei. Weiter wiesen die behandelnden Ärzte der Klinik I.\_\_\_\_ am 4. April 2018 darauf hin, dass der Versicherte seit dem 19. Januar 2018 in Behandlung sei und attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Eine (vorübergehende) mittelgradige Depressivität im Frühjahr 2018 erachtete Dr. E.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 1. Juli 2019 zwar als möglich, sie verneinte dann aber ab April 2018 eine gravierende psychische Morbidität. Demgegenüber gingen die behandelnden Psychiater im Bericht vom 15. Oktober 2018 – trotz Hinweis auf mangelnde Motivation und Kooperation des Versicherten – weiterhin von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) aus. Auch Dr. J.\_\_\_\_ bejahte eine behandlungsbedürftige affektive Störung und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ob nun ab Januar 2018 – wie vom RAD angenommen – (weiterhin) ein maladaptives Verhalten des Versicherten ohne Krankheitswert im Sinne von Aggravation und Simulation zu bejahen ist, oder ob sich gemäss der Beurteilung der behandelnden Ärzte eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands und der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit einstellte, kann aufgrund der widersprüchlichen medizinischen Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden. Es mag sein, dass die behandelnden Fachärzte bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit – wie der RAD zu bedenken gibt – auch den subjektiven Beschwerdeangaben des Versicherten Gewicht beigemessen haben. Zudem ist zu beachten, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihres Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc), weshalb auch aus diesem Grund bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht unbesehen auf ihre Einschätzungen abgestellt werden kann. Andererseits ist nicht zu übersehen, dass eine mittelgradige affektive Störung durchaus geeignet wäre, die Leistungsfähigkeit einzuschränken. Vor diesem Hintergrund bestehen zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der massgebenden Einschätzung des RAD, wonach sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch die SMAB AG nicht massgeblich verändert habe. Dies gilt vorliegend umso mehr, als der RAD den Beschwerdeführer nie persönlich untersuchte. Da Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung des RAD bestehen, kann nach dem oben Gesagten (vgl. E. 5.4 hiervor) bei diesem Beweisergebnis nicht auf seine Beurteilung abgestellt werden. So wie sich die Aktenlage präsentiert, ist der massgebende medizinische Sachverhalt im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht ausreichend abgeklärt. Namentlich kann keine verlässliche Aussage bezüglich einer allfälligen relevanten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Versicherten seit der Begutachtung durch die SMAB AG im Sommer 2017 bis zu der rund zwei Jahre danach erlassenen Verfügung vom 30. Oktober 2019 gemacht werden. Folglich ist der rechtserhebliche

Sachverhalt durch geeignete weitere medizinische Abklärungen zu vervollständigen. Die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2019 ist deshalb aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen.

8.4 Rechtsprechungsgemäss können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 ff. E. 4.4.1 ff.). Vorliegend erweist sich die der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2019 zugrunde gelegte Beurteilung des RAD in Bezug auf den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Versicherten für die Zeit nach der Begutachtung durch die SAMB AG als nicht beweistauglich. Da es die IV-Stelle unterliess, die diesbezüglich nötigen Abklärungen zu veranlassen, und es nicht Aufgabe des Kantonsgerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Nachdem die behandelnden Ärzte der Klinik I.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 7. März 2018 ausführten, dass es im Frühjahr 2018 zur Entwicklung einer mittelgradigen depressiven Symptomatik (ICD-10 F32.1) gekommen sei, wird die IV-Stelle angehalten, den Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung und die Leistungsfähigkeit des Versicherten ab Januar 2018 durch unabhängige versicherungsexterne medizinische Fachpersonen psychiatrisch abklären zu lassen. Ob für die Zeit nach dem 30. Oktober 2019 auch in somatischer Hinsicht weiterer Abklärungsbedarf besteht, wird sie im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht zu entscheiden haben. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird sie über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

9.1 Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG sind 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. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit ihr auferlegt. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, hat diese dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 26. März 2020 einen Zeitaufwand von 17 Stunden und 30 Minuten geltend gemacht. Dieser Aufwand erweist sich in Anbetracht des Aktenumfangs und der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen im Quervergleich mit ähnlich gelagerten Fällen als zu hoch, weshalb mangels detaillierter Honorarnote eine pauschale Kürzung vorzunehmen ist. Unter Berücksichtigung aller Umstände erscheint für das vorliegende Verfahren ein Aufwand von 14 Stunden als angemessen. Hinzu kommen die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 224.60. Somit ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'011.40 (14 Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 224.60 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

10.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

10.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 30. Oktober 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.  
  
Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
  3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'011.40 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>