

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Die vom Beschwerdeführer gegen dieses Urteil
erhobene Beschwerde an das Bundesgericht
ist dieses mit Entscheid vom 8. April 2019
nicht eingetreten (8C_243/2019).

Urteil vom 20. November 2018

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter Ch. Wild, Dr. F. Windisch, S. Ramseyer, S. Plachel Obergerichtsschreiber J. Kürsteiner
Verfahren Nr.	O3V 18 11
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführer	A____ vertreten durch: RA AA____
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden, Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	Rente der Invalidenversicherung Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. Januar 2018

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. Januar 2018 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente auszurichten.
2. Eventualiter sei die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung in der Person der Unterzeichnenden zu gewähren.
4. Dem Beschwerdeführer sei nach Gewährung der Akteneinsicht eine Frist zur nachträglichen, ergänzenden Begründung der Beschwerde anzusetzen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

A. Der am XX.XX.1962 geborene, aus Deutschland stammende, als Holzbearbeiter und Sanitärer angelernte und zuletzt in der Reinigung tätige A___ meldete sich am 15. Dezember 2005 (IV-act. 23.120) ein erstes Mal bei der Invalidenversicherung an, da er sich am 6. Juni 2005 in Ungarn bei einem Sturz vom Pferd den vierten Lendenwirbelkörper gebrochen habe und seither unter Bandscheibenproblemen leide (IV-act. 11.181/187). Mit Verfügung vom 9. November 2011 (IV-act. 11.17) wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich das Leistungsbegehren, ausgehend von einer vollständigen 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, bei einem Invaliditätsgrad von 10% ab.

B. B.1

Am 26. Februar 2016 (IV-act. 11.10) meldete die Krankentaggeldversicherung der Arbeitgeberin, die das Arbeitsverhältnis mit Schreiben vom 28. Januar 2016 (IV-act. 13/19) auf Ende März 2016 gekündigt hatte, den Versicherten zur Früherfassung bei der Invalidenversicherung an, da er aufgrund eines chronischen Lumbovertebralsyndroms seit Mitte Oktober 2015 vollständig arbeitsunfähig sei.

B.2

Gemäss Bericht von Allgemeinmediziner Dr. B___ vom 20. Januar 2016 (IV-act. 15/4) sei der Versicherte in der angestammten Tätigkeit derzeit wegen eines chronischen Lumbovertebralsyndroms mit Schmerzexazerbation nach einem Sturz im August 2015 vollständig arbeitsunfähig. Möglicherweise sei in einer ergonomisch günstigeren Tätigkeit eine Teilarbeitsfähigkeit erreichbar (s. auch den Bericht Dr. B___ vom 27. Dezember 2015 [IV-act. 11.11]).

B.3

Nach einer Stellungnahme des regionalärztlichen Dienstes der Invalidenversicherung vom 11. Mai 2016 (IV-act. 18), wonach sich beim Versicherten eine typische Anschlussdegeneration unterhalb der Spondylodese zeige, in einer adaptierten Tätigkeit derzeit jedoch trotzdem eine 50%ige und im weiteren therapeutischen Verlauf eine 80-100%ige Arbeitsfähigkeit als zumutbar erscheine, gewährte die IV-Stelle am 12. Mai 2016 (IV-act. 21) Arbeitsvermittlung.

B.4

Gemäss Bericht der Rheinburg-Klinik Walzenhausen vom 6. Juli 2016 (IV-act. 34/2) über einen stationären Aufenthalt vom 15. Juni bis 5. Juli 2016 betrage die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zunächst 50%, im Verlauf dann allenfalls sogar 100%, welche Einschätzung später vom regionalärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD) mit Aktennotiz vom 24. November 2016 (IV-act. 36) übernommen wurde.

B.5

Nachdem der Versicherte der IV-Stelle gemäss Aktennotiz vom 10. Oktober 2016 (IV-act. 29) mitgeteilt hatte, dass er weiterhin im Schmerzzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) behandelt werde und sich nicht in der Lage fühle, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen, schloss die IV-Stelle die berufliche Eingliederung nach einem entsprechenden Bericht vom 11. Oktober 2016 (IV-act. 30) mit Mitteilung vom 14. Oktober 2016 (IV-act. 31) ab. Gemäss Bericht des KSSG vom 8. September 2016 (IV-act. 35) leide er unter chronischen Rückenschmerzen. In jenem vom 24. November 2016 (IV-act. 42/18) wurde vermerkt, dass sich die analgetische Therapie bei verschiedenen Nebenwirkungen schwierig gestalten, weshalb der sich psychologisch gut aufgestelltühlende Versicherte derzeit auf weitere Therapieversuche verzichten wolle. Im Bericht vom 23. Dezember 2016 (IV-act. 42/16) schliesslich hiess es, eine Prognose sei nur sehr eingeschränkt möglich, und man empfehle eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit.

B.6

Nach einem Bericht des KSSG vom 8. Januar 2017 (Bf. act. 16.15), wonach der Versicherte in einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode stecke und seit längerer Zeit in einem „Burnout-Zustand“ lebe, und einem Bericht Dr. B___ vom 7. Februar 2017 (IV-act. 42/20), dass in der angestammten Tätigkeit zwar keine Arbeitsfähigkeit vorliege, in einer adaptierten jedoch schon, erging seitens der IV-Stelle am 1. März 2017 (IV-act. 43) ein Vorbescheid. Demnach sei das Leistungsbegehren bei einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit abzuweisen.

B.7

Den vom Versicherten am 7. März 2017 (IV-act. 44) am Schalter und mit Schreiben vom 30. März 2017 (IV-act. 47) erhobenen Einwand, wonach für ihn auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Erwerbstätigkeit mehr existiere, er die Medikamente wegen fehlender Wirkung und erheblichen Nebenwirkungen nicht mehr nehme und im KSSG ab 10. Mai 2017 eine zweijährige Schmerztherapie vorgesehen sei, bezeichnete der RAD mit Aktennotiz vom 10. April 2017 (IV-act. 53) als nicht stichhaltig, empfahl aber eine orthopädische und psychiatrische Abklärung. Dem entsprechenden Gutachten der SMAB AG, St. Gallen, vom 2. August 2017 (IV-act. 64) ist zu entnehmen, dass aufgrund eines beidseitigen pseudoradikulären Lumbalsyndroms angestammt zwar keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, diese adaptiert jedoch seit 9. November 2011 bei 100% liege. Zu empfehlen seien eine (weitere) Gewichtsreduktion und psychologische Gespräche, wozu der Versicherte allerdings nicht motiviert sei. Dieser sehe sich zu einer Erwerbstätigkeit nur noch während maximal einer Stunde pro Tag in der Lage, was deutlich mit seinem Aktivitätsniveau in Freizeit und Haushalt kontrastiere. Dieses Gutachten wurde vom RAD mit Aktennotiz vom 31. August 2017 (IV-act. 68) als beweistauglich bezeichnet.

B.8

Gemäss Bericht des KSSG vom 21. November 2017 (IV-act. 78) bestünden beim Versicherten eine COPD Gold 2B und ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom. Nachdem der RAD mit Aktennotiz vom 17. Januar 2018 (IV-act. 79) neue medizinische Gesichtspunkte von Relevanz verneint hatte, erging seitens der IV-Stelle am 26. Januar 2018 (IV-act. 2) eine Verfügung, wonach das Leistungsbegehren abgewiesen werde mangels eingeschränkter Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, woran auch der pneumologische Bericht des KSSG vom 21. November 2017 nichts ändere.

C. C.1

Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 26. und 28. Januar 2018 (act. 1 und 2.2) sowie - nunmehr durch RA AA___ vertreten - vom 19. März 2018 (act. 7) Beschwerde. Auf die dortigen Vorbringen wird, soweit erforderlich, wie auch bei den übrigen Rechtsschriften im Rahmen der Erwägungen näher eingegangen.

C.2

Am 5. April 2018 (act. 9) erging die Beschwerdeantwort, am 15. Juni 2018 (act. 15) die Replik und am 21. Juni 2016 (act. 18) die Duplik, wobei beide Parteien am bisherigen Standpunkt festhielten.

Erwägungen

1. Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind. Auf die Beschwerde ist deshalb einzutreten.
2. Als Invalidität gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben versicherte Personen Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu siebenzig Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu sechzig Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu fünfzig Prozent und auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu vierzig Prozent invalid sind.

3. 3.1

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützt sich die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen, welche von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen medizinischen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_636/2013 vom 25. Februar 2014 E. 4.2.1 und 4.2.2, 9C_922/2013 vom 19. Mai 2014 E. 3.2.1, 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 3.2). 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4, 140 V 193 E. 3.2).

3.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 134 V 231 E. 5.1, 137 V 210 E. 6.1.2). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Berichten von externen Spezialärzten ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien dagegen sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten bzw. behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass deren Angaben mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten ausfallen (BGE 125 V 351 E. 3, 135 V 465 E. 4.5; Urteile des Bundesgerichts 8C_641/2013 vom 23. Dezember 2013 E. 5.4, 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.2.2, 9C_203/2015 vom 14. April 2015 E. 3.2, 9C_395/2016 vom 25. August 2016 E. 4.1, 9C_646/2016 vom 16. März 2017 E. 4.2.1), was auch mit der unterschiedlichen Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zusammenhängen mag (Urteile des Bundesgerichts 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 E. 3, 8C_107/2013 vom 23. April 2013 E. 3, 8C_454/2016 vom 19. Dezember 2016 E. 4.2). Gleichwohl hat der Richter zu prüfen, ob eine von einer Partei eingeholte ärztliche Stellungnahme in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des von der Verwaltung oder vom Gericht bestellten medizinischen Sachverständigen derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_62/2016 vom 7. Juli 2016 E. 4.1, 8C_452/2016 vom 27. September 2016 E. 3). Was die Beweiskraft versicherungsinterner Berichte anbelangt, so lässt ein Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 122 V 157 E. 1d, 125 V 351 E. 3b/ee, 135 V 465 E. 4.4, 142 V 551 E. 8.3.1.1).

4. 4.1

In der vorliegend angefochtenen Verfügung wurde eine gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gestützt auf das SMAB-Gutachten verneint.

Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, mittlerweile leide er auch psychisch unter der ganzen Situation. Er stehe weiterhin im psychiatrischen Zentrum in Herisau und im Schmerzzentrum des KSSG in Behandlung. Deren Angaben und jene seines Hausarztes Dr. B___ liefen den Schlussfolgerungen im SMAB-Gutachten zuwider.

Dem hielt die IV-Stelle in der Beschwerdeantwort entgegen, das SMAB-Gutachten sei eindeutig. Dass Dr. B___ als Hausarzt zu einer anderen Einschätzung gelange, sei nicht weiter erstaunlich, doch komme der gutachterlichen Beurteilung höhere Beweiskraft zu. Unbestrittenermassen bedeuteten das nicht nach Wunsch verlaufende IV-Verfahren und die finanziellen Schwierigkeiten für den Versicherten eine psychische Belastung. Dessen Reaktion darauf sei jedoch normal und nicht als krankheitswertige komorbide Depressionserkrankung zu werten, welche Meinung auch der RAD mit Aktennotiz vom 17. Januar 2018 vertreten habe.

In der Replik entgegnete der Beschwerdeführer, dass vorliegend zur Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs nicht allein auf eine bidisziplinäre Begutachtung abgestellt werden dürfe. Vielmehr wäre angesichts seines starken Übergewichts, der dokumentierten Schlafstörung und der Schlaf-Apnoe ein zufallsbasiertes - die IV-Stelle habe eine ihr genehme Gutachterstelle einfach ernannt - polydisziplinäres Gutachten einzuholen gewesen, wobei wegen der massiven Fettleibigkeit insbesondere auch eine internistische Abklärung erforderlich sei. Ausserdem habe es die IV-Stelle trotz Kenntnis des Umstands, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Behandlung gestanden habe, unterlassen, den Bericht über die psychologische Erstabklärung am KSSG einzuholen. Dem SMAB-Gutachten hätten somit nicht die vollständigen Akten vorgelegen, weshalb auch keine Auseinandersetzung mit der Diagnose einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode habe stattfinden können. Vor diesem Hintergrund sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Verwaltung zurückzuweisen.

Die IV-Stelle meinte duplicando, dass die notwendigen Punkte abgeklärt worden seien. Der RAD halte das SMAB-Gutachten aus medizinischer Sicht für plausibel. Bezüglich der Fettleibigkeit sei der Beschwerdeführer auf die ihm obliegende Schadenminderungspflicht hinzuweisen. Mit Blick auf letztere müsste er auch das Rauchen aufgeben, was eine positive Auswirkung auf die Lungenbeschwerden und wohl auch das Schlafapnoesyndrom erwarten liesse. Im Übrigen lehne er auch psychologische Gespräche und Psychopharmaka ab, und es erscheine überdies als offen, ob der Zustand selbst mittels geeigneter Therapien überhaupt verbesserbar wäre.

4.2

Was zunächst den Vorhalt des Beschwerdeführers, die psychiatrische Akten im SMAB-Gutachten seien unvollständig, anbelangt, so trifft dies nur auf den Bericht des KSSG vom 8. Januar 2017 zu, wobei dieser aber im Widerspruch etwa zum Bericht des Schmerzzentrums am KSSG vom 24. November 2016 - dieser Bericht wird bei den Vorakten im SMAB-Gutachten in Ziff. 72 wiedergegeben - steht, wonach sich der Versicherte psychologisch gut aufgestellt fühle und wegen verschiedenen Nebenwirkungen der Medikamente momentan auf weitere Therapieversuche verzichten wolle.

Hinsichtlich der Fettleibigkeit und dem Rauchen ist der Versicherte mit der IV-Stelle auf die ihm obliegende Schadenminderungspflicht hinzuweisen. Es ist deshalb an ihm, an diesen die gesundheitliche Situation beeinflussenden Risikofaktoren eigenverantwortlich zu arbeiten. Dass deshalb auch noch eine eigentliche internistische Abklärung notwendig sein sollte, ist nicht nachzuvollziehen. Jedenfalls war zum Zeitpunkt, als die IV-Stelle ein orthopädisches und psychiatrisches Gutachten in Auftrag gab, dieses bidisziplinäre Vorgehen ohne weiteres vertretbar. Nach dessen Erstellung hat das KSSG aber noch über ein COPD Gold 2B und ein obstruktives Schlafapnoesyndrom berichtet. Diese beiden Diagnosen konnten deshalb im SMAB-Gutachten nicht besprochen werden. Wenngleich der RAD sie in der Folge als nicht relevant beurteilte, so stellt sich dem Obergericht dennoch die fachärztlich zu beantwortende Frage, ob und wenn ja welche Auswirkungen die erwähnten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Die Sache ist deshalb in teilweiser Gutheissung der Beschwerde zur zusätzlichen Abklärung an die IV-Stelle zurückweisen (Urteil des Bundesgerichts 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2). Nach Vorliegen der zusätzlichen Berichte kann die Verwaltung noch die SMAB AG anfragen, ob die weiteren Berichte an der bisherigen Einschätzung etwas ändern. Vor dem Ergehen der neuen Verfügung, in der auch ein Einkommensvergleich vorzunehmen ist, wird ausserdem der RAD eine einlässlich begründete Beurteilung abgeben.

5. 5.1

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind vorliegend keine Kosten zu erheben, da die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung (mit noch offenem Ausgang) für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen gilt (BGE 141 V 281 E. 11.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_851/2012 vom

16. April 2013 E. 4, 9C_682/2016 vom 16. Februar 2017 E. 4, 9C_77/2018 vom 8. August 2018 E. 4).

5.2

RA AA___ reichte am 25. Juli 2018 eine Kostennote über Fr. 5'930.80 ein, wobei sie einen zeitlichen Aufwand von 21.18 Stunden à Fr. 250.--, mithin ein Honorar von Fr. 5'295.-- geltend machte. Vor Obergericht wird das Honorar in Verwaltungssachen indessen pauschal bemessen (Art. 13 Abs. 1 lit. c der Verordnung über den Anwaltstarif vom 14. März 1995 [bGS 145.53]), wobei die Bandbreite nach Art. 16 Abs. 1 AT von Fr. 1'000.-- bis zu Fr. 10'000.-- reicht und sich die Bemessung innerhalb dessen nach Art und Umfang der Bemühungen, der Schwierigkeit des Falles und nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Beteiligten richtet (Art. 17 AT). Innerhalb der erwähnten Bandbreite bestehen folgende Kategorien: leichter Fall mit einem Honorar von Fr. 1'000.-- bis Fr. 4'000.-- und einem Mittelwert von Fr. 2'500.--, mittlerer Fall von Fr. 4'000.-- bis Fr. 7'000.-- und einem Mittelwert von Fr. 5'500.-- sowie schwieriger Fall von Fr. 7'000.-- bis Fr. 10'000.-- und einem Mittelwert von Fr. 8'500.--. Vorliegend ist von einem leichten Fall mit verhältnismässig umfangreichen Akten auszugehen, was ein Honorar von Fr. 3'600.-- rechtfertigt. Dazu sind die pauschalen Barauslagen von 4% in Höhe von Fr. 144.-- zu rechnen. Auf der Summe dieser Beträge von Fr. 3'744.-- ist noch die Mehrwertsteuer von 7.7% zu veranschlagen, sodass dem Beschwerdeführer zulasten der IV-Stelle eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 4'032.30 zuzusprechen ist. Insofern ist der im Dispositiv erwähnte Wert von Fr. 4'000.-- zu rektifizieren.

Demnach erkennt das Obergericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen zwecks Einholung eines pneumologischen Verlaufsberichts des Kantonsspitals St. Gallen sowie zur anschliessenden Beurteilung durch den RAD und zur Neuverfügung durch die IV-Stelle.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der IV-Stelle eine Parteientschädigung von Fr. 4'032.30 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an den Beschwerdeführer über dessen Anwältin, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Joachim Kürsteiner

versandt am: 14.03.19