

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 2. Juli 2019

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichterin D. Sieber Oberrichter H.P. Fischer, M. Schneider, R. Kläger Obergerichtsschreiber J. Kürsteiner
Verfahren Nr.	O3V 18 36
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 der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden vom 14. August 2018

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Die Verfügung vom 14. August 2018 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente zuzusprechen.
2. Eventuell sei die Streitsache zur weiteren Abklärung und zu anschliessender neuer Beurteilung bzw. Verfügung an die Vorinstanz/Beschwerdegegnerin zurückzuweisen;
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Der am XX.XX.1966 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter oder Beschwerdeführer) meldete sich am 19. Mai 2009 aufgrund von Schmerzen bei repetitiver Arbeit im Bereich der rechten Schulter und des Knies bei der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden (nachfolgend IV-Stelle bzw. Vorinstanz) erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Die IV-Stelle klärte in der Folge den medizinischen und erwerblichen Sachverhalt ab, zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei und wies schliesslich mit Verfügung vom 7. Januar 2010 das Leistungsbegehren des Versicherten ab (IV-act. 1 - 14).
- B. Am 24. Juni 2015 meldete sich der Versicherte unter Geltendmachung einer Leukämie ein weiteres Mal zum Leistungsbezug an (IV-act. 15). Die IV-Stelle tätigte wiederum die erwerblichen und medizinischen Abklärungen. Am 15. April 2016 gab sie bei der SMAB AG, St. Gallen, ein onkologisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag (IV-act. 40/41). In ihrer Gesamtbeurteilung vom 8. Juni 2016 kam die SMAB AG zum Schluss, dass in ihren Fachbereichen keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestehe. Sie präziserte indes, dass für eine abschliessende Beurteilung eine neurologische und orthopädische Untersuchung angezeigt seien (IV-act. 42).
- C. Mit Vorbescheid vom 22. März 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 63). Dagegen liess der Versicherte am 17. Mai

2017 durch die DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG Einsprache erheben (IV-act. 72). Nachdem eine Stellungnahme seitens der SMAB AG erfolgt war, veranlasste die IV-Stelle entsprechend deren Empfehlung eine neuerliche medizinische Abklärung bei der SMAB mit den Fachdisziplinen Neurologie, Onkologie und Orthopädie (IV-act. 88). Die SMAB lieferte am 19. März 2018 ihr Folgegutachten (IV-act. 100), gemäss welchem unter Vorbehalt der Beachtung eines bestimmten Belastungsprofils kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer adaptierten Tätigkeit gegeben sei.

- D. In ihrem neuen, auf das Folgegutachten gestützten Vorbescheid vom 23. April 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Ablehnung seines Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 102). Am 7. Mai 2018 gab der Versicherte bei der IV-Stelle seinen mündlichen Einwand zu Protokoll (IV-act. 105). Des Weiteren liess er am 15. Juni 2018 durch die DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG Einwand erheben. Die IV-Stelle verfügte am 14. August 2018 im Sinne des Vorbescheids (IV-act. 110).
- E. Gegen die Verfügung vom 14. August 2018 liess der Versicherte am 12. September 2018 durch Rechtsanwalt AA._____ mit den eingangs erwähnten Anträgen Beschwerde beim Obergericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden erheben (act. 1). In ihrer Vernehmlassung vom 8. Oktober 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (act. 7). Am 8. Januar 2019 folgte die Replik des Versicherten (act. 12). Die Vorinstanz verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. 14).
- F. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung (vgl. act. 14).
- G. Nachdem den Parteien das Dispositiv mit dem vorliegenden Entscheid zugestellt worden war, verlangten beide innert Frist eine schriftliche Begründung (act. 17 und 18).

Erwägungen

1. 1.1

Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Die örtliche Zuständigkeit ist nach Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) gegeben.

1.2

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass letztere sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG, Art. 28 lit. b JG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]).

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2. 2.1

Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung setzt voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Als Invalidität gilt gemäss Art. 4 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG 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 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG haben nur diejenigen versicherten Personen Anspruch auf eine Rente, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (sog. Wartejahr). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Gesetzesbestimmung liegt dann vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig gewesen ist (vgl. Art. 29^{ter} der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (Urteil des Bundesgerichts 9C_757/2010 vom 24. November 2010, E. 4.1). Unerheblich ist, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 2009). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3

Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 ärztlichen Berichtes 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Behörden eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351).

3. 3.1

Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt.

3.2

Die IV-Stelle stützt die rentenablehnende Verfügung vom 14. August 2018 auf das SMAB-Gutachten vom 19. März 2018 (IV-act. 100; vgl. insbesondere S. 7 ff). Das Gutachten stellt keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit). Unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) sind aufgeführt:

Rezidivierende Synkopen unklarer Ätiologie; Chronische myelische Leukämie ED 10/2014, Sokal-Score: Low risk, BCR-ABL positiv (Litalir vom 04.10.2014 bis 09.10.2014; Glivec vom 09.10.2014 bis 16.06.2015; Sprycel seit 15.07.2015; Optimales Therapieansprechen, fehlender Nachweis von BCR-ABL (Stand 12/2017)); Beginnende mediale Gonarthrose links; Partialruptur der rechten Supraspinatussehne; Senk-Spreizfuss beidseits. In ihrer zusammenfassenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erklären die Gutachter, der Beschwerdeführer klagt über unveränderte Einschränkungen seit der letzten Begutachtung. Er beschreibe anhaltende Einschränkungen in Verrichtung sämtlicher Aktivitäten des täglichen Lebens einschliesslich seiner beruflichen Tätigkeit, aufgrund von Kraftmangel, Müdigkeit und unspezifischer Beschwerden, welche er auf Nebenwirkungen durch die Medikamente zurückführe. Des Weiteren berichte er, dass seine Blutdruckwerte und Blutwerte „nicht so gut“ seien. Ein nachgeforderter Bericht der onkologischen Abteilung des Kantonsspitals St. Gallen beschreibe jedoch unauffällige periphere Blutwerte inkl. BCR-ABL bei bislang optimalem Therapieverlauf. Auch Anamnese und Untersuchung hätten ohne Äusserung von Problemen oder Ermüdungszeichen durchgeführt werden können. Die berichteten Beschwerden hätten keinem umschriebenen Krankheitsbild zugeordnet werden können. Ein Gesundheitsschaden mit funktionellen Einschränkungen habe weder auf neurologischem, onkologischem noch orthopädisch-traumatologischem Gebiet festgestellt werden können. Retrospektiv ergebe sich keine wesentliche Veränderung des Begutachtungsergebnisses seit der letzten bidisziplinären Begutachtung vom 08.06.2016 (vgl. dazu oben B.), sowohl in der Beurteilung einer bisherigen wie auch einer leidensadaptierten Tätigkeit; ausser neu die Einschränkung für Überkopf- und Fahrtätigkeit. Eine Leistungseinschränkung sei durch die CML auch aktuell nicht gegeben. In den zusätzlich begutachteten Fachgebieten Neurologie und Orthopädie habe ebenfalls kein Gesundheitsschaden mit funktioneller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Dem zusammenfassenden Belastungs-/Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens ist der gutachterlichen Gesamtbeurteilung folgendes zu entnehmen: Körperlich leicht bis mittelschwere Tätigkeiten ohne häufige Überkopf-Arbeiten mit dem dominanten rechten Arm. Keine Arbeit an laufenden Maschinen oder auf Leitern, keine Fahrtätigkeit.

3.3

Im Folgenden ist zu prüfen, ob bzw. inwieweit auf das interdisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann. Der Beschwerdeführer kritisiert dieses in mehrfacher Hinsicht und hält seine Ergebnisse nicht für verwertbar.

3.3.1

Konkret bringt der Beschwerdeführer vor, die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei mit Blick auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte nicht nachvollziehbar. Der Hausarzt Dr. B._____ habe erklärt, aufgrund seiner Leukämie sei der Beschwerdeführer sehr erschöpft und anhaltend zu max. 50 % arbeitsfähig. Zu beachten sei überdies, dass auch die behandelnde Onkologin Dr. C._____ nach Absprache mit dem Hausarzt schliesslich auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit geschlossen hätte. Des Weiteren seien die gutachterlichen Tests insoweit nicht aussagekräftig, als diese nur eineinhalb Stunden gedauert hätten. Die durch die Medikation bedingte Müdigkeit zwingt ihn erst nach vier Stunden zur Aufgabe seiner Arbeit bei der D._____ AG. Es verstehe sich von selbst, dass sich bei einer nicht einmal halb so langen ärztlichen Untersuchung noch keine Anzeichen von Müdigkeit einstellten. Die gute Verträglichkeit der Medikamente gegen Leukämie schliesse die schnellere Übermüdung nicht aus, ebenso wenig, dass die Bluttests keine überhöhte Müdigkeit angezeigt hätten. Schliesslich weist der Beschwerdeführer in seiner Replik anhand der Patienteninformationen des Arzneimittel-Kompodiums der Schweiz auf eine ganze Reihe von Nebenwirkungen hin, die auch beim Beschwerdeführer vorlägen. Vor allem leide er unter Müdigkeit und Erschöpfung (IV-act. 1 und 12).

3.3.2

a) Im Folgenden ist auf diese Kritikpunkte des Beschwerdeführers einzugehen. In Bezug auf das Vorbringen, der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung könne mit Blick auf die Berichte der behandelnden Ärzte nicht gefolgt werden, ist zunächst auf die konstante Rechtsprechung betreffend das Verhältnis eines versicherungsexternen Gutachtens im Vergleich zu den Berichten der behandelnden Ärzte hinzuweisen. Demnach kann den Berichten der behandelnden Ärzte aufgrund der Tatsache, dass diese Personen in einem auftragsrechtlichen Vertrauensverhältnis zum Versicherten stehen, nur eine beschränkte Aussagekraft beigemessen werden. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Im Sinne dieser Erwägungen kommt einem externen Gutachten gegenüber den

Berichten der behandelnden Ärzte mithin Priorität zu, wenn letztere keine begründeten Zweifel an jenem zu erwecken vermögen (vgl. dazu schon oben E. 3.3). Im vorliegenden Fall fehlt es an konkreten Indizien in den Berichten der behandelnden Ärzte, welche begründete Zweifel am Gutachten hervorrufen. Im Gegenteil bestehen augenscheinliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der Einschätzung der behandelnden Ärzte Dr. B. _____ und Dr. C. _____, die sich schlussendlich gemeinsam auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % verständigt hatten (IV-act 111-13). In dem nämlichen Schreiben erklärte Dr. C. _____, die von ihr ursprünglich bezifferte Leistungsreduktion sei nur als grober Richtwert gedacht gewesen; sie habe nicht bedacht, dass dieser Wert nicht dem Mindestprozentsatz zur Begründung einer IV-Rente entspreche. Da nun eine Arbeitsfähigkeitsschätzung ausschliesslich auf medizinischen Gesichtspunkten beruhen und frei von versicherungsrechtlichen Überlegungen sein soll, erscheint der Beweiswert dieser gemeinsamen Bezifferung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. B. _____ und Dr. C. _____ von vornherein als erheblich reduziert.

Bezogen auf das Verhältnis Gutachten und Bericht des behandelnden Arztes mit Vorsicht zu geniessen ist auch die vom Beschwerdeführer mit Verweis auf BGE 140 V 193 vorgetragene ausführliche Argumentation, es sei keineswegs allein Sache der gutachtlich befassten Arztperson, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit führt. In dem betreffenden Präjudiz war der Fall wesentlich anders gelagert als in dem vorliegenden: Das von der IV-Stelle eingeholte Gutachten bescheinigte für einen befristeten Zeitraum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und unbefristet eine solche von 40 %. Die IV-Stelle hielt diese Schlussfolgerungen jedoch (namentlich mit Blick auf die damalige Rechtsprechung betreffend die Überwindbarkeit von psychischen Leiden) nicht für nachvollziehbar und erkannte auf gar keine Arbeitsunfähigkeit bzw. keinen Rentenanspruch. Das hierauf vom Versicherten angerufene Versicherungsgericht St. Gallen hob alsdann den Entscheid auf und stellte auf die ursprünglichen gutachterlichen Einschätzungen ab (vgl. Entscheid vom 13.11.2013; IV 2011/376), indessen wurde das Urteil durch den hier in Frage stehenden BGE gekippt.

b) Soweit der Beschwerdeführer die onkologische Beurteilung im Gutachten kritisiert, d.h. die fehlende Auswirkung der chronischen myeloischen Leukämie (CML) bzw. der dafür erforderlichen Medikation, kann ihm nicht gefolgt werden. Die Gutachter zeigen plausibel auf, dass diese Erkrankung letztlich nicht mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verbunden ist. So wird ausgeführt, die CML zeige sich in kompletter Remission. Gemäss den durchgeführten Nachsorgeuntersuchungen habe sich kein sichtbarer Nachweis einer Krankheitsaktivität ergeben. Die medikamentöse Therapie werde gut vertragen. Diese positiven gutachterlichen Einschätzungen werden durch die Anamnese vollumfänglich

gestützt. So hatte das Kantonsspital St. Gallen am 5. April 2016 nach der Umstellung in der Medikation von Glivec auf Sprycel von einem optimalen Ansprechen gesprochen. Auch werde die Behandlung als verträglich empfunden. Insgesamt liege ein hocheffektvolles Ergebnis vor (IV-act. 42-48). In gleicher Weise ist dem von den Gutachtern noch eingeholten Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 29. Dezember 2017 (IV-act. 100-70) zu entnehmen, die Untersuchung der peripheren Blutwerte habe ergeben, dass diese in einem optimalen Bereich lägen. Die Gutachter weisen in diesem Zusammenhang im Übrigen auch darauf hin, dass dies der eigenen Behauptung des Versicherten widerspreche, gemäss welchem die Blutwerte „nicht so gut“ seien (vgl. schon oben E. 3.2). Bei dieser Ausgangslage, d.h. bei kompletter Krankheitsremission und grundsätzlich guter Verträglichkeit der Medikamente, ist es nicht angängig, die gutachterliche Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten in Frage zu stellen. Auf die eigenen Angaben des Beschwerdeführers gegenüber den Gutachtern, wonach er sich kraftlos und müde durch die Leukämie fühle (wobei er letzteres auch noch mit Verweis auf die einschlägige Deklaration in den erwähnten Patienteninformationen zu beweisen versucht) und er spätestens nach vier Stunden zur Aufgabe der Arbeit gezwungen sei, kann in diesem Sinne nicht abgestellt werden. Fehlt es in diesem Fall nach dem Gesagten nämlich an objektivierbaren Gesichtspunkten, welche durch einen Gesundheitsschaden bedingte funktionelle Einschränkungen belegen, so erschiene es verfehlt, die fraglichen Angaben für massgebend zu erklären, da sie eben rein subjektiv sind und für die Vornahme einer versicherungsmedizinischen Beurteilung somit ungeeignet.

Dem Vorwurf des Beschwerdeführers, die Untersuchungen der Gutachter hätten wesentlich länger dauern müssen als nur eineinhalb Stunden, kann im Sinne dieser Erwägungen ebenfalls nicht gefolgt werden, da sich an der Beurteilung, dass sich aufgrund der Leukämie-Erkrankung bzw. aus onkologischer Sicht keine objektivierbaren Nachweise für eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit ergeben, letztlich nichts änderte. Im Übrigen ist auch festzustellen, dass die Gutachter den (namentlich aus orthopädisch-traumatologischer Sicht resultierenden) körperlichen Einschränkungen des Versicherten durchaus Rechnung getragen haben, indem sie diese bei der Festlegung des Belastungsprofils berücksichtigten. Dies kann gleichsam als Indiz für die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Gesamtbeurteilung gelten.

c) Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das SMAB-Gutachten eine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers darstellt. Die darin enthaltene Arbeitsfähigkeitsschätzung ist für diesen Fall somit als massgebend zu erklären.

5.

Ausgehend von der gutachterlich bescheinigten Arbeitsfähigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu bestimmen.

Bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für die angestammte sowie eine andere leidensangepasste Tätigkeit kann die konkrete Ermittlung der Vergleichseinkommen offenbleiben. Selbst wenn nämlich zugunsten des Beschwerdeführers ein Prozentvergleich (siehe zum Prozentvergleich etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_628/2015 vom 6. April 2016, E. 5.3.1 mit Hinweisen) und der nach der bundesgerichtlichen Praxis höchstzulässige Tabellenlohnabzug von 25 % (BGE 126 V 75) gewährt würde, resultierte ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von höchstens 25 % (vgl. zum Beispiel Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen IV 2018/180 vom 4. September 2019).

6.

Bei diesem Ergebnis hat die IV-Stelle einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

7.

7.1

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erscheint die in vergleichbaren Fällen übliche Entscheidgebühr von Fr. 800.-- als angemessen. Sie ist dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, unter Verrechnung mit dem von ihm in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss.

7.2

Es ist keine Parteientschädigung auszurichten, da der Beschwerdeführer unterliegt (Art. 61 lit. g ATSG e contrario) und da es sich bei der obsiegenden IV-Stelle um eine staatliche Einrichtung handelt (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 200 zu Art. 61 ATSG).

Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A_____ wird abgewiesen.
2. Dem Beschwerdeführer wird eine Entscheidgebühr von Fr. 800.-- auferlegt, unter Verrechnung mit dem von ihm in gleicher Höhe einbezahlten Kostenvorschuss.
3. Es werden keine Entschädigungen 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 Anwalt, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Joachim Kürsteiner

versandt am: 14. November 2019