

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Urteil vom 17. September 2019

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichterin D. Sieber Oberrichter H.P. Fischer, Dr. F. Windisch, M. Schneider Obergerichtsschreiberin M. Epprecht
Verfahren Nr.	O3V 18 41
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 30. August 2018

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Die Verfügung vom 30.08.18 sei aufzuheben, und die bisherige Viertelsrente spätestens ab April 2015 auf eine ganze Rente zu erhöhen;
2. Eventualiter seien unter Aufhebung der Verfügung vom 30.08.18 weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen;
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen. Zudem habe die Aufhebung der Viertelsrente sowie die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht zu erfolgen, letzteres im Sinne einer adäquaten medikamentösen Behandlung, einer Intensivierung der Behandlung und des Wechsels der behandelnden Institution für mindestens ein Jahr, bevor die IV-Stelle auf eine neue Anmeldung eintrete.

Sachverhalt

A. A. _____, geb. am XX.XX.1961 und verheirateter Vater von zwei am XX.XX.1985 und am XX.XX.1996 geborenen Söhnen, meldete sich am 1. Dezember 2011 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an. Er brachte konkret vor, er habe am 16. Oktober 2011 eine Subarachnoidalblutung ohne Nachweis einer Blutungsquelle erlitten (IV-act. 1). Die IV-Stelle klärte den erwerblichen und medizinischen Sachverhalt ab. Am 12. Februar 2013 teilte sie dem Versicherten mit, sie erachte die Durchführung einer medizinischen Untersuchung (Fachdisziplinen Neurologie und Psychiatrie) für notwendig (IV-act. 70). Den betreffenden Auftrag erteilte sie Dr. B. _____, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie. Dieser gelangte in seinem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 13. Juli 2013, welches durch ein neuropsychologisches Gutachten von Dr. C. _____, Fachpsychologe für Neuropsychologie, vom 8. Juli 2013 ergänzt wurde, zum Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit, die dem Leiden angepasst sei, und damit auch in jeder anderen adaptierten Tätigkeit, die Arbeitsfähigkeit nach schrittweiser Besserung seit Dezember 2012 60 % betrage, entsprechend 6 h/Tag mit um 20 % redu-

zierter Leistungsfähigkeit wegen leicht reduziertem Arbeitstempo und vermehrten Pausen (IV-act. 82).

- B. Mit Vorbescheid vom 5. September 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 44 % die Zusprache einer Viertelsrente ab Oktober 2012 in Aussicht (IV-act. 91). Nachdem der Versicherte am 3. Oktober 2013 durch RA D. _____ hatte Einwand erheben lassen (IV-act. 94) verfügte die IV-Stelle am 22. November 2013 im Sinne des Vorbescheids (IV-act. 101). Die hiegegen erhobene Beschwerde des Versicherten wurde vom Obergericht Appenzell Ausserrhoden mit Urteil vom 17. September 2014 teilweise gutheissen, dies dahingehend, dass dem Versicherten von Anfang Oktober 2012 bis Ende Februar 2013 eine halbe IV-Rente und für die Zeit danach eine Viertelsrente zugesprochen wurde (Verfahren O3V 2014 1).
- C. Mit Schreiben vom 21. März 2016 (IV-act. 121) gelangte der Versicherte von Neuem an die IV-Stelle. Er machte sinngemäss geltend, dass sich sein Gesundheitszustand seit über einem Jahr stets verschlechtert habe, weshalb er um eine Rentenerhöhung ersuche. Die IV-Stelle tätigte wiederum die medizinischen Abklärungen und gab am 24. April 2017 bei oberwähntem Dr. B. _____ ein neuerliches Gutachten mit den Disziplinen Neurologie und Psychiatrie in Auftrag (IV-act. 149), welches am 20. Dezember 2017 geliefert wurde (IV-act. 151). In seiner gutachterlichen Gesamtbeurteilung hielt Dr. B. _____ fest, aufgrund seiner Untersuchung gehe er hinsichtlich der angestammten Tätigkeit davon aus, dass diese nicht mehr möglich wäre. Was hingegen eine adaptierte Tätigkeit betreffe, habe er keine Gründe nachgewiesen, welche verhinderten, dass eine solche Tätigkeit für 4 Stunden am Tag, 2 am Vormittag, 2 am Nachmittag, unterbrochen jeweils von einer mindestens 1-stündigen Pause, durchgeführt werden könnte. Bei einem solchen Pensum würde sich eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 80 % ergeben (Gutachten, S. 23).
- D. Mit Vorbescheid vom 26. März 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Ablehnung des Rentenerhöhungsgesuchs in Aussicht. Sie erklärte diesbezüglich, dass aufgrund des Gutachtens von Dr. B. _____ die Annahme eines rentenerhöhenden verschlechterten Gesundheitszustands nicht gerechtfertigt sei (IV-act. 159). Dagegen liess der Versicherte am 27. April 2018 durch RA AA. _____ Einwand erheben (IV-act. 163). Die IV-Stelle verfügte am 30. August 2018 im Sinne des Vorbescheids (IV-act. 164; act. 2).
- E. Gegen die Verfügung vom 30. August 2018 liess der Versicherte am 26. September 2018 durch RA AA. _____ mit den eingangs erwähnten Anträgen Beschwerde beim Obergericht Appenzell Ausserrhoden erheben (act. 1). In ihrer Vernehmlassung vom 5. November 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (act. 6).

Ergänzend verlangte sie die Aufhebung der Viertelsrente sowie die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht im Sinne einer adäquaten medikamentösen Behandlung, einer Intensivierung der Behandlung und des Wechsels der behandelnden Institution für mindestens ein Jahr, bevor die IV-Stelle auf eine neue Anmeldung eintrete. Am 1. Februar 2019 folgte die Replik des Versicherten (act. 11). Die Vorinstanz verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. 13).

- F. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung (vgl. act. 13).
- G. Nachdem den Parteien das Dispositiv mit dem vorliegenden Entscheid zugestellt worden war, verlangte der Beschwerdeführer innert Frist eine schriftliche Begründung (act. 15).

Erwägungen

1. 1.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

1.2 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG).

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Insbesondere ist zu beachten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (BGE 124 I 175 E. 4) andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

1.4 Art. 17 ATSG betrifft die «formell rechtskräftige» Entscheidung (vgl. diesen ausdrücklichen Bezug in Art. 17 Abs. 2 ATSG) und weist somit Berührungspunkte zu Art. 53 ATSG (Revision und Wiedererwägung) auf. Während letztere Bestimmung die Ausgangslage be-

trifft, dass der Entscheid anfänglich unrichtig war, bezieht sich Art. 17 ATSG auf eine nachträgliche Änderung des massgeblichen Sachverhalts; eine gegenseitige Abgrenzung des Anwendungsbereiches ist somit ohne Weiteres möglich (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 4 zu Art. 17 ATSG).

2. Die IV-Stelle hatte zur Prüfung des Revisionsgesuchs bzw. eines veränderten Gesundheitszustands das besagte Gutachten von Dr. B._____ eingeholt (vgl. oben C.). In der Folge hatte sie entgegen der gutachterlichen Schlüsse eine höhere Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zum ersten Gutachten und damit einhergehend eine höhere Rente verneint, und im Beschwerdeverfahren hatte sie sogar auf Aberkennung jeglichen Rentenanspruchs geschlossen. Im Folgenden ist nun in einem ersten Schritt auf die Erkenntnisse des Gutachtens vom 20. Dezember 2017 einzugehen (vgl. 3). In einem zweiten Schritt ist zu prüfen, ob aufgrund eines Vergleichs der Schlüsse des ersten (vgl. oben A.) und des zweiten Gutachtens die Annahme einer rentenrelevanten Änderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gerechtfertigt ist oder nicht (vgl. 4).
3. a) In seinem (zweiten) Gutachten vom 20. Dezember 2017 kam Dr. B._____ zum Ergebnis, aus psychiatrischer Sicht lägen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor: Subarachnoidalblutung ICD-10 I60.7; Organische emotionale labile (asthenische) Störung ICD-10 F06.6; organische affektive Störung ICD-10 F06.03. Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien keine gegeben. Der Gutachter erläuterte dazu, dass sich an seiner diagnostischen Einschätzung nichts Wesentliches geändert habe. Ausser, dass aufgrund der beklagten depressiven Symptome ab dem Jahr 2015 diese besser neu in der Kategorie der organischen affektiven Störung erfasst seien. Zwar würden auch bei organisch emotional labiler asthenischer Störung depressive Symptome vorkommen. Mit Blick auf die geltend gemachten Beschwerden und Auswirkungen, wie auch eines gewissen Bedarfs an Schonung und Schutz vor ungünstigen Belastungen, rechtfertige sich aber die Diagnose der organischen affektiven Störung. Auch diese sei vor dem Hintergrund der Subarachnoidalblutung zu sehen. Im Verlauf nach der Blutung seien organische Faktoren und psychogene Faktoren zusammengekommen und es hätten sich diese in Form der nun erfassten Diagnose manifestiert. Dabei gehe es auch um psychogene Faktoren, die sich erst nach der ersten Begutachtung im Jahr 2013 manifestiert haben könnten. Zum Beispiel die Folgen eines Mangels an selbstwerterhöhenden Erfahrungen, eines Mangels an Erfolgserlebnissen oder einer strukturierenden Beschäftigung. Wie schon im ersten Gutachten dargelegt, werde gemäss ICD die Diagnose einer organischen Störung gewählt, auch dann wenn psychogene Faktoren eine grosse Rolle spielten. Wenn eine organische Schädigung mit Hirnfunktionsstörung dabei ursächlich eine Rolle spiele. Man würde dann nicht etwa eine

Diagnose aus dem Kapitel F3 der ICD (affektive Störungen) wählen. Insofern ergebe sich aus der vorliegenden eher an den formalen Leitlinien orientierten und neurologische und psychiatrische Aspekte berücksichtigenden diagnostischen Zuordnung kein Widerspruch zu den Diagnosen, die in der Behandlung gestellt worden seien.

Eine manifeste depressive Symptomatik, wie im letzten Bericht aus der Behandlung genannt, habe sich bei seiner Untersuchung nicht mehr dargestellt. Das könne zu einer Besserung passen. Wie schon dargelegt, sei indes wegen der beklagten Zustände mit schwer depressiven Symptomen von einem hohen Bedarf nach Schutz vor ungünstigen Belastungen und Überforderung auszugehen. Bei der organischen affektiven Störung handle es sich vorliegend um ein ähnlich dynamisches Geschehen, was die Auswirkungen anbelange, wie bei einer rezidivierenden depressiven Störung und den dazugehörigen Episoden, die sich zwar in der Regel besserten oder remittierten, aber eben einen gewissen Schonungsbedarf ergäben (Gutachten, S. 19 f.).

b) Im Zusammenhang mit dem Gesundheitsschaden legt der Gutachter dar, er sei zur Überzeugung gelangt, dass beim Versicherten ein gewisses Leiden bestehe und dieser in seinem Wohlbefinden und seiner Lebensqualität eingeschränkt sei. Das Leiden könne aktuell teils aber nur wenig mit der für ein Gutachten erforderlichen Sicherheit spezifiziert und objektiviert werden. Es müsse zu einem grossen Teil auf die Selbstaussagen und die Selbsteinschätzungen des Versicherten abgestellt werden oder auf frühere Expertisen anderer Untersucher, um zu einer Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen Situation zu gelangen. Die Untersuchung sei erschwert gewesen, wegen teils schlechter Kooperation oder wegen nicht authentischer Selbstdarstellung. Letztere habe Zweifel ergeben, dass das, was der Beschwerdeführer an Beschwerden und Symptomen geltend mache, in Form und Ausmass wie geltend gemacht, tatsächlich vorhanden sei. Seine Angaben seien vage gewesen und hätten aggravierend gewirkt. Seine Beschwerdeangaben zu kognitiven Funktionen hätten nicht zu dem gepasst, was tatsächlich an kognitiven Leistungen in der Untersuchung erkennbar gewesen sei, und ein Symptomvalidierungstest habe eine Leistung ergeben, die nicht plausibel gewesen sei, sondern auf Simulation oder eine andere Art der verzerrten Selbstdarstellung hinweise. Gleiches sei ja auch schon bei der ersten Untersuchung im Jahr 2013 aufgefallen. Im damaligen Gutachten sei beschrieben worden, wie der Versicherte in der vorgängigen Untersuchung sich verhalten habe. Es seien damals bei der neuropsychologischen Testung ja auch Auffälligkeiten bei der Symptomvalidierung festgestellt worden. Die aber eher nicht zuungunsten der Versicherten ausgelegt worden seien. Dieser Tendenz werde auch heute gefolgt. Es sei ja mit der Hirnblutung ein organisches Korrelat vorhanden, von dem eine Gesundheitsstörung seinen Ausgang genommen habe. Und Beschwerden mit Affektlabilität und neurasthenischen Symptomen seien nach solchen Schädigungen nicht selten. Und daraus könne sich auch einmal ein depressives

Syndrom entwickeln. Das wäre in diesem Sinne schon plausibel, wie das in den bisherigen Expertisen dargestellt worden sei. Demnach laute die jetzige Einschätzung so, dass der Versicherte sich selber zwar verzerrt darstelle, aber eben doch Leiden und Einschränkungen vorhanden seien. Es sei unklar, weshalb der Beschwerdeführer eine solche Selbstdarstellung wähle. Möglicherweise glaube dieser, dass er nur durch eine verzerrte Selbstdarstellung Anerkennung seines Leidens erhalte.

In der klinischen neurologischen Untersuchung seien keine Defizite feststellbar gewesen. Im klinischen psychischen Befund seien kaum Auffälligkeiten betreffend Befundmerkmale vorhanden gewesen, die auf von aussen objektiv beobachtbaren Parametern gründeten, also die unabhängig von den eigenen Angaben des Versicherten wären. Ein depressives Syndrom könne aktuell nicht nachgewiesen werden. Auch kein psychopathologisch relevantes Angstsyndrom. Es sei indes aufgrund der Berichte von Dr. E. _____ und der Psychiatrischen Klinik Herisau davon auszugehen, dass ein depressives Syndrom vormals vorgelegen habe. Auch wenn manchmal in den Befunden nicht alle qualifizierenden Merkmale genannt seien, die der im jeweiligen Bericht genannten Schwere der Depression entsprächen.

Am ehesten glichen die Befunde, bezüglich derer aus gutachterlich Sicht überzeugend sei, dass sie mit ausreichender Sicherheit vorliegen, einer Art emotionaler Labilität und einem neurasthenischen Syndrom, also einem vor allem subjektiv empfundenen Schwächezustand. Solche eher unspezifischen Symptome seien nicht selten nach einer Hirnblutung wie beim Versicherten.

Da offenbar mehrfach depressive Verstimmungszustände oder Episoden vorgelegen hätten, sei zur Vorbeugung weiterer solcher Zustände ein gewisser Schutz vor ungünstigen Anforderungen erforderlich. In diesem Sinne könne dem Exploranden trotz eventuell vorhandener Funktionen nicht zugemutet werden, sich voll anzustrengen und alle Ressourcen zu mobilisieren, um maximal eine Erwerbsarbeit zu leisten (Gutachten, S. 11 ff.).

c) Bezogen auf die Arbeitsfähigkeit ist dem Gutachten zu entnehmen, dass hinsichtlich der angestammten Tätigkeit davon auszugehen sei, dass diese nicht mehr möglich wäre, weil dabei zu hohe Anforderungen an die Emotionsregelung und Selbststeuerung gestellt wären, die der Versicherte dauerhaft ohne Überforderung wahrscheinlich nicht aufbringen könnte. Diese Einschätzung gelte seit Januar 2015. Was hingegen eine adaptierte Tätigkeit betreffe, habe er keine Gründe nachgewiesen, die verhinderten, dass eine solche Tätigkeit für 4 Stunden am Tag, 2 am Vormittag, 2 am Nachmittag, unterbrochen jeweils von einer mindestens 1-stündigen Pause, durchgeführt werden könnte. Bei einem solchen Pensum würde sich eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 80 % ergeben. Die Bemessung würde berücksichtigen, dass unabhängig von konkret messbaren Defiziten wegen der mehrfach beklagten depressiven Zustände auch ein Schonungsbedarf bestehe. Be-

rücksichtigt sei auch, dass ein gewisser Ermessensspielraum des Gutachters wegen dieses Schonungsbedarfs eher zu Gunsten des Exploranden ausgelegt worden sei. Eine angepasste Tätigkeit wäre eine Arbeit, bei der das Tempo und Pausen frei gewählt werden könnten. Die nicht mit der Arbeit an gefährlichen Maschinen oder in gefährlichen Umgebungen einherginge. Eine Arbeit, bei der Fehler korrigiert werden könnten oder keine gravierenden Auswirkungen hätten. Und bei der keine hohen Anforderungen an die zwischenmenschliche Interaktion gestellt wäre. Eine Arbeit in den Nachtstunden wäre nicht möglich. Konkret vorstellbar wäre etwa eine Hilfstätigkeit in einem Lager oder in der Produktion, in der Gastronomie oder im Dienstleistungsbereich.

Prognostisch sei zu sagen, dass nach gutachterlicher Einschätzung kein Endzustand vorliege. Zwar habe die Gesundheitsstörung ihren Ursprung in einer organischen Hirnschädigung nach einer Hirnblutung. Die psychische Störung sei aber in ihren Auswirkungen sehr abhängig von äusseren Faktoren, dem konkreten Lebensalltag, Erfolgs- und Misserfolgs-erlebnissen, familiäre Situation (psychisch kranke Ehefrau) sowie davon, ob der Versicherte weiter in der Schweiz lebe oder in seine Heimat Bosnien zurückkehre. Von Bedeutung sei aber vor allem auch der Verlauf der Behandlung, eventuelle Erfolge bei der Optimierung der Medikation und des Behandlungssettings. Bei einer günstigen Entwicklung der Umgebungsfaktoren und Erfolgen bei einer Anpassung der Behandlung könnten die Auswirkungen der Gesundheitsstörung schon in einem Jahr geringer sein (Gutachten, S. 23 f.).

4. 4.1 Streitig und zu prüfen ist nun vorliegend anhand der vorstehend zitierten gutachterlichen Ergebnisse, ob seit dem Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache eine wesentliche Änderung im anspruchserheblichen tatsächlichen Sachverhalt eingetreten ist (vgl. oben E. 1.1).

a) Was zunächst die Diagnosestellung in diesem Gutachten betrifft, ist daraus zu entnehmen, seit der letzten Begutachtung sei es aus psychiatrischer Sicht nebst der ursprünglich diagnostizierten organischen emotionalen labilen (asthenischen) Störung auch noch zu einer organischen affektiven Störung gekommen, ein Umstand der sich aus der Kombination von psychogenen und organischen Faktoren ergeben habe (vgl. oben 3.a)). Die gutachterliche Diagnostik stellt sich als durchwegs schlüssig dar. Zwar ist zu beachten, dass von beschwerdeführerischer Seite noch ein aktueller Bericht von Dr. E. _____ vom 25. Januar 2019 (act. 12) beigebracht wurde, in dem dieser zusätzlich von einer andauernden Persönlichkeitsveränderung gemäss ICD-10 sprach. Allerdings erscheint dies ungeeignet (vgl. dazu nachfolgend b) dd)). Im Übrigen bestätigte der behandelnde Arzt in jenem Bericht sämtliche gutachterlich gestellten Diagnosen (vgl. Ziff. 4). Bezogen nun auf die Frage, ob aus diagnostischer Sicht eine wesentliche Änderung seit der ursprünglichen Beurteilung eingetreten ist, muss letzteres ganz klar verneint werden. Gerade Dr. B. _____

fürte in dieser Hinsicht aus, an seiner diagnostischen Einschätzung habe sich „nichts wesentliches geändert“. Gesamthaft fehlt es in diesem Bereich somit an einer massgeblichen Veränderung bzw. Verschlechterung, welche die Basis für eine Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG wäre.

b) aa) Was nun die konkrete medizinische Befunderhebung inklusive deren Würdigung durch den Gutachter (vorliegendes Gutachten S. 10 ff.; erstes Gutachten, IV-act. 82, S. 11) betrifft, wird sogleich augenfällig, welche weitgehende „Übereinstimmung“ im Vergleich zwischen der ersten und der zweiten Begutachtung besteht. So sind dem „Psychischen Befund“ mit Angaben zu Bewusstsein, Denken, Wahrnehmung, Antrieb, Ängste grundsätzlich dieselben psychopathologischen Befunde zu entnehmen, und der Beschwerdeführer hatte dabei im Wesentlichen auch über die gleichen Beschwerden, Ängste und Sorgen geklagt.

bb) Sodann ist auf das Thema der Aggravation einzugehen. Rechtsprechungsgemäss liegt Aggravation oder eine ähnliche Konstellation namentlich vor, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287). Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.3 mit Hinweis, in: SVR 2017 IV Nr. 21 S. 56).

cc) Vergleicht man nun die Würdigung der Befunde im Hinblick auf die Frage nach dem Vorliegen eines Gesundheitsschadens, so ist dem besagten ersten Gutachten vom 13. Juli 2013 zu entnehmen:

Die Beschwerdedarstellung des Exploranden ist nur zum Teil durch die oben genannten Gesundheitsstörungen zu erklären. Für einen grossen Teil der Beschwerdedarstellung sind andere Ursachen wahrscheinlicher. Als solche kommen z. B. eine Selbstlimitierung, Symptomausweitung und Verdeutlichungstendenz in Frage. Im Gespräch wurde das aktive und energiegelasse Bemühen des

Exploranden deutlich, durch seine Weise der Beschwerdedarstellung und durch ein ausweichendes, wenig kooperatives Verhalten bei konkretisierender Nachfrage des Untersuchers das Gespräch zu dominieren. Die Beschwerdedarstellung war dramatisch und theatralisch. Gerade in der neurologischen Untersuchung zeigte sich, dass seine Darstellung wenig authentisch war. Zu diesen Eindrücken passte, dass mit dem Exploranden nicht vernünftig zu erörtern war, welche Arbeiten ihm noch trotz seiner Beschwerden möglich seien oder wie ein Weg der Verbesserung aussehen könne. Die Anamnese mit der Ablehnung des letzten Arbeitsplatzes und der unkritischen Zuschreibung der Schuld für seine Krankheit an den Arbeitgeber, sowie der frühere Umgang mit arbeitsbezogenen Konflikten weisen auf zusätzliche krankheitsfremde Faktoren hin. Daher konnte nicht zu der Überzeugung gelangt werden, dass die vom Exploranden geltend gemachten Beschwerden und Defizite im geltend gemachten Umfang tatsächlich vorhanden sind. Ohne vernünftigen Zweifel sind jedoch Beschwerden und Defizite vorhanden. Das nicht authentische Verhalten des Exploranden erschwert es aber, nachzuweisen, welche Defizite in welchem Ausmass tatsächlich vorhanden sind. (...)" (S. 15 f.)

Im aktuellen Gutachten lautet die entsprechende Beurteilung:

Sein Leiden kann ich teils aktuell aber derzeit nur wenig mit der für ein GA erforderlichen Sicherheit spezifizieren und objektivieren. (S. 12 f.)... Die Untersuchung war erschwert wegen teils schlechter Kooperation oder wegen nicht authentischer Selbstdarstellung. Die Selbstdarstellung ergab Zweifel, dass das was der Explorand an Beschwerden und Symptomen geltend macht, in der Form und dem Ausmass wie geltend gemacht tatsächlich vorhanden ist. Seine Angaben waren vage und wirkten aggravierend. Seine Beschwerdeangaben zu kognitiven Funktionen passten nicht zu dem, was tatsächlich an kognitiven Leistungen in der Untersuchung erkennbar war und ein Symptomvalidierungstest ergab eine Leistung, die nicht plausibel war, sondern auf Simulation oder eine andere Art der verzerrten Selbstdarstellung hinweist. ... Der Explorand stellt sich zwar selbst verzerrt dar. Dass aber eben doch Leiden und Einschränkungen vorhanden sind. Mit seiner verzerrten Selbstdarstellung sorgt er dafür, dass mehr Unsicherheiten betreffend die Befunde bestehen (S. 13).

dd) Unabhängig davon, welches Ausmass nun die vom Beschwerdeführer an den Tag gelegte Verdeutlichungstendenz erreicht, bzw. ob diesbezüglich von Aggravation i.e.S. auszugehen ist, kann jedenfalls festgehalten werden, dass die beiden wiedergegebenen Beurteilungen sich in weiten Zügen als identisch präsentieren. Auch der Gutachter Dr. B. _____ selber wies im Übrigen im zweiten Gutachten im Zusammenhang mit den Feststellungen der Simulation bzw. der verzerrten Selbstdarstellung ausdrücklich darauf hin, dass Gleiches ja bereits im Rahmen der ersten Untersuchung aufgefallen sei (Gutachten, S. 13 oben und S. 21 unten). Von Seiten des Beschwerdeführers wird die Beschwerdeverdeutlichung zwar offenbar nicht bestritten, indessen wird mit Verweis auf die aktuellste Einschätzung von Dr. E. _____ vom 25. Januar 2019 darauf hingewiesen, dass dies ausschliesslich krankheitsbedingt sei (vgl. act. 12). Die Begründung sei, dass sich beim Beschwerdeführer im Zuge der Hirnblutung eine andauernde Persönlichkeitsveränderung eingestellt habe. Diese Beurteilung ist nicht nachvollziehbar. Von Dr. B. _____ wurde eine solche Diagnose mit keinem Wort in Betracht gezogen,

und nebenbei hatte der Gutachter auch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ohne weiteres verneint (Gutachten, S. 15). Die vormaligen Berichte von Dr. E. _____ lassen eine solche Diagnose auch nicht unbedingt als schlüssig erscheinen. Zwar hatte der behandelnde Arzt im Rahmen dieses Rentenrevisionsverfahrens am 10. Mai bzw. am 12. Oktober 2016 einen Verlaufsbericht eingereicht, wo er den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung äusserte (vgl. IV-act. 125 und 139). Begründet wurde dies freilich mit keinem Wort. Die vorliegende aktuellste Stellungnahme von Dr. E. _____ führt ebenfalls nur vage aus, dass sich beim Beschwerdeführer ein nachhaltig verändertes Verhaltensmuster bzw. die besagte ICD-Diagnose eingestellt habe, und es wird auch nicht Stellung dazu bezogen, weshalb nun die einstige Verdachtsdiagnose sich nicht bestätigt habe, sondern eben eine andauernde Persönlichkeitsveränderung anzunehmen sei. Abgesehen davon, dass eine solche Persönlichkeitsveränderung unzureichend aktenmässig dokumentiert ist, erschliesst sich einem prima vista ohnehin nicht, wie sich eine solche Erkrankung in der gutachterlichen Untersuchung genau ausgewirkt haben soll. Erstellt und unbestritten ist, dass beim Versicherten keine die Wahrnehmungs- und Denkfähigkeit oder die Auffassungsgabe beeinträchtigende schwere psychische Erkrankung vorliegt und es verfügt jener über eine normale Intelligenz. Der Beschwerdeführer dürfte sich somit jedenfalls vollauf bewusst gewesen sein, dass seine Darstellungen gegenüber dem Gutachter „verzerrt“ waren. Unter diesen Voraussetzungen wäre schon eine eingehende Begründung zu erwarten, weshalb er nicht in der Lage gewesen sein soll, jene Steuerungsfähigkeit aufzubringen, die erforderlich ist, um „ehrliche“ Angaben zu machen. Eine solche Stellungnahme von Dr. E. _____ fehlt letztlich aber eben gänzlich. Dem Gesagten zufolge bestehen hier eher gewichtige Indizien, dass die Beschwerdeverdeutlichung auf versicherungsrechtlichen Überlegungen beruhte.

ee) Zusammenfassend bestehen keine zuverlässigen Nachweise dafür, dass die Verdeutlichungstendenzen des Beschwerdeführers Krankheitswert haben. Gemäss obigen Erwägungen erscheint vorliegend mit Blick auf das Ergebnis zur Befunderhebung bzw. deren Beurteilung erstellt, dass mit Bezug auf letztere keine massgebliche Änderung seit der ursprünglichen Begutachtung eingetreten ist. Angemerkt sei, dass der Vorwurf von Dr. E. _____ (vgl. Schreiben vom 26. Februar 2018, IV-act. 158) betreffend die unterlassene Durchführung einer neuropsychologischen Begutachtung Fehl am Platz ist. Aufgrund der frappanten Ähnlichkeit zwischen der Gesamtbeurteilung in der ersten Begutachtung – im Rahmen welcher Dr. B. _____ ja ein neuropsychologisches Konsilium beim Facharzt Dr. C. _____ (IV-act. 82, S. 24 ff.) veranlasst hatte – und jener in der zweiten Begutachtung ist vielmehr davon auszugehen, dass eine neuerliche spezialärztliche neuropsychologische Begutachtung zu keinen weiteren wesentlichen Erkenntnissen in Bezug einen Gesundheitsschaden und darauf basierend die

Arbeitsfähigkeitsschätzung zu Tage gefördert hätte. Davon abgesehen ist festzuhalten, dass Dr. E. _____ in dem nämlichen Schreiben vom 26. Februar 2018 nicht geltend machte, dass die neuropsychologische Untersuchung in der Klinik Teufen vom 26. Juli 2017 im Vergleich zum ursprünglichen Rentenverfahren schwerere Befunde ergeben hätte.

c) Im Folgenden ist nun noch auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. B. _____ einzugehen. Dr. B. _____ hatte wie erwähnt festgehalten, aufgrund seiner Untersuchung gehe er hinsichtlich der angestammten Tätigkeit davon aus, dass diese nicht mehr möglich wäre. Was eine adaptierte Tätigkeit betreffe, könne der Versicherte 2 Stunden am Vor-, und 2 am Nachmittag, unterbrochen von einer 1-stündigen Pause leisten, wobei bei einem solchen zeitlich um 50 % reduzierten Pensum die Leistungsfähigkeit um 60 % reduziert wäre, so dass im Ergebnis eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 80 % resultiere (Gutachten, S. 23). Im ersten Gutachten hatte Dr. B. _____ noch festgehalten, in der bisherigen Tätigkeit, die dem Leiden angepasst sei, und damit auch in jeder anderen adaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit nach schrittweiser Besserung seit Dezember 2012 60 %, entsprechend 6 h/Tag mit um 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit wegen leicht reduziertem Arbeitstempo und vermehrten Pausen. Vorliegend wirft die neue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten vom 20. Dezember 2017 Fragen auf. Dr. B. _____ begründet zwar ausführlich die seiner Meinung nach derzeit bestehende Arbeitsfähigkeit in angestammter und adaptierter Tätigkeit, und er nimmt auch Stellung dazu, ab wann die neue Schätzung als massgebend zu erachten sei (ab Januar 2015). Hingegen findet sich letztlich keinerlei fundierte Stellungnahme zu den Gründen, weshalb sich nun die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum ursprünglichen Rentenverfahren reduziert habe. Es lässt sich namentlich auch nicht erschliessen, aus welchen Gründen die angestammte Tätigkeit jetzt überhaupt nicht mehr zumutbar sein soll. Nachdem beim Vergleich des ersten und des zweiten Gutachtens eine weitgehende gleiche Diagnostik, Befunderhebung und gesundheitliche Beurteilung festgestellt wurde, wäre eigentlich zu erwarten gewesen, dass sich auch an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht gross etwas ändern würde. Dr. B. _____ hat im Vergleich zur ersten Begutachtung de facto aber eine Verdoppelung der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit von 40 % auf 80 % attestiert. Dies ist nicht nachvollziehbar. Es sei an dieser Stelle betont, dass fragliche gutachterlichen Einschätzungen zu Diagnostik, Befunderhebung und gesundheitliche Beurteilung durchaus plausibel sind und dem von der Rechtsprechung geforderten Standard (vgl. BGE 125 V 351) entsprechen. Dieser Teil des Gutachtens ist daher grundsätzlich ohne weiteres verwertbar. Da sich die Annahme eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der schlüssigen Ergebnisse der gutachterlichen Untersuchung indes nicht halten lässt, kann die schlussendlich bezifferte Arbeitsfähigkeit für die vorliegende Revisionsbeurteilung nicht übernommen werden. Mit anderen

Worten ist aufgrund des Gutachtens eine massgebliche Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit nicht erstellt, womit diesbezüglich keine tatsächliche Änderung im Sinne von Art. 17 ATSG anzunehmen ist.

4.2 Zu prüfen bleibt, ob eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit im Sinne der Voraussetzungen von Art. 17 ATSG in diesem Fall anderweitig ausreichend dokumentiert erscheint.

a) Was die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. E. _____ betrifft, wurde schon im Rahmen vorstehender Erwägungen deutlich, dass jene in diesem Rentenüberprüfungsverfahren nicht für massgebend erachtet werden können. Dr. E. _____ begründete wie erwähnt völlig unzureichend, wie es zur Entstehung der Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung gekommen sein soll bzw. wie sich diese auf das Aussageverhalten des Beschwerdeführers in der Begutachtung negativ ausgewirkt hat. Nicht nachvollziehbar erscheinen sodann aber auch die Einschätzungen von Dr. E. _____ zur Depression. Noch in seinen Verlaufsberichten vom 10. Mai bzw. vom 12. Oktober 2016 hatte der behandelnde Psychiater eine „schwere depressive Episode im Rahmen einer organischen affektiven Störung“ diagnostiziert und dabei eine düstere Prognose in Bezug auf eine Verbesserung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. IV-act. 125 und 139). Derweil hielt Dr. E. _____ in seinem neusten – erst im Beschwerdeverfahren eingereichten – Bericht vom 25. Januar 2019 unter Ziff. 4 ausdrücklich fest, dass die gutachterlichen Diagnosen bestätigt werden könnten, wobei aber eben noch die andauernde Persönlichkeitsänderung hinzukomme (act. 12). Bedenkt man nun, dass Dr. B. _____ in seinem Zweitgutachten festhielt, dass sich in seiner Untersuchung keine depressive Symptomatik gezeigt habe (was ja von Dr. E. _____ nunmehr offenbar gutgeheissen wird), stellt sich unweigerlich die Frage, wie es seit den besagten Verlaufsberichten zu einer derart massiven Verbesserung in Bezug auf die depressive Problematik gekommen sein soll. An diesen Zweifeln ändert die Feststellung von Dr. B. _____ nichts, gemäss welcher aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte davon ausgegangen werden könne, dass ein depressives Syndrom vormals tatsächlich bestanden habe. Vielmehr scheint Dr. B. _____ die von Seiten des behandelnden Arztes angegebene Schwere der depressiven Episode zu hinterfragen, worauf auch seine Angabe hindeutet, wonach in den anamnestischen Befunden manchmal nicht alle qualifizierenden Merkmale genannt seien, die der im jeweiligen Bericht genannten Schwere der Depression entsprechen würden. Soweit nun also Dr. E. _____ einerseits damals in seinen Verlaufsberichten eine schwere depressive Episode und eine ungünstige Prognose stellte und auch noch in seinem letzten Bericht von einem „weitgehend therapieresistenten Krankheitsverlauf“ sprach (vgl. act. 12, Ziff. 5), andererseits nunmehr aber das Fehlen einer depressiven Episode bestätigt (und damit eine

rigorose Verbesserung impliziert), wirken seine Angaben widersprüchlich. Es bestehen insgesamt erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der Berichterstattung von Dr. E._____ und es kann dieser für das vorliegende Verfahren keinerlei Beweiswert zuerkannt werden.

b) Was schliesslich die weiteren Akten nach der Erstberentung betrifft, vermögen diese eine relevante Verschlechterung im Sinne von Art. 17 ATSG ebenfalls nicht zu belegen. Das Psychiatrische Zentrum Appenzell Ausserrhoden, in welchem der Beschwerdeführer – aufgrund der Zuweisung von Dr. E._____ – vom 25. Januar bis 17. Februar 2016 stationiert war, diagnostizierte zwar gleich wie der behandelnde Psychiater eine „rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome“ (vgl. Austrittsbericht vom 29. Februar 2016, IV-act. 121, S. 3 ff). Ebenso hatten die Ambulanten Psychiatrischen Dienste dieses Zentrums, bei denen sich der Versicherte vom 28. September bis 11. November 2016 in tagesklinischer Behandlung befand, in ihrem Bericht an die IV-Stelle vom 9. Februar 2017 namentlich diese Diagnose gestellt (IV-act. 143). Die betreffenden Berichte erscheinen für die Beurteilung der vorliegenden Belange allerdings als wenig aussagekräftig. Dies gilt nur schon mit Blick auf die Diagnose einer schweren depressiven Episode, an deren Vorliegen gemäss vorstehenden Ausführungen erhebliche Zweifel bestehen (vgl. zuvor a)). Letztlich nimmt der Austrittsbericht vom 29. Februar 2016 zur Frage der Arbeitsfähigkeit bzw. einer allfälligen Verschlechterung derselben seit der letzten Begutachtung auch gar nicht konkret Stellung. Der Bericht über die tagesklinische Behandlung seinerseits, welcher (ohne einlässliche Begründung) für den Zeitraum vom 11. Juli bis 9. November 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % annahm, darüber hinaus aber zur Frage (einer Verschlechterung) der Arbeitsfähigkeit nicht Stellung bezog, erweist sich hier ebenso als nur beschränkt brauchbar.

5. Zusammenfassend ist eine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der ursprünglichen Berentung aufgrund der vorliegenden Akten nicht erstellt. Entsprechend erscheint eine erhebliche Änderung des IV-Grades im Sinne von Art. 17 ATSG nicht gegeben. Das Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers ist mithin unbegründet. Zuzufolge der Annahme eines unveränderten Gesundheitszustandes seit der ersten Begutachtung fehlt es aber auch an einer Grundlage für die vollständige Aufhebung der IV-Rente, wie sie von der IV-Stelle gefordert wird.
6. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde 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 Entscheidegebühr 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 an das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Monika Epprecht

versandt am: 27. November 2019