

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Urteil vom 19. November 2019

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichterin D. Sieber Oberrichter H.P. Fischer, M. Schneider, E. Graf Obergerichtsschreiberin M. Epprecht
Verfahren Nr.	O3V 19 2
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 4. Januar 2019

Rechtsbegehren

a) des Beschwerdeführers:

1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei mindestens eine halbe IV-Rente zu gewähren.
2. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Streitsache sei an die Vorinstanz zwecks Neuabklärung und Neuentscheidung zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7% Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

A. Der am XX.XX.1960 geborene A. _____ erlitt 2007 einen Herzinfarkt. 2011 musste ihm ein Hautmelanom entfernt werden. Per 31. Dezember 2014 löste A. _____ sein seit 1992 bestehendes Arbeitsverhältnis mit der B. _____, auf (IV-act. 15-2/13). Am 9. November 2015 meldete sich A. _____ wegen Depressionen, Angst und Müdigkeit – bestehend seit dem im Jahr 2007 erlittenen Herzinfarkt – bei der IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden an und beanspruchte Leistungen der Invaliden-versicherung (IV-act. 1). Die IV-Stelle klärte in der Folge den erwerblichen und medi-zinischen – unter anderem holte sie bei der Swiss Medical Assessment- and Business-Center (SMAB AG) ein bidisziplinäres Gutachten ein (IV-act. 64) – Sachverhalt ab. Mit Vorbescheid vom 2. August 2018 kündigte die IV-Stelle A. _____ die Abweisung des Leistungsbegehrens an (IV-act. 102). Dagegen liess A. _____ am 11. September 2018 Einwand erheben (IV-act. 106). In der Verfügung vom 4. Januar 2019 hielt die IV-Stelle an ihrem Vorbescheid fest und wies das Leistungsbegehren von A. _____ ab (IV-act. 108).

B. Gegen die Verfügung vom 4. Januar 2019 liess A. _____ am 21. Januar 2019 mit den eingangs erwähnten Anträgen Beschwerde beim Obergericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden erheben (act. 1). Mit Verfügung vom 5. Februar 2019 schrieb der Einzelrichter des Obergerichts das Gesuch von A. _____ im Verfahren ERV 19 6 um unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Verbeiständung zufolge Rückzugs des

Gesuchs ab (act. 5). Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 11. Februar 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. 8).

- C. Am 13. März 2019 liess A. _____ die Replik einreichen (act. 11). Die IV-Stelle verzichtete stillschweigend auf eine Duplik.

Erwägungen

1. Formelles

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.

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG, bGS 143.1)).

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2

Der Beschwerdeführer liess in formeller Hinsicht zum einen beantragen, es seien die Mediziner der Klinik C. _____ als sachverständige Zeugen zu ihren Feststellungen und Beobachtungen im Zusammenhang mit der Behandlung 2017 zu befragen (act. 1-4/6). Zuhanden des behandelnden Psychiaters des Beschwerdeführers, Dr. D. _____, liegt ein Bericht der Klinik C. _____ über die integrative tagesklinische Behandlung vom 6. November 2017 bis zum 15. Dezember 2017 vor, welcher nebst der Anamnese, dem Psychostatus bei Eintritt auch den Verlauf der Therapien, die Medikation bei Austritt, die Arbeitsfähigkeit bei Austritt sowie das weitere Procedere beinhaltet (IV-act. 88). Da die wesentlichen Feststellungen und Beobachtungen hinsichtlich der Behandlung bereits im erwähnten Bericht festgehalten wurden, ist eine (zusätzliche) Befragung der in der Klinik C.

_____ behandelnden Ärzte nicht notwendig (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3). Dies gilt auch für die vom Beschwerdeführer beantragte Einvernahme der Berichterstatter der Kliniken E._____, G. _____ und F. _____ zur Situation, dass er während Jahren in psychiatrischer Behandlung stehe und sich keine Verbesserung eingestellt habe (act. 1-4/6). Die Dauer der psychiatrischen Behandlung, die von den Ärzten gestellten Diagnosen und Feststellungen zum Verlauf der Beschwerden ergeben sich aus den Berichten der genannten Kliniken und es bedarf hierzu keiner weiteren Einvernahmen. Der Antrag des Beschwerdeführers auf eine Gerichtsexpertise ist abzuweisen, da entgegen seiner Ansicht im Gutachten der SMAB AG die Krebserkrankung berücksichtigt, mangels Hinweisen auf aktuell bestehende Probleme aber als nicht relevant für die Arbeitsfähigkeit beurteilt wird (IV-act. 64-36ff/49). Auch der Beschwerdeführer bringt keine Belege bezüglich aktuell bestehender Beschwerden bei, weshalb hierzu keine weiteren Abklärungen notwendig sind (Art. 43 Abs. 1 ATSG).

Zusammenfassend sind somit keine weiteren Beweisabnahmen erforderlich.

2. Materielles

2.1

2.1.1

Nach Art. 8 Abs. 1 ATSG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die unter anderem während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem In-

validitätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.1.2

Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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 der Ärztin oder des Arztes 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 99 E. 4).

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht die Beweismittel unabhängig davon, 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 die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht 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 Experten begründet sind (134 V 231 E. 5.1).

2.2

Die IV-Stelle erachtet das Gutachten der SMAB AG grundsätzlich als regelrecht erstellt, vollständig und als verwertbar. Aufgrund der Feststellungen im Gutachten – d.h. aufgrund der vorhandenen Ressourcen, dem fehlenden Leidensdruck und der nicht erheblichen Komorbiditäten – geht jedoch die IV-Stelle von einer Arbeitsfähigkeit von 100% für adaptierte Tätigkeiten aus. Nach Ansicht der IV-Stelle liegt keine Invalidität im Sinne der Rechtsprechung vor.

Der Beschwerdeführer erhebt verschiedene formelle Einwände gegen das Gutachten der SMAB AG, stützt sich im Wesentlichen aber dennoch darauf ab und beantragt, dass die Vorinstanz auf das von ihr in Auftrag gegebene Gutachten zu behaften und ihm mindestens eine halbe Invalidenrente zu gewähren sei.

2.3

Aus den vorhandenen Akten geht in Bezug auf die somatischen und psychischen Beschwerden der folgende Sachverhalt hervor:

2.3.1

Der Beschwerdeführer erlitt im September 2007 einen Herzinfarkt (IV-act. 12-3/9).

Im Bericht vom 18. Juli 2013 über die erfolgte Jahreskontrolle berichtete Dr. H. _____, Facharzt FMH Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, Klinik I. _____, über einen erfreulichen und stabilen Verlauf. Der Beschwerdeführer sei kardial weitgehend beschwerdefrei und im Alltag normal belastbar (IV-act. 12-7/9).

Im Kurzaustrittsbericht vom 10. Februar 2016 der Klinik G. _____ über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 9. Februar 2016 bis 10. Februar 2016 wurde unter anderem ein paroxysmales typisches Vorhofflattern, muskuloskeletale thorakale Schmerzen und eine koronare Eingefässerkrankung diagnostiziert. Der Beschwerdeführer sei notfallmässig wegen bereits seit dem Vorabend bestehenden thorakalen Schmerzen zugewiesen worden. Bei zunächst unauffälligem EKG sowie auch im Verlauf negativen kardialen Biomarkern habe ein akutes kardiales Ereignis im Sinne eines akuten Koronarsyndroms ausgeschlossen werden können. Am Morgen des 10. Februar 2016 habe sich im Verlaufs-EKG ein typisches Vorhofflattern gezeigt. Sie hätten eine therapeutische Antikoagulation mit Fragmin begonnen und es werde eine Echokardiographie Ende der Woche empfohlen. Der Beschwerdeführer habe weitgehend beschwerdefrei entlassen werden können (IV-act. 24).

Im Kontrollbericht vom 18. Februar 2016 erklärte Dr. H. _____, dass sich von Seiten der koronaren Herzkrankheit ein stabiler Verlauf zeige, ohne Hinweise auf eine relevante Progression. Die letzte Woche verspürten Beschwerden seien koronartypisch gewesen und am ehesten muskuloskeletal bedingt. Diese seien in der Zwischenzeit wieder verschwunden. Während der Hospitalisation im Klinik G. _____ habe erstmalig ein paroxysmales Vorhofflattern dokumentiert werden können (IV-act. 52-12f/16).

Dr. H. _____ gab im Arztbericht vom 8. Januar 2017 an, von kardiologischer Seite her zeige sich ein stabiler Verlauf. Die jährlichen Kontrollen hätten keine Hinweise auf eine

Progression der koronaren Herzkrankheit ergeben. Das am 10. Februar 2016 erstdiagnostizierte rechtsatriale Vorhofflattern sei am 24. März 2016 im Kantonsspital elektrophysiologisch erfolgreich behandelt worden. Seither keine Hinweise auf ein Rezidiv. Am 17. Februar 2016 sei eine ambulante kardiologische Kontrolle im Klinik I. _____ erfolgt und im September 2016 habe das 24h-EKG keinen Nachweis von relevanten Rhythmusstörungen erbracht. Subjektiv gehe es dem Beschwerdeführer aber nicht gut, er sei sehr ängstlich (IV-act. 52-1ff/16).

Im Gutachten der SMAB AG vom 1. Juni 2017 wurde in den Akten ein weiterer Bericht von Dr. H. _____ vom 2. Februar 2017 zitiert, wonach sich beim Beschwerdeführer Thoraxwandschmerzen vor allem linksseitig auslösen liessen. Dies mache die Beurteilung der kardialen Situation schwierig. Eine Progression der koronaren Herzkrankheit könne nicht ausgeschlossen werden und zur Klärung der Situation werde eine erneute Koronarangiographie empfohlen (IV-act. 64-8/49).

Im internistischen Teilgutachten von Dr. J. _____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, führte er aus, dass die kardiovaskuläre Situation von organischer Seite her im Moment als sehr wahrscheinlich stabil und günstig betrachtet werden dürfe. Wahrscheinlich, weil extrakardiale Beschwerden vorlägen, eine zusätzliche leichte Belastungsischämie dagegen nicht mit letzter Sicherheit auszuschliessen sei. Die Arbeitsfähigkeit werde durch die koronare Herzkrankheit nicht grundsätzlich beeinträchtigt, jedoch spreche die erwähnte leichte Unsicherheit bezüglich einer möglichen Belastungsischämie, der aktuell mässige Trainingszustand als auch die koronare Herzkrankheit an sich gegen die künftige Ausübung einer körperlich schweren Arbeit. Gegen eine körperlich leichte bis gegen mittelschwere Tätigkeit sei von kardiovaskulärer Seite nichts einzuwenden (IV-act. 38f/49).

2.3.2

Gemäss dem Beschwerdeführer musste ihm 2012 ein bösartiger Hauttumor an der Stirn operativ entfernt werden (IV-act. 18-5/7).

Der internistische Teilgutachter Dr. J. _____ diagnostizierte ein Status nach Melanomexzision frontoparietal links, Kantonsspital K. _____, 2011. Gemäss dem Gutachter weist der Beschwerdeführer eine auffallende Narbe frontal am Kopf nach Exzision des Melanoms auf. Hinweise für ein Rezidiv des Hautmelanoms wie auch Hinweise auf andere relevante internistische Leiden lägen nicht vor (IV-act. 64-36ff/49).

2.3.3

Dr. L. _____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik C. _____, stellte im Bericht vom 13. März 2013 eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt einhergehend mit einer generalisierten Angststörung im Rahmen der Störung der Stressmodulationsfähigkeit (ICD-10: F42.22, F41.1) fest (IV-act. 12-8f/9). Im Bericht vom 12. Januar 2016 diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.11/2) seit 2010 und eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) seit 2007. Unter therapeutischen Massnahmen sei mit der Erhaltung einer 50%-igen verwertbaren Arbeitsfähigkeit zu rechnen (IV-act. 19).

Im Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden vom 23. Februar 2016 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 4. Februar 2016 bis 9. Februar 2016 wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) und generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) gestellt.

Im Verlaufsbericht vom 16. April 2016 stellte Dr. L. _____ eine leichte Rückbildung der depressiven Symptomatik bei im Übrigen gleichbleibenden Diagnosen fest (IV-act. 33).

Dr. D. _____, diagnostizierte im Bericht vom 20. Juni 2016 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10: F33.11, F33.2), eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) sowie eine koronare Krankheit. Der Beschwerdeführer sei momentan nicht in der Lage, die Ansprüche einer beruflichen Eingliederung zu erfüllen. Er könne zu therapeutischen Zwecken in einem geschützten Rahmen unter fachlicher Leitung eine 50%-ige Tätigkeit ausführen (IV-act. 41).

Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. M. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1) sowie einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1) gestellt. Weiter wurde ausgeführt, dass Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten und Selbstbehauptungsfähigkeit beständen. Ab 1. Dezember 2015 sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aufgehoben. In einer optimal adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Durch eine Therapieintensivierung könne die Arbeitsfähigkeit und auch die längerfristige Prognose relevant verbessert werden (IV-act. 64-26ff/49).

Im Arztbericht vom 18. Dezember 2017 hielt Dr. D. _____ an seiner früher gestellten Diagnose fest und erklärte, der Beschwerdeführer sei aus der Hospitalisation in der Klinik C. _____ in etwas gebessertem Zustand entlassen worden. Seit Beginn seiner Behandlung am 16. April 2016 sei er zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 85).

Im Bericht der Klinik C. _____ vom 19. Dezember 2017 über die ambulante integrative psychosomatische Behandlung vom 6. November 2017 bis 15. Dezember 2017 des Beschwerdeführers wurde über eine minime Verbesserung des psychopathologischen Zustandsbilds während der Behandlung berichtet (IV-act. 88).

Dr. D. _____ wies im Verlaufsbericht vom 4. Mai 2018 auf einen stationären Gesundheitszustand und eine unveränderte Diagnose hin (IV-act. 98).

2.4

Zu prüfen sind zunächst die vom Beschwerdeführer erhobenen diversen formellen Einwände gegen das Gutachten der SMAB AG.

2.4.1

Die Behauptung des Beschwerdeführers, das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene Gutachten nenne sich polydisziplinär, sei aber nur bidisziplinär durchgeführt worden, geht ins Leere. Bereits die Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) lautete auf eine bidisziplinäre Begutachtung (IV-act. 53-2/2) und auch die Anfrage für ein Gutachten an die SMAB AG (IV-act. 54), die jeweiligen Mitteilungen der IV-Stelle an den Beschwerdeführer (IV-act. 56 und IV-act. 60) und das Aufgebot der SMAB AG an den Beschwerdeführer (IV-act. 62) weisen deutlich auf eine bidisziplinäre Begutachtung hin. Soweit der Beschwerdeführer mit seinen Vorbringen rügen möchte, es hätte ein polydisziplinäres Gutachten gebraucht, ist ihm entgegenzuhalten, dass er das Schreiben der IV-Stelle vom 17. Februar 2017, in welcher ihm die Begutachtungsstelle, der Ort sowie der Inhalt der Abklärungen mitgeteilt wurde, nicht beanstandet hat (IV-act. 60). Ebensowenig sind Beanstandungen irgendwelcher Art während der Untersuchungen seitens des Beschwerdeführers belegt. Da verfahrensrechtliche Einwendungen so früh wie möglich, d.h. nach Kenntnisnahme eines Mangels bei erster Gelegenheit vorzubringen sind, wäre diese Rüge somit ohnehin verwirkt (Urteil des Bundesgerichts 8C_635/2018 vom 21. Dezember 2018 E. 5.3.2 mit Hinweis auf BGE 143 V 66 E. 4.3).

2.4.2

Der Beschwerdeführer rügt weiter, die ablehnende Verfügung der IV-Stelle beschränke sich nur auf die psychiatrische Problematik. Dabei bestehe auch eine somatische Komorbidität, was in der angefochtenen Verfügung fehle. Daher müsse sie aufgehoben und die Streitsache zur Neubeurteilung zurückgewiesen werden.

2.4.2.1

In diesem Zusammenhang behauptet der Beschwerdeführer zum einen, die Krebsproblematik sei nicht ins Gutachten einbezogen oder gewichtet worden. Er stehe diesbezüglich immer noch in Behandlung, zuletzt bei Dr. N. _____ im Dezember 2018.

Dieser Behauptung kann nicht gefolgt werden. Im Gutachten wird die Diagnose – Status nach Melanomexzision frontoparietal links – als ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bezeichnet und hierzu vom internistischen Teilgutachter ausgeführt, dass nach Exzision des Melanoms eine auffallende Narbe frontal am Kopf bestehe, die Haut ansonsten im Wesentlichen unauffällig sei (IV-act. 64-37/49 und IV-act. 64-36/49). Der Beschwerdeführer berichte von gelegentlichen Kontrollen beim Hautarzt (IV-act. 64-33/49). Es lägen keine Hinweise für ein Rezidiv des Hautmelanoms vor (IV-act. 64-38/49). Aus dem Leistungsauszug der Krankenkasse O. _____, welche den Behandlungszeitraum Februar 2012 bis März 2018 umfasst, ergibt sich, dass der Beschwerdeführer in der Regel zwei- bis dreimal pro Jahr Dr. N. _____ aufsuchte (IV-act. 99-3ff/16). Die im Gutachten erwähnten gelegentlichen Kontrollen beim Hautarzt sind somit ausgewiesen. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Behandlung vom Dezember 2018 bei Dr. N. _____ ist aktenmässig nicht nachgewiesen und der Beschwerdeführer hat hierzu auch keinen Arztbericht vorgelegt. Daher darf davon ausgegangen werden, dass sie präventiv und damit im Rahmen der gelegentlichen Kontrolluntersuchungen erfolgt ist (act. 1/2).

2.4.2.2

Zum anderen bringt der Beschwerdeführer vor, er habe einen Herzinfarkt erlitten und sei diesbezüglich noch nicht ganz gesund.

Dem ist entgegenzuhalten, dass der behandelnde Kardiologe Dr. H. _____ von einem stabilen Verlauf ausgeht (IV-act. 52-3/16). Auch Dr. J. _____ bezeichnet im Gutachten die kardiovaskuläre Situation als sehr wahrscheinlich stabil und günstig mit einem Vorbehalt bezüglich einer leichten Belastungsischämie. Er befürwortete daher, um letztere ausschliessen zu können, eine invasive Kontrolle (IV-act. 64-38f/49). Weiter führte er aus, dass die koronare Herzkrankheit die Arbeitsfähigkeit an sich nicht grundsätzlich beeinträchtige, jedoch lägen Umstände vor, die gegen die Ausübung einer körperlich

schweren Arbeit sprächen. Gegen eine körperlich leichte bis gegen mittelschwere Tätigkeit sei hingegen aus kardiovaskulärer Sicht nichts einzuwenden (IV-act. 64-39/49).

2.4.2.3

Zusammenfassend wird somit im Gutachten SMAB AG in somatischer Hinsicht sowohl die kardiologische Erkrankung als auch die Krebserkrankung berücksichtigt. Die IV-Stelle stützt sich, wie bereits erwähnt, grundsätzlich auf das Gutachten ab und erachtet sowohl das psychiatrische als auch das internistische Teilgutachten hinsichtlich der Diagnosen als schlüssig. In Bezug auf das internistische Teilgutachten, welches dem Beschwerdeführer in der bisherigen, körperlich als nicht schwer zu taxierenden, und adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiert, geht die IV-Stelle sogar mit der Arbeitsfähigkeits-schätzung des Gutachtens konform. Insofern geht die Rüge des Beschwerdeführers, wonach die somatische Komponente in der Verfügung fehle, ins Leere.

2.4.3

Der Beschwerdeführer rügt sodann, die angefochtene Verfügung sei auch in psychiatrischer Hinsicht unbegründet, weil sie von falschen Annahmen beziehungsweise Fakten ausgehe (act. 1/3).

Was die Anzahl der teil- oder stationären Aufenthalte des Beschwerdeführers in einer Klinik betrifft, wird die integrative tagesklinische Behandlung vom 9. Februar 2015 bis 6. März 2015 in der Klinik C. _____ in den dem SMAB AG Gutachten zugrundeliegenden Akten nicht erwähnt (act. 2.3; IV-act. 64-3ff/49 und IV-act. 64-26/49). Lediglich in den Angaben des Beschwerdeführers findet sich der Hinweis, er habe 2012 (?) bei Dr. L. _____ eine tagesklinische Behandlung absolviert und danach die ambulante psychiatrische Behandlung weitergeführt (IV-act. 64-23/49). Somit hat der Beschwerdeführer im 2015 eine tagesklinische Behandlung von rund einem Monat absolviert. Im Februar 2016 befand er sich während 5 Tagen stationär im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden (IV-act. 31). In der Klinik E. _____ war er im Juni 2017 lediglich zu einem Vorgespräch (IV-act. 77-2/8). Ende 2017 war er in der Klinik C. _____ während 1 ½ Monaten in einer ambulanten integrativen psychosomatischen halbtagesklinischem Behandlungsprogramm (IV-act. 88). Die RAD-Ärztin Dr. P. _____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte hierzu im Bericht vom 17. Januar 2018, dass der Beschwerdeführer ihrer Ansicht nach mit dem halbstationären Aufenthalt in der Klinik C. _____ die Therapie-Auflage erfüllt habe und zusätzliche medizinische Massnahmen nicht notwendig seien. Auch wenn sich die tagesklinische Behandlung des Beschwerdeführers von rund einem Monat im 2015 lediglich aus den Selbstangaben des Beschwerdeführers ergibt, ist somit von einem stationären Aufenthalt von 5 Tagen 2016 und teilstationären

Aufenthalt von gesamthaft rund 2 ½ Monaten im 2015 und 2017 auszugehen. Eine Neuprüfung durch die IV-Stelle erübrigt sich damit.

Was den in der angefochtenen Verfügung angesprochenen Leidensdruck betrifft, ergibt sich aus den Akten, dass der ehemalige behandelnde Psychiater Dr. L. _____ einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers für unverzichtbar hielt (IV-act. 27), der Beschwerdeführer den geplanten stationären Aufenthalt im Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden aber vorzeitig abbrach (IV-act. 31) und einen neuen behandelnden Psychiater, Dr. D. _____, aufsuchte (IV-act. 37). Letzterer schloss im Arztbericht vom 20. Juni 2016 eine erneute stationäre Behandlung nicht aus (IV-act. 40-3/6). Im psychiatrischen Teilgutachten wies Dr. M. _____ darauf hin, dass die erforderliche Therapieintensivierung – möglichst stationäre, mindestens aber teilstationäre psychiatrische Behandlung, ausreichend lange – noch nicht zustande gekommen sei (IV-act. 64-28f/49). Im Mai/Juni 2017 meldete Dr. D. _____ den Beschwerdeführer für eine stationäre Therapie in der Klinik E. _____ an, der Beschwerdeführer lehnte in der Folge aber einen stationären Aufenthalt ab (IV-act. 69-2/14; IV-act. 75 und IV-act. 77-3/8). Ende 2017 trat der Beschwerdeführer dann doch in der Klinik C. _____ ein ambulant integratives psychosomatisches halbtagesklinisches Behandlungsprogramm während 1 ½ Monaten an (IV-act. 88). Insofern erweist sich die vom Beschwerdeführer kritisierte Aussage der IV-Stelle, wonach er erst auf Druck hin eine teilstationäre psychiatrische Therapie wahrgenommen habe, nicht als offensichtlich falsch (act. 2.1 und act. 1/3).

Auch die von der IV-Stelle in Zweifel gezogene Regelmässigkeit der psychiatrischen Behandlung bei Dr. D. _____ erweist sich mit Blick auf die Akten nicht per se als unzutreffend, da sich die Angaben im Verlaufsbericht von Dr. D. _____ betreffend Anzahl der ambulanten Behandlungen im Jahr 2017 und 2018 mit dem Leistungsauszug der Krankenkasse O. _____ nur teilweise decken (IV-act.1/4; IV-act. 98 und IV-act. 99-3f/16).

2.4.4

Zusammenfassend ist in Bezug auf die formellen Einwände festzuhalten, dass den vom Beschwerdeführer erhobenen Rügen gegen das SMAB AG Gutachten nicht zu folgen ist.

2.5

Das bidisziplinäre Gutachten der SMAB AG vom 1. Juni 2017 ist grundsätzlich – mit Ausnahme der Arbeitsfähigkeitsschätzung – unbestritten (IV-act. 64). Sowohl die IV-Stelle als auch der Beschwerdeführer stützen sich in ihren Ausführungen auf das Gutachten als massgebliche Beweisgrundlage. Nachdem das Gutachten 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 hinsichtlich der Schlussfolgerungen schlüssig erscheint, kommt dem SMAB AG Gutachten voller Beweiswert zu.

Streitig und zu prüfen ist jedoch, ob die IV-Stelle von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des psychiatrischen Gutachters, welche nach interdisziplinärer Konsensbesprechung Eingang in die Gesamtbeurteilung fand und eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit bejahte, abweichen und eine Invalidität verneinen durfte.

2.5.1

Im bidisziplinären Konsens kamen die Gutachter der SMAB AG unter Berücksichtigung beider Fachgebiete zum Ergebnis, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aufgehoben sei und in einer leidensadaptierten Tätigkeit 50% betrage. Geeignet seien überwiegend sachbetonte, gut strukturierte, kognitiv einfache, regelmässige Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. Nicht geeignet seien unregelmässige Arbeitszeiten sowie Schichtdienst. In somatischer Hinsicht seien körperlich leichte bis gegen mittelschwere Tätigkeiten wechselbelastend möglich (IV-act. 64-10ff/49).

In der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2019 kam die IV-Stelle – entgegen der Beurteilung ihres RAD, welcher das Gutachten als plausibel und den Gesundheitszustand psychiatrisch und kardiologisch als ausgewiesen erachtete (IV-act. 67) – zum Schluss, dass aufgrund der vorhandenen Ressourcen, dem fehlenden Leidensdruck und der nicht erheblichen Komorbiditäten von einer Arbeitsfähigkeit von 100% für adaptierte Tätigkeiten auszugehen sei. Ferner fügte die IV-Stelle als weiteren Punkt hinzu, dass die Gutachter eine deutliche Beschwerdebetonung wahrgenommen hätten, insbesondere sei der Eindruck einer Übertreibung der mit der Depression verbundenen Einschränkungen entstanden. Gesamthaft sei die invalidisierende Wirkung einer mittelgradig rezidivierenden depressiven Störung auszuschliessen (act. 2.1).

2.5.2

Gemäss BGE 141 V 281 ergibt sich hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, dass sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren haben; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung. Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen

gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte. Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind. Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 8C_635/2018 vom 21. Dezember 2018 E. 6.1 mit zahlreichen Hinweisen).

2.5.3

2.5.3.1

Hinsichtlich der Kategorie „funktioneller Schweregrad“, dem Komplex „Gesundheitsschädigung“ und dem Indikator „Komorbiditäten“ brachte die IV-Stelle vor, es lägen keine erheblichen Komorbiditäten vor (act. 2.1). Im psychiatrischen Teilgutachten wies Dr. M. _____ darauf hin, dass neben der rezidivierenden depressiven Störung zusätzlich eine generalisierte Angststörung vorliege (IV-act. 64-28/49). Im bidisziplinären Gutachten wird unter dem Titel „Diagnosen“ ausgeführt, dass keine wesentlichen Wechselwirkungen der Diagnosen beständen (IV-act. 64-16/49).

Es ist somit festzustellen, dass das Gutachten in diesem Punkt mit der IV-Stelle konform geht, weshalb die IV-Stelle ihre vom Gutachten abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht mit dem Indikator „Komorbiditäten“ zu begründen vermag.

2.5.3.2

Die IV-Stelle brachte hinsichtlich der Kategorie „funktioneller Schweregrad“, Komplex „Persönlichkeit“ und Komplex „Sozialer Kontext“ vor, gemäss Gutachten seien dem Beschwerdeführer gute Ressourcen zuzuschreiben. Er habe eine gute Beziehung zu den Kindern wie auch zur Ehefrau, einen relativ aktiven Tagesablauf und pflege Kontakte mit Freunden sowohl innerhalb als auch ausserhalb seines Zuhauses (act. 2.1). Im psychiatrischen Teilgutachten wird ausgeführt, dass sich von der Persönlichkeit her selbstunsichere und abhängige Persönlichkeitszüge zeigen, im Sinne einer Persönlichkeitsvariante. Die soziale Situation – Wohnsituation, finanzielle Situation – sei bislang noch stabil, wobei der Beschwerdeführer Zukunftsängste in finanzieller Hinsicht habe. Ressource sei die stabile Beziehung zu den erwachsenen Kindern und auch eine gute emotionale Unterstützung durch die Ehefrau (IV-act. 64-28/49). In der bidisziplinären Beantwortung der Fragen wird zusätzlich ausgeführt, dass direkte negative funktionelle Folgen sozialer Belastungen nicht vorlägen (IV-act. 64-15/49).

Somit ist erneut festzustellen, dass die IV-Stelle mit dem Gutachten in diesem Punkt übereinstimmt, weshalb die IV-Stelle ihre vom Gutachten abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht mit dem Komplex „Persönlichkeit“ und Komplex „Sozialer Kontext“ zu begründen vermag.

2.5.3.3

Hinsichtlich der Kategorie „Konsistenz“, brachte die IV-Stelle vor, unter Berücksichtigung der Akten sei der Leidensdruck zu hinterfragen. Der Beschwerdeführer habe erst auf Druck der Invalidenversicherung hin im November und Dezember 2017 eine teilstationäre psychiatrische Therapie – und damit die minimalste Form der geforderten Therapie – wahrgenommen. Hinzu komme die passive Verhaltensweise während der Eingliederung. Entgegen der medizinischen Einschätzung sei eine fünfwöchige teilstationäre Therapie nach zwei Jahren des Leidens nicht ausreichend lange. Zudem finde die Therapie bei Dr. D. _____ nicht mehr in der angegebenen Regelmässigkeit statt (act. 2.1). Dr. M. _____ führte im psychiatrischen Teilgutachten vor, ein behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck liege nicht in ausreichender Weise vor. Die erforderliche Therapieintensivierung, durch welche die Arbeitsfähigkeit und auch die längerfristige Prognose relevant verbessert werden könne, sei bislang noch nicht zustande gekommen (IV-act. 64-28f/49). In der bidisziplinären Beantwortung der Fragen wurde darauf hinge-

wiesen, dass der Beschwerdeführer in den bisherigen Therapien keine ausreichende Kooperation gezeigt habe (IV-act. 64-16/49). Der Umstand, dass er sich zu keinerlei beruflicher Tätigkeit in der Lage sehe, sei diskrepant zu den Aktivitätsniveaus in den Bereichen Freizeit und Haushalt (IV-act. 64-18/49).

Auch in diesem Punkt ist festzustellen, dass die IV-Stelle mit dem Gutachten übereinstimmt, weshalb die IV-Stelle ihre vom Gutachten abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht mit Kategorie „Konsistenz“ zu begründen vermag.

Die Vorbringen der IV-Stelle bezüglich der von den Gutachtern festgestellten deutlichen Beschwerdebetonung beim Beschwerdeführer sind zutreffend und insofern liegen Hinweise für eine Aggravation vor (IV-act. 64-17/49 und IV-act. 64-14/49). Die Ausführungen des psychiatrischen Teilgutachters, wonach insbesondere stark der Eindruck einer Übertreibung der mit der beim Beschwerdeführer zweifelsohne vorliegenden relativ ausgeprägten depressiven Symptomatik verbundenen Einschränkungen bestände, lassen jedoch nicht auf eine klar als solche ausgewiesene Aggravation schliessen (IV-act. 64-27/49; Urteile des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.3 und 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 3.1). Damit reicht das Ausmass der von fachärztlicher Seite her festgestellten deutlichen Beschwerdebetonung nicht zur Verneinung einer rentenbegründenden Invalidität aus.

2.5.4

Zusammenfassend werden im Gutachten sämtliche von der IV-Stelle vorgebrachten Gründe, mit welchen sie ihr Abweichen von der im Gutachten getätigten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit begründet, übereinstimmend mit der IV-Stelle beurteilt. Insofern liegt für die IV-Stelle kein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen vom Gutachten gebietet. Vielmehr ist auf das psychiatrische Teilgutachten abzustellen, in welchem schlüssig und nachvollziehbar erklärt wird, dass beim Beschwerdeführer Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten und Selbstbehauptungsfähigkeit beständen. Die Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, die unter anderem mit Zeitdruck und Schichtarbeit verbunden gewesen sei, sei daher aufgehoben. In einer optimal adaptierten Tätigkeit bestehe eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 64-29/49).

2.6

Somit ist vollumfänglich auf das Gutachten abzustellen und beim Beschwerdeführer von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen.

2.7

Weder von Seiten des Beschwerdeführers noch von der IV-Stelle wird der in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich beanstandet (act. 2.1). Er ist daher mangels einer entsprechenden Rüge nicht näher zu prüfen, dies umso weniger, als hierzu auch aufgrund der Akten kein Anlass besteht (BGE 125 V 413 E. 1b und E. 2c). Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 80'600.-- und einem – unter Berücksichtigung der 50%-igen Arbeitsfähigkeit – Invalideneinkommen von Fr. 31'872.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 48'728.-- beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 60% (zum Runden: BGE 130 V 121). Bei einem solchen Invaliditätsgrad kann eine Dreiviertelsrente zugesprochen werden (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.8

Die Beschwerde ist damit gutzuheissen und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Dezember 2016 eine drei Viertel Invalidenrente zuzusprechen (Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 IVG; IV-act. 19).

3. Kosten und Entschädigung

3.1

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die Vorinstanz unterliegt im vorliegenden Verfahren. Da der Vorinstanz gemäss Art. 22 Abs. 1 VRPG keine Verfahrenskosten auferlegt werden können, werden die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 800.-- auf die Staatskasse genommen. Die Gerichtskasse wird angewiesen, den vom Beschwerdeführer geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.

3.2

Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen.

Die Bemessung der Entschädigung richtet sich im Rahmen von Art. 61 lit. g ATSG nach kantonalem Recht, mithin nach Art. 16 Abs. 1 der Verordnung vom 14. März 1995 über den Anwaltstarif (AT, bGS 145.53; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 208 ff zu Art. 61 ATSG; Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.1). Vorliegend handelt es sich um einen durchschnittlichen leichten Fall mit durchschnittlicher Menge an Akten sowie keinen besonders aufwändig zu beantwortenden Sachverhalts- und

Rechtsfragen. Unter diesen Umständen ist der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.20 (Pauschalhonorar Fr. 2'500.-- + 4% Barauslagen (= Fr. 100.--) + 7.7% Mehrwertsteuer (= Fr. 200.20)) zulasten der Vorinstanz zu entschädigen.

Demnach erkennt das Obergericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde von A. _____ wird die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2019 aufgehoben und A. _____ mit Wirkung ab 1. Dezember 2016 eine drei Viertel Invalidenrente zugesprochen.
2. Die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden auf die Staatskasse genommen. Die Gerichtskasse wird angewiesen, den vom Beschwerdeführer geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.
3. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der IV-Stelle eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.20 (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 Anwalt, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Sozialversicherungen sowie nach Rechtskraft an die Gerichtskasse.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Monika Epprecht

versandt am: 13. März 2020