

BVGer C-103/2019 vom 27. Mai 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-103_2019

FR: TAF C-103/2019 du 27 mai 2020

IT: TAF C-103/2019 del 27 maggio 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung der Vorinstanz vom 19. November 2018, mit welcher das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers um Ausrichtung einer Rente der Invalidenversicherung abgewiesen worden ist.

E. 1.2

Das Bundesverwaltungsgericht hat seine Zuständigkeit von Amtes wegen zu prüfen (Art. 7 Abs. 1 VwVG). Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen von Grenzgängern die IV-Stelle zuständig, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland erlassen. Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger in (...) erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in (...)/DE, wo er heute noch wohnt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht und schliesslich zu deren Abbruch geführt haben soll. Unter diesen Umständen war die IV-Stelle D. _____ für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung und die Vorinstanz für den Erlass der angefochtenen Verfügung zuständig. Daraus folgt wieder-um, dass das Bundesverwaltungsgericht zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig ist (Art. 31, Art. 32 und Art. 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, womit er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]).

E. 1.4

Nachdem der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss fristgerecht geleistet hat (BVGer-act. 3), ist auf die unbestrittenermassen innert Frist und im Übrigen auch formgerecht eingereichte Beschwerde vom 7. Januar 2019 einzutreten (Art. 63 Abs. 4 VwVG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 Abs. 1 ATSG und Art. 60 Abs. 2 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG).

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (19. November 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 2.3

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des BGer 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

E. 2.4

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbeschrieben alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des BGer 8C_843/2016 vom 8. März 2017 E. 2; zum Ganzen auch BGE 144 V 427 E. 3.2).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und wohnt in Deutschland. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung (BGE 138 V 533 E. 2.1). Seit dem 1. Januar 2015 sind

auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung (EG) Nr. 883/2004).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden die Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 19. November 2018 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4

In formeller Hinsicht hat der Beschwerdeführer geltend gemacht, die Vorinstanz habe seinen Anspruch auf Wahrung des rechtlichen Gehörs verletzt, indem sie die von ihm im Einwand vom 8. November 2018 gemachten Ausführungen zu seiner aktuellen gesundheitlichen Situation nicht berücksichtigt, und sich dazu in der angefochtenen Verfügung auch nicht geäussert habe.

E. 4.1

Der Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV], Art. 42 ATSG) verlangt insbesondere, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid in seiner Rechtstellung Betroffenen auch tatsächlich hört, prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt, woraus sich die Verpflichtung der Behörde ergibt, ihren Entscheid zu begründen (BGE 136 I 229 E. 5.2; 138 I 232 E. 5.1 m.H.).

E. 4.2

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur und die Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1). Nach der Rechtsprechung kann jedoch eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die daran interessierte Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Von einer Rückweisung der Sache ist zudem selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. Urteil des BGer 9C_1/2013 vom 20. Juni 2013; BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2).

E. 4.3

In der angefochtenen Verfügung vom 19. November 2018 wird lediglich der Einwand des Beschwerdeführers vom 1. November 2018 erwähnt. Dass sich die Vorinstanz bzw. die IV-Stelle D. _____ mit der Einwandsergänzung vom 8. November 2018 befasst hätte,

geht aus der Verfügung nicht hervor. Gemäss den vorliegenden Akten bereitete die IV-Stelle D._____ nach Erhalt des Einwands vom 1. November 2018 die leistungsabweisende Verfügung vor und übermittelte diese am 8. November 2018 der Vorinstanz zur Datierung, Unterzeichnung und zum Versand. Die vom Beschwerdeführer nicht angekündigte Ergänzung des Einwands vom 8. November 2018 ging bei der IV-Stelle D._____ gemäss Aktenverzeichnis erst am 19. November 2018 und damit am Tag des Verfügungserlasses durch die Vorinstanz ein. Ob es der Vorinstanz bzw. IV-Stelle D._____ vom zeitlichen Ablauf her noch möglich gewesen wäre, die Einwandsergänzung vom 8. November 2018 zu berücksichtigen und zu den dortigen Ausführungen Stellung zu nehmen, lässt sich den Akten nicht abschliessend entnehmen. Die Frage kann jedoch offenbleiben, denn selbst wenn aufgrund der Nichtberücksichtigung der Einwandsergänzung vom 8. November 2018 von einer Gehörsverletzung auszugehen wäre, könnte der Mangel im vorliegenden Fall aus folgenden Gründen als geheilt betrachtet werden: Der Beschwerdeführer hat im Beschwerdeverfahren vor dem mit voller Kognition ausgestatteten Bundesverwaltungsgericht eingehend zur Sache Stellung genommen und sämtliche in der Einwandsergänzung vom 8. November 2018 gemachten Ausführungen nochmals vorgebracht. Angesichts der mit der vorinstanzlichen Vernehmlassung eingereichten Stellungnahme der IV-Stelle D._____ vom 8. April 2019, wonach an der Beurteilung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit festgehalten werde (Beilage zu BVGer-act. 7), würde die Rückweisung an die Vorinstanz zudem zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, was mit dem der Anhörung gleichgestellten Interesse der Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre. Schliesslich bevorzugt der Beschwerdeführer selbst eine materielle Behandlung der Streitsache, hat er doch gemäss seinen Rechtsschriften im Beschwerdeverfahren die Aufhebung der Verfügung aus materiellen Gründen beantragt.

E. 5

In materieller Hinsicht umstritten ist, ob beim Beschwerdeführer eine rentenbegründende Invalidität vorliegt.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer während mehr als drei Jahren Beiträge geleistet hat (vgl. IK-Auszug, act. 8), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 5.3

Der Rentenanspruch entsteht sodann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs und die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (vgl. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Der Beschwerdeführer hat sich vorliegend im Oktober 2017 (Eingang bei der Vorinstanz) zum Leistungsbezug angemeldet (act. 2), womit ein allfälliger Rentenanspruch frühestens am 1. April 2018 entstehen konnte.

E. 5.4

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c).

E. 5.5

Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit bzw. der Invalidität beurteilen bzw. 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 5.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 5.7

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch die aus dem Ausland stammenden Beweismittel der freien

Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts EVG, [heute: Bundesgericht, BGer] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.), wie vorliegend beispielsweise die Bescheide des Landratsamtes E._____ vom 24. Januar 2018 und 23. März 2018, mit welchen dem Beschwerdeführer ein "Grad der Behinderung von 40" attestiert wurde (act. 33; 39, S. 29) sowie der Rentenbescheid der Deutschen Rentenversicherung vom 1. Oktober 2018, wonach der Beschwerdeführer ab dem 1. Juli 2018 eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung erhält (act. 39, S. 1-28).

E. 5.8

Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1; vgl. auch Art. 69 Abs. 2 IVG). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 6

Nachfolgend ist zunächst zu prüfen, ob die Vorinstanz vor Erlass der angefochtenen Verfügung ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend nachgekommen ist bzw. ob mit den vorliegenden Akten eine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gegeben ist.

E. 6.1

Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer hauptsächlich an Rückenbeschwerden (in den Bereichen der HWS und LWS) sowie an einer Gefässerkrankung (pAVK) leidet.

E. 6.1.1

Hinsichtlich der HWS-Beschwerden wurde am 19. Mai 2017 im Klinikum G._____ eine MRT-Untersuchung durchgeführt. Es zeigten sich hochgradige Osteochondrosen mit begleitenden Uncovertebral- und Facettengelenksarthrosen im Segment C5/C6 und C6/C7, eine hochgradige Einengung des Spinalkanals im Segment C5/C6 und mittel- bis hochgradig im Segment C6/C7, eine geringe Myelopathie im Bereich des Myelons in Höhe der genannten Segmente, sowie eine Einengung der Neuroforamina im Segment C4/C5 rechts geringgradig, C5/C6 links hochgradig, rechts mittelgradig und C6/C7 beidseits mittel- bis hochgradig (act. 12, S. 21). In seinem Bericht vom 19. Juni 2017 hielt Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädie, fest, die Arbeit als Elektriker sei problematisch, da insbesondere Arbeiten über Kopf bei diesem Befund erhebliche Beschwerden verursachen könnten (act. 12, S. 19). Am 22. August 2017 wurde der Beschwerdeführer im Klinikum I._____ von Dr. med. J._____, Facharzt für Neurochirurgie im Zentrum K._____, an der HWS operiert. Gemäss dem Operationsbericht wurden bei den Diagnosen (1) Spinalkanalstenose C5/6 und C6/7 linksbetont mit Myelopathie und (2) foraminale Stenose C5/6 und C6/7 beidseits folgende operative Eingriffe vorgenommen: (1) Diskektomie C5/6 und C6/7, (2) cervikale Dekompression C5/6 und C6/7, (3) Foraminotomie C5/6 und C6/7 beidseits, (4) Neurolyse C6 und 7 beidseits und (5) ventrale Fusion CESPAC-Cage XP C5/6 und C6/7 und Plattenosteosynthese (act. 22, S. 9; vgl. auch Bericht des Klinikums I._____ vom 26.

August 2017, act. 58). Nach der Operation war der Beschwerdeführer vom 2. bis 23. Oktober 2017 in stationärer Rehabilitationsbehandlung in der Klinik L._____. In deren Entlassungsbericht vom 2. November 2017 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung wurden folgende Diagnosen angegeben: (1) Spinalkanalstenose C5/6, C6/7, Foramenstenose C5/6, C6/7 beidseits, (2) Zustand nach mikroskopischer Dekompression, Fusion C5-7 am 22.08.2017 und (3) chronisches LWS-Syndrom (BSV 2011). Betreffend die Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht für die letzte Tätigkeit als Elektroinstallateur unter 3 Stunden täglich leistungsfähig sei. Für eine Verweistätigkeit mit mittelschwerer körperlicher Arbeit bestehe eine Leistungsfähigkeit von 6 Stunden und mehr pro Tag (act. 24, S. 55 ff.).

E. 6.1.2

Betreffend die Gefässerkrankung wurde im Bericht des Klinikums G._____ vom November 2017, Klinik für Gefässchirurgie, wo sich der Beschwerdeführer vom 28. bis 29. November 2017 stationär aufgehalten hatte, als aktuelle Diagnose eine pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit) Stadium II b rechts angegeben. Als Nebendiagnosen bestünden eine arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet, sowie eine med. Thrombozytenblockade. Es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit mehreren Wochen nur noch ca. 200 Meter gehen könne und dann Schmerzen in der rechten Wade habe. Die MR-Angiografie vom 24. November 2017 habe einen kurzstreckigen Verschluss der A. femoralis superficialis rechts gezeigt. Am 29. November 2017 sei eine stentoptimierte perkutane transluminale Angioplastie der A. femoralis superficialis rechts durchgeführt worden mit postinterventionell komplikationslosem Verlauf (act. 24, S. 65 ff.). Gemäss einem Konsiliarbericht vom 7. Dezember 2017 des Klinikums G._____ klagte der Beschwerdeführer über Kribbelgefühl im lateralen Unterschenkel rechts. Die beurteilende Ärztin schätzte die Symptomatik als eher vertebrogen bedingt ein (act. 24, S. 71; vgl. auch den vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 22. November 2018 [und damit nach Verfügungserlass] eingereichten Bericht der Notfallambulanz des Klinikums G._____ vom 6. Dezember 2017, act. 41, S. 8).

E. 6.1.3

Entsprechend der Aufforderung der C._____ (vgl. act. 24, S. 37 f.) erstattete der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeinmedizin/Chirotherapie, am 27. Dezember 2017 ein "ärztliches Gutachten" und gab folgende Diagnosen an: (1) Schmerzhaftes, erheblich minderbelastbares Achsenorgan bei Spinalkanalstenose C5 - C7 (ergänzend auch im lumbosakralen Übergang), auch bei Zustand nach mikroskopischer Dekompression 08/2017 (01/2018 auch lumbosakral vorgesehen), bei multisegmentalen WS-Veränderungen, (2) neu diagnostizierte Claudatio intermittens infolge pAVK, Stadium 2b rechts nach Font., Gehstrecke < 200 Meter, mit prognostisch angedachter operativer Behandlung (Blutgefäss-Bypass-Operation), (3) arterielle Hypertonie und (4) Hyperlipidämie. Er hielt fest, es sei nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer wieder eine ausreichende Belastbarkeit für die ausgeübte Tätigkeit als Elektroinstallateur erreiche (act. 24, S. 39 f.).

E. 6.1.4

Im November 2017 traten beim Beschwerdeführer zudem akute LWS-Beschwerden auf. Gemäss Bericht von Dr. J._____ vom 4. Dezember 2017 klagte der Beschwerdeführer über seit zwei Wochen bestehende verstärkte Schmerzen im Rücken mit Ausstrahlung in

beide Beine, mehr links, vor allem beim Bücken. Die MRT der LWS vom 26. Juli 2017 habe eine absolute Spinalkanalstenose L4/5 gezeigt. Dr. J. _____ empfahl zunächst eine konservative Therapie, wies jedoch bereits darauf hin, dass bei Beschwerdepersistenz die Möglichkeit eines operativen Eingriffs bestehe (act. 24, S. 72; vgl. so auch Bericht von Dr. H. _____ vom 13. November 2017, act. 24, S. 68). Am 18. Januar 2018 wurde der Beschwerdeführer im Klinikum I. _____ von Prof. Dr. med. N. _____, Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und spezielle Unfallchirurgie im Zentrum K. _____, an der LWS operiert. Gemäss dem entsprechenden Operationsbericht wurden bei den Diagnosen (1) Spondylolisthesis I-II° L4/5 und (2) Spinalkanalstenose L4/5 beidseits und Radikulopathie rechtsbetont folgende operativen Eingriffe durchgeführt: (1) Mikroskopische Dekompression L4/5 beidseits, (2) Neurolyse L4 und L5 Wurzeln beidseits, (3) Ausräumung des Bandscheibenfachs L4/5 von rechts und (4) Fusion in TLIF-Technik Cage mit Fixateur intern, dorsale Spondylodese (act. 22, S. 7; vgl. auch Bericht des Klinikums I. _____ vom 24. Januar 2018, act. 21, S. 36 f.). Vom 9. bis 30. März 2018 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Rehabilitationsbehandlung in der Klinik O. _____. Im Entlassungsbericht vom 9. April 2018 zuhanden der Deutschen Rentenversicherung wurden folgende Diagnosen angegeben: Spondylolisthesis L4/5 mit Rezesus-/Spinalkanalstenosierung beidseits und rechtsbetonter Radikulopathie. Als weitere Diagnosen wurden aufgeführt: Zustand nach Spondylodese C5 bis C7 (2017), arterielle Hypertonie und Zustand nach Gefässstent-Implantation rechter Oberschenkel mit ASS-Dauertherapie. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass das Leistungsvermögen als Elektriker bei Zustand nach Dekompression mit zervikaler Myelopathie und zusätzlich vorgeschädigter LWS mit unter 3 Stunden eingeschätzt werde. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt könne der Beschwerdeführer noch wirbelsäulengerechte leichte bis mittelschwere Arbeiten vollschichtig verrichten, soweit keine erhöhten Anforderungen an die Koordination bestünden. Mit einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit als Elektriker sei in absehbarer Zeit nicht zu rechnen. Mit einer Arbeitsfähigkeit für wirbelsäulengerechte Tätigkeiten sei frühestens vier Monate postoperativ zu rechnen (act. 21, S. 13 ff.). Am 4. April 2018 berichtete Dr. med. P. _____, Fachärztin für Orthopädie, dass der Beschwerdeführer zu Kur (gemeint: Reha-Behandlung in der Klinik O. _____) gewesen sei, jedoch viele Behandlungen aufgrund eines grippalen Infekts nicht wahrnehmen können. Die Schmerzen der LWS seien unverändert. Zudem bestünden Missempfindungen der Beine, manchmal Taubheit der Füsse. Aktuell lägen folgende Diagnosen vor: (1) Chronisches cervikales Radikulär-Syndrom bei Zustand nach Fusion C5-7, (2) chronisches lumbales Pseudoradikulär-Syndrom bei Zustand nach Spondylodese L4/5 sowie (3) chronisches lumbales Lokalsyndrom (act. 21, S. 31).

E. 6.1.5

In seinem Bericht vom 29. Juni 2018 hielt der Hausarzt Dr. M. _____ fest, dass seit 15. Mai 2017 vordergründig ein multisegmentales Beschwerdebild im Bereich der Wirbelsäule vorliege. Zudem bestehe eine Claudatio intermittens infolge pAVK Stadium 2 b rechts mit prognostisch angedachter operativer Behandlung, Gehstrecke weniger als 200 Meter. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wirkten sich die multimorbide somatische Minderbelastbarkeit des Achsenorgans und auch der Blutgefässe der unteren Extremitäten einschränkend aus. Aufgrund der Atherosklerose der Blutgefässe bestehe auch eine Minderbelastbarkeit des Herzkreislaufsystems bei Bluthochdruck. Zudem lägen eine psychische Belastungsminderung und Schlafstörungen bei einlaufender depressiver Episode vor. Die bisherige Tätigkeit als Elektroinstallateur sei dem Beschwerdeführer aufgrund der

unzureichenden täglichen Belastbarkeit deutlich weniger als 3 Stunden, allenfalls noch 1 - 2 Stunden täglich zuzumuten. Auch eine leidensangepasste Tätigkeit sei deutlich weniger als 3 Stunden, allenfalls noch 1 - 2 Stunden täglich zumutbar (act. 21, S. 1-6).

E. 6.1.6

Am 6. Juli 2018 erstattete Dr. J. _____ auf Aufforderung der IV-Stelle D. _____ einen Arztbericht, wobei er festhielt, dass der Beschwerdeführer nicht bei ihm in Behandlung sei. Entsprechend konnte er weder Angaben zur aktuellen gesundheitlichen Situation noch zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers machen (act. 22).

E. 6.1.7

Der Beschwerdeführer reichte im Beschwerdeverfahren medizinische Berichte und Unterlagen ein, welche zum Teil erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. November 2018 entstanden sind. Zwar sind - wie bereits erwähnt - grundsätzlich nur die bis zum Erlass der Verfügung vom 19. November 2018 vorliegenden medizinischen Akten zu berücksichtigen (vgl. E. 2.2 hiervor), jedoch können gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch Arztberichte zum Krankheitsverlauf, welche nach Verfügungserlass entstanden sind, in die Beurteilung miteinbezogen werden, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (statt vieler: Urteil BGer 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3). Dies trifft auf die nachfolgenden Berichte zu, weshalb auch diese zu berücksichtigen sind:

E. 6.1.7.1

Am 5. Dezember 2018 erfolgte eine MRT der LWS des Beschwerdeführers. Prof. Dr. med. Q. _____, Facharzt für Radiologie, hielt im entsprechenden Bericht folgende Befunde fest: (1) Beginnende spinale Enge auf Höhe LWK 3/4 bei gering zunehmender breitbasiger Bandscheibenprotrusion, (2) zum Teil knöcherne neuroforaminale Enge LWK 4/5 links und LWK 5/SWK 1 beidseits, vor allem rechts, (3) deutliche Atrophie der autochthonen Rückenmuskulatur im OP-Gebiet (Beilage 13 zu BVGer-act. 1). Der Beschwerdeführer reichte eine CD mit den MRT-Bildern der LWS vom 5. Dezember 2018 ein (Beilage 14 zu BVGer-act. 1).

E. 6.1.7.2

Im Befundbericht des Zentrums K. _____ vom 5. Dezember 2018 gab Dr. J. _____ folgende aktuelle Diagnosen an: (1) Zustand nach Fusion C5/6 und C6/7, (2) Zustand nach Fusion L4/5 sowie (3) Anschlussdegeneration mit Facettengelenksarthrose L3/4. Anamnestisch hielt er fest, dass der Beschwerdeführer in letzter Zeit über zunehmende linksseitige Schmerzen, Knirschen und Verkrampfungen im Nackenbereich und Kopf bei Rotation, Kribbeln beim Gehen und teilweise Taubheit im Fuss (rechts mehr als links), muskelkaterartige Beschwerden in den Beinen sowie eine verminderte Gehstrecke von 250 Metern klagt. Die Röntgenbilder der HWS vom 21. November 2018 zeigten eine regelrechte Implantatlage C5-6-7, eine minimale Olisthesis C4/5 und keine gravierende Anschlussdegeneration. Die MRT der LWS vom 5. Dezember 2018 zeige eine regelrechte Implantatlage L4/5 und eine Spinalkanalstenose L3/4 bei fortgeschrittener Anschlussdegeneration mit fortgeschrittener Facettengelenksarthrose L3/4. Dazu hielt Dr. J. _____ fest, dass derzeit keine Operationsindikation bestehe. Da jedoch auch unter konservativer Therapie keine Besserung der geschilderten Beschwerden zu sehen sei, sei eine erneute Operation (Dekompression mit Anschlussfusion der Etage L3/4) nicht zu vermeiden (Beilage 12 zu BVGer-act. 1).

E. 6.1.7.3

In ihrem Bericht vom 27. Februar 2019 gab Dr. P. _____ die gleichen Diagnosen wie bereits im Bericht vom 4. April 2018 an (vgl. E. 6.1.4 oben) und hielt fest, dass die LWS-Schmerzen des Beschwerdeführers unverändert seien (Beilage 20 zu BVGer-act. 14).

E. 6.1.7.4

Gemäss einem Befundbericht "Hypertension Management" vom 4./5. Februar 2019, wies der Beschwerdeführer über einen Messzeitraum von 24 Stunden durchschnittlich einen zu hohen Blutdruck auf (Durchschnitt über alle Einzelwerte: Systole: 148, Diastole: 94; Beilage 21 zu BVGer-act. 14).

E. 6.2

Beim der leistungsabweisenden Verfügung vom 19. November 2018 hat sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf die Beurteilung von RAD-Arzt Dr. med. R. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 8. August 2018 gestützt.

E. 6.2.1

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d). Die Stellungnahmen des RAD, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Die versicherungsinternen Fachpersonen haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 6.2.2

RAD-Arzt Dr. R. _____ untersuchte den Beschwerdeführer nicht selbst und nahm seine Beurteilung allein gestützt auf die bis zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Akten vor. Als Diagnosen gab er an: (1) Zustand nach Dekompression L4/5 und Neurolyse der L4- und L5-Nervenwurzel beidseits, Diskektomie L4/5 von rechts sowie Fusion in TLIF-Technik mit Cage und dorsaler Spondylodese am 18. Januar 2018 bei Spondylothese L4/5 Grad I-II nach Meyerding mit Spinalkanalstenose L4/5 beidseits und Radikulopathie rechtsbetont, sowie (2) Zustand nach Diskektomie und zervikaler Dekompression C5/6 und C6/7, Foraminotomie C5/6 und C6/7 beidseits inklusive Neurolyse der Nervenwurzel C6 und C7

beidseits sowie ventrale Fusion mit Cage und Plattenosteosynthese am 22. August 2017 bei Spinalkanalstenose C5/6 und C6/7 linksbetont mit Myelopathie sowie foraminale Stenose C5/6 und C6/7 beidseits. In seiner Beurteilung hielt er fest, dass diese beiden somatischen Gesundheitsschäden einschliesslich der sich daraus ableitenden Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit anhand der vorliegenden Arztberichte ausgewiesen seien. Die Gesundheitsschäden seien derzeit offenbar stabil, wenngleich die medizinische Behandlung nach dem letzten operativen Eingriff wahrscheinlich noch nicht abgeschlossen sei. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zog Dr. R. _____ den Bericht des Hausarztes Dr. M. _____ vom 29. Juni 2018 sowie den Entlassungsbericht der Klinik O. _____ vom 9. April 2018 heran. Er hielt fest, dass die aktenkundigen Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen für die bisherige Tätigkeit als Elektroinstallateur aus orthopädischer Sicht uneingeschränkt nachvollziehbar seien. Es bestehe ab Mai 2017 und auf Dauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit stützte sich Dr. R. _____ explizit auf den Entlassungsbericht der Klinik O. _____ vom 9. April 2018 und gab an, dass in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5-6 kg, ohne häufiges Bücken, ohne Arbeiten über Kopf oder in vornüber geneigter Haltung, ohne längere Zwangshaltung des Kopfes oder Rumpfes seit 1. April 2018 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (act. 26, S. 4 f.).

E. 6.2.3

Tatsächlich haben die Ärzte der Klinik O. _____ gemäss dem Entlassungsbericht vom 9. April 2018 den Beschwerdeführer für eine leidensadaptierte Tätigkeit als "vollschichtig" bzw. 100 % arbeitsfähig erachtet. Sie haben jedoch gleichzeitig auch festgehalten, dass mit dieser Arbeitsfähigkeit frühestens 4 Monate postoperativ zu rechnen sei (act. 21, S. 15). Insofern handelte es sich bei dieser Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lediglich um eine Prognose. Die LWS-Operation fand am 18. Januar 2018 statt, womit die attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit frühestens ab 18. April 2018 bestehen konnte. Ob entsprechend der Prognose ab diesem Zeitpunkt tatsächlich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensadaptierten Tätigkeiten ausgegangen werden kann, bleibt allerdings fraglich. So lässt sich dem Entlassungsbericht vom 9. April 2018 entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Abschlussuntersuchung noch immer erhebliche Beschwerden aufwies, namentlich ausstrahlende Schmerzen vom Kreuz ausgehend bis L4/5 Dermatome entsprechend bis zur Fusssohle mit Kribbeln im Schmerzbereich, ab und zu Schmerzausstrahlung bis in das linke Bein, Taubheitsgefühl vor allem im rechten Ober- und Unterschenkel ventral (act. 21, S. 27). Im Vergleich zur Eintrittsanamnese verbesserte sich einzig die Länge der beschwerdearm möglichen Gehstrecke von 100 Meter auf 400 - 500 Meter (vgl. act. 21, S. 18.). Allerdings handelte es sich dabei nicht um eine anhaltende Verbesserung wie aus nachfolgenden ärztlichen Berichten hervorgeht. So gab der Hausarzt Dr. M. _____ im Bericht vom 29. Juni 2018 an, dass die beschwerdearm mögliche Gehstrecke (erneut) weniger als 200 Meter betrage (act. 21, S. 3). Dafür, dass nach der Reha-Behandlung keine Verbesserung eingetreten ist, spricht auch der Bericht von Dr. P. _____ vom 4. April 2018, wonach die LWS-Beschwerden des Beschwerdeführers unverändert seien und zudem Missempfindungen der Beine sowie manchmal Taubheit der Füsse bestünden (act. 21, S. 31). Über den weiteren Verlauf des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit April 2018 gibt es in den Akten keine fachorthopädischen Berichte. Dr. J. _____ füllte am 6. Juli 2018 den Fragebogen der IV-Stelle D. _____ aus, konnte allerdings keine Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des

Beschwerdeführers machen, da dieser nach der LWS-Operation am 18. Januar 2018 nicht mehr im Zentrum K. _____ in Behandlung war (vgl. act. 22). Gemäss Angaben des Hausarztes Dr. M. _____ vom 29. Juni 2018 bestanden beim Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt noch immer erhebliche Beschwerden insbesondere in Form einer Minderbelastbarkeit des Achsenorgans. Entgegen der Prognose der Ärzte der Klinik O. _____ vom 9. April 2018 erachtete Dr. M. _____ den Beschwerdeführer im Juni 2018 nur für 1 - 2 Stunden arbeitsfähig in sämtlichen Tätigkeiten (vgl. act. 21, S. 1-6). Nach dem Gesagten lassen die Akten keine abschliessende Beurteilung des Verlaufs des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu.

E. 6.2.4

Hinzu kommt, dass Dr. R. _____ die Gefässerkrankung des Beschwerdeführers, welche gemäss den dazu vorliegenden Akten mit einer funktionellen Einschränkung der Gehfähigkeit verbunden ist, in seiner Beurteilung gar nicht berücksichtigt hat. Als Diagnosen gab er lediglich den Zustand nach der HWS-Operation vom 22. August 2017 sowie den Zustand nach der LWS-Operation vom 18. Januar 2018 an. Die im Bericht des Klinikums G. _____ vom November 2017 gestellte Diagnose einer pAVK Stadium II b (Gehstrecke < 200 Meter) erwähnte er nicht und nahm dazu auch in der Beurteilung keine Stellung. Insbesondere machte er diesbezüglich auch beim Anforderungsprofil an eine leidensangepasste Tätigkeit keine Angaben zu einer allenfalls eingeschränkten Gehfähigkeit. Obwohl beim Beschwerdeführer am 29. November 2017 eine stentoptimierte perkutane transluminale Angioplastie der A. femoralis superficialis rechts durchgeführt worden war (vgl. 24, S. 65 ff.), zeigte dieser danach weiterhin Beschwerden (Missempfindungen in den Beinen, Taubheitsgefühle in den Füessen, Claudatio intermittens, act. 24, S. 71; act. 24, S. 39). Der Hausarzt Dr. M. _____ gab im Bericht vom 29. Juni 2018 die Diagnose Claudatio intermittens infolge pAVK Stadium II b rechts, Gehstrecke < 200 Meter, an und hielt fest, dass sich die Minderbelastbarkeit der Blutgefässe der unteren Extremitäten einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke (act. 21, S. 4). Fachärztliche Berichte dazu, wie sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in Bezug auf die pAVK seit November 2017 entwickelt hat, liegen nicht vor. Somit lässt sich nicht ohne Weiteres ausschliessen, dass die Gefässerkrankung eine quantitative und/oder qualitative Arbeitsfähigkeitseinschränkung des Beschwerdeführers begründet. Diesbezüglich ist im Übrigen festzuhalten, dass RAD-Arzt Dr. R. _____ ohnehin auch nicht über die für eine beweiskräftige Beurteilung nötige fachärztliche Qualifikation im Bereich Gefässerkrankungen verfügt.

E. 6.2.5

Nach dem Gesagten sind die Beweisanforderungen, die an einen RAD-Bericht ohne eigene Untersuchung gestellt werden (lückenlose Befundlage, keine geringen Zweifel) vorliegend nicht erfüllt. Auf die Beurteilung von RAD-Arzt Dr. R. _____, wonach seit 1. April 2018 eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensangepassten Tätigkeiten vorliege, kann folglich nicht abgestellt werden. Betreffend den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers liegen weder ein lückenloser Befund noch ein feststehender, unbestrittener medizinischer Sachverhalt vor. Es sind somit weitere medizinische Abklärungen erforderlich. Dies gilt umso mehr, als dass die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte vom 5. Dezember 2018 auf eine bereits vor Verfügungserlass eingetretene und allenfalls arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers hindeuten. So hielt Dr. J. _____ fest, dass

es zu einer fortgeschrittenen Anschlussdegeneration mit fortgeschrittener Facettengelenksarthrose L3/4 gekommen sei, wobei aufgrund der unter konservativer Therapie nicht gebesserten Beschwerden eine erneute Operation nicht zu vermeiden sei (Beilage 12 zu BVGer-act. 1).

E. 6.3

Im Ergebnis ist die Vorinstanz, indem sie trotz lückenhafter Befundlage allein auf die Beurteilung von RAD-Arzt Dr. R. _____ abgestellt hat und keine interdisziplinäre Abklärung veranlasst hat, ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen und hat den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht genügend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung vom 19. November 2018 ist folglich aufzuheben.

E. 7

Betreffend das Vorbringen des Beschwerdeführers, dass aufgrund seines fortgeschrittenen Alters sowie den gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von vornherein nicht verwertbar sei, kann eine entsprechende Prüfung erst im Zeitpunkt erfolgen, in dem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit feststeht (BGE 138 V 457 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 4.2). Diese gilt als ausgewiesen, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben, was vorliegend - wie festgestellt - nicht der Fall ist.

E. 8.1

Da im vorinstanzlichen Verfahren infolge unvollständiger Feststellung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts (vgl. Art. 43 ff. ATSG und Art. 12 VwVG) entscheidungswesentliche Aspekte vollständig ungeklärt geblieben sind, steht einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiteren Abklärungen nichts entgegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Vorliegend fehlt es gänzlich an einer iv-rechtlich erforderlichen Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Die Vorinstanz hat es unterlassen, eine interdisziplinäre Abklärung zu veranlassen, obwohl eine solche aufgrund der im Raum stehenden Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, geboten gewesen wäre. Da die Vorinstanz noch kein Gutachten veranlasst hat, und die Verwaltung nicht von vornherein darauf bauen kann, dass ihre Arbeit in jedem verfügbaren abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge, ist von der Einholung eines Gerichtsgutachtens oder Erhebung anderer Beweisabnahmen abzusehen (BGE 137 V 210 E. 4.2; Urteil des BVGer C-1358/2014 vom 11. Dezember 2015 E. 5). Überdies würde den Verfahrensbeteiligten mit dem Verzicht auf ein Administrativgutachten im Verwaltungsverfahren der doppelte Instanzenzug, den sich der Beschwerdeführer mit seinem Eventualantrag auf Rückweisung ausdrücklich erhalten wollte (vgl. BVGer-act. 1, S. 2), nicht gewährt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1).

E. 8.2

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten eine umfassende interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers zu veranlassen. Nur so kann sichergestellt werden, dass alle relevanten Gesundheitsschädigungen erfasst und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit würdigend in einem Gesamtergebnis

ausgedrückt werden (vgl. dazu SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44, E. 2.1). Auch wenn der Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers auf zwei Disziplinen, namentlich Orthopädie und Innere Medizin (insb. Angiologie), fokussiert erscheint, so ist die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik noch nicht vollends gesichert. So könnte beim Beschwerdeführer auch eine neurologische Problematik vorliegen, da die Ärzte der Klinik O._____ im Rahmen der Erhebung des orthopädischen Befunds beim Beschwerdeführer ein Kraftdefizit in den Oberschenkelmuskeln beidseits sowie nicht eindeutig zuordenbare ("möglicherweise L4 bis S1 beidseits") Hypästhesien feststellten (act. 21, S. 23). In psychischer Hinsicht berichtete der Hausarzt im Juni 2018 zudem von Problemen wie eine psychische Belastungsminderung, Schlafstörungen und eine "einlaufende" depressive Episode (act. 21, S. 4). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist in einem solchen Fall, in dem die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik noch nicht gesichert ist, ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen (BGE 139 V 349 E. 3.2). Dabei sind vorliegend Gutachter der folgenden Fachdisziplinen beizuziehen: Orthopädie (Wirbelsäulenspezialist), Neurologie, Innere Medizin (evtl. mit Bezug Angiologie) und Psychiatrie. Ob noch weitere Disziplinen beizuziehen sind, ist dem pflichtgemessen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Sie sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung letztverantwortlich (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1). Die psychiatrische Begutachtung hat unter Berücksichtigung der Indikatorenrechtsprechung des Bundesgerichts zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281 und BGE 145 V 215). Die funktionelle Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben die Gutachter unter Ausschluss allfälliger aggravatorischer Anteile festzustellen, denn soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 f. mit Hinweisen; zur Grenzziehung zwischen Aggravation und Verdeutlichungstendenz vgl. Urteil des BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum ab Mai 2017 haben die Gutachter die Entwicklung des Gesundheitszustands und den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sinnvollerweise bis zum Zeitpunkt der neu durchzuführenden Begutachtung miteinzubeziehen und zu beurteilen.

E. 8.3

Der Beschwerdeführer hat beantragt, es sei zusätzlich zu einem umfassenden Gutachten ein weiteres Gutachten oder Anschlussgutachten bei einer ausgewiesenen Fachstelle wie z.B. das Zentrum F._____ einzuholen, das sich mit der Arbeitsfähigkeit und den Arbeitsmöglichkeiten des Beschwerdeführers befasse (vgl. BVGer-act. 1, S. 11). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung wäre eine solche Abklärung jedoch erst dann in Betracht zu ziehen, wenn sich die Gutachter ausser Stande sähen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen würden (Urteil des BGer 9C_497/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 5.3). Folglich ist der beschwerdeweise gestellte Antrag des Beschwerdeführers abzuweisen.

E. 8.4

Die polydisziplinäre Begutachtung hat vorliegend in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (vgl. dazu Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 m.w.H.) und vorliegend keine Gründe ersichtlich sind, die eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Im Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 und Art. 72bis Abs. 2 IVV) und dem Beschwerdeführer sind die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 9

Im Ergebnis ist die Beschwerde im Sinne des Eventualantrags gutzuheissen, die Verfügung vom 19. November 2018 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung neu verfüge.

E. 10.1

Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 137 V 210 E. 7.1; 132 V 215 E. 6; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 4.1).

E. 10.2

Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario). Der geleistete Vorschuss von Fr. 800.- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.3

Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Vorinstanz zu leisten ist (Art. 64 Abs. 1 und 2 VwVG i.V.m. Art. 7 ff. VGKE). Da seitens des Rechtsvertreters keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist es gerechtfertigt, eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl. dazu z.B. Urteil des BVGer C-1741/2014 vom 28. April 2016 E. 8.3 mit Hinweisen]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) festzusetzen. (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.