

BVGer C-7009/2018 vom 27. März 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7009_2018

FR: TAF C-7009/2018 du 27 mars 2020

IT: TAF C-7009/2018 del 27 marzo 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]; Art. 40 Abs. 2 IVV [SR 831.201]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (Art. 37 VGG). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem der Beschwerdeführer den Kostenvorschuss innert Frist geleistet hat (BVGer-act. 15), ist auf die unbestrittenermassen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 10. Dezember 2018 einzutreten (Art. 63 Abs. 4 VwVG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstands des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 7. November 2018, mit welcher die Vorinstanz einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abgewiesen hat. Der durch diese Verfügung definierte Streitgegenstand beschränkt sich folglich auf den Rentenanspruch und kann sich grundsätzlich nicht auch auf weitere Ansprüche gegenüber der Invalidenversicherung, namentlich auf berufliche Eingliederungsmassnahmen, erstrecken. Nun gilt im Sozialversicherungsrecht aber der allgemeine Grundsatz "Eingliederung vor Rente" (vgl. etwa Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Vorbemerkungen N 81 ff., mit Hinweisen), laut dem die Zusprache einer Rente die Unmöglichkeit voraussetzt, die rentenspezifische Invalidität mit einer (medizinischen oder beruflichen) Eingliederung zu minimieren (vgl. auch Art. 28 Abs. 1 Bst. a IVG). Ergäbe sich also, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch im Raum stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe (vgl. auch BGE 145 V 2).

E. 3.1

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. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 7. 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. 3.3

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse 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. 3.4

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 unbesehen 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. 4.1

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. 4.2

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 7. 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. 5.1

Invaliderität 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

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. 5.3.1

Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Bst. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Bst. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung und Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 Bst. b IVG). Der Begriff der Invalidität im eingliederungsrechtlichen Sinne lässt sich nicht allgemein definieren, sondern nur unter dem Gesichtswinkel des zur Beurteilung anstehenden Leistungsanspruchs von Art. 12 ff.

IVG (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 8 N 13). Geeignet kann eine Eingliederungsmassnahme nur sein, wenn die betroffene Person - bezogen auf die jeweilige Massnahme - selber wenigstens teilweise objektiv eingliederungsfähig und subjektiv eingliederungsbereit ist (objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit [Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Bern 2011, Rz. 124, mit Verweisen auf die Rechtsprechung]). Die Massnahme als solche muss erforderlich und notwendig sein (Silvia Bucher, a.a.O., Rz. 127).

E. 5.3.2

Schweizerische Staatsangehörige oder Personen mit der Staatsangehörigkeit eines EU-Landes, die - wie der Beschwerdeführer - in der Schweiz ohne Wohnsitz zu haben eine Erwerbstätigkeit als Arbeitnehmende oder Selbständigerwerbende ausgeübt haben und den schweizerischen Rechtsvorschriften über die Invalidenversicherung nicht mehr unterliegen, weil sie ihre existenzsichernde Erwerbstätigkeit in der Schweiz in Folge Unfalls oder Krankheit aufgeben mussten, gelten in Bezug auf den Anspruch von Eingliederungsmassnahmen als versichert. Dies gilt auch während der Durchführung dieser Massnahmen, sofern sie keine anderweitige Erwerbstätigkeit ausserhalb der Schweiz aufnehmen. Dieser aus dem europäischen Koordinationsrecht hergeleitete Nachversicherungsschutz (vgl. dazu BVGE 2017/ V7 E. 6; Anhang XI, Schweiz, Ziffer 8 der VO Nr. 883/2004) endet hingegen beim Bezug einer (ganzen oder teilweisen) Invalidenrente, bei abgeschlossener erstmaliger Eingliederung oder beim Bezug einer Leistung der Arbeitslosenversicherung des Wohnlandes (vgl. Ziffer 1011 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV [KSBIL; gültig ab 4. April 2016; Stand 1. Januar 2018]). Der Beschwerdeführer ist in der Schweiz noch immer als Tennislehrer tätig (seit 2016 sogar wieder mit höherem Pensum, vgl. Lohnausweise von 2017 und 2018, Beilage 1a zu BVGer-act. 7 und Beilage 4 zu BVGer-act. 11) und bezieht in Deutschland (Geld-)Leistungen des Jobcenters. Gemäss Bescheid des Jobcenters G._____ vom 2. August 2018 betreffend die Änderung von laufenden Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch wurde dem Beschwerdeführer aufgrund seines Antrags auf Fortzahlung der Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts (Arbeitslosengeld II /Sozialgeld) ab August 2018 ein Betrag von monatlich Euro 895.75 gewährt (Beilage 1b zu BVGer-act. 7; act. 64, S. 3). In medizinischer Hinsicht wurde die Tätigkeit als Tennislehrer gemäss den vorliegenden Akten als nicht mehr zumutbar erachtet. Sollte sich dies im Rahmen der vorliegend erforderlichen weiteren Abklärungen (vgl. E. 6 f. nachfolgend) bestätigen, wäre im Hinblick auf allfällig zu gewährende Eingliederungsmassnahmen gemäss IVG ("Eingliederung vor Rente", vgl. E. 2) zu prüfen, ob der Beschwerdeführer in Deutschland Leistungen im Sinne einer beruflichen Eingliederung bezogen hat bzw. bezieht und ob dadurch allenfalls der Nachversicherungsschutz des Beschwerdeführers geendet hat, sodass ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen gemäss IVG nicht (mehr) besteht.

E. 5.4.1

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. 83, S. 2 f.), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

E. 5.4.2

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 September 2015 zum Leistungsbezug angemeldet (act. 1), womit ein allfälliger Rentenanspruch frühestens am 1. März 2016 entstehen konnte.

E. 5.4.3

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. 5.4.4

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. 5.4.5

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. 5.4.6

Bei Vorliegen psychischer Erkrankungen, einschliesslich Abhängigkeitssyndrome bzw. Substanzkonsumstörungen (BGE 145 V 215), fordert die neue bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person grundsätzlich die Prüfung systematisierter Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einer versicherten Person einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 6

Zu prüfen ist vorab, ob die Vorinstanz den in medizinischer Hinsicht rechtserheblichen Sachverhalt rechtsgenügend im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG und 69 Abs. 2 IVV abgeklärt hat, bevor sie die angefochtene Verfügung erlassen hat.

E. 6.1.1

Gemäss den vorliegenden Akten wurde der Beschwerdeführer im Februar 2015 von seinem damaligen Hausarzt, Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, am 3. Februar 2015 zur stationären Behandlung in die Klinik für Suchtmedizin in (...) überwiesen. Dort wurden folgende Diagnosen gestellt: Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (F10.2), psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Entzugssyndrom (F10.3) und nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: ohne Komplikationen: als entgleist bezeichnet (E14.91; act. 34). Aufgrund der entgleisten Blutzuckerwerte wurde der Beschwerdeführer am 6. Februar 2015 in das I._____-Klinikum in (...), Klinik für Innere Medizin, verlegt, wo er sich bis zum 20. Februar 2015 aufhielt. Als Diagnose wurde insbesondere ein entgleister Diabetes mellitus pankreopriv (ED 2005), HbA1c aktuell 11.63 % bei Zustand nach ödematöser Pankreatitis 2005 angegeben (act. 24, S. 8 ff.). Gestützt auf ein Arztzeugnis von Dr. H._____, vom 21. April 2015, wonach beim Beschwerdeführer aufgrund der Diagnosen "Panikattacken, Depressionen, entgleister Diabetes mellitus" vom 2. Februar bis 10. April 2015 eine 100 %ige und vom 13. bis 24. April 2015 eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, erhielt der Beschwerdeführer entsprechende Leistungen der zuständigen Krankentaggeldversicherung (act. 11.1 und 11.2). Im Juli 2015 sollte der Beschwerdeführer wegen einer Leistenhernie rechts laparoskopisch versorgt werden. Intraoperativ fand sich allerdings keine Leistenhernie, sondern ein mit der Bauchwand auffällig verwachsenes Zökum. Eine aus dem Gewebe gewonnene Biopsie zeigte sich jedoch unauffällig ohne Hinweis auf Malignität. Es wurde eine CT des Abdomens durchgeführt, wobei sich der Verdacht auf einen tumorösen Prozess des Colon ascendens mit umgebendem Aszites sowie eine streifig knotige Darstellung von Peritonealstrukturen im Oberbauch und im rechten Unterbauch ergaben. Weiter zeigte sich das Bild einer chronischen Pankreatitis mit Verdacht auf einen Pankreaskopftumor mit Kompression des Ductus choledochus im distalen Drittel und konsekutivem Stau der intra- und extrahepatischen Gallengänge sowie eine ausgeprägte Pfortaderthrombose mit dem Bild einer Kollateralisierung der venösen Gefässe der Leberpforte. Eine durchgeführte Ösophagogastroskopie ergab Ösophagusvarizen Grad II. In der Koloskopie fand sich dann jedoch kein relevanter Tumor (act. 27, S. 24 ff.).

E. 6.1.2

Im Universitätsklinikum F._____ folgten weitere Abklärungen insbesondere betreffend den Verdacht auf einen tumorösen Prozess des Colon ascendes sowie den Verdacht auf einen Pankreaskopftumor (act. 27, S. 2 - 23). Im jüngsten Bericht des Universitätsklinikums F._____ vom 24. Mai 2016 (act. 38, S. 2 ff.) wurden folgende Diagnosen angegeben: - Chronische Pankreatitis ED 2015 o Pfortaderthrombose bei kaverner Transformation mit Ösophagusvarizen II. Grades, Splenomegalie, Aszites, subcardinales Ulcus. o Varizenbanding in G._____. o ÖGD 1/2016: Ösophagusvarizen Grad I. o Im langfristigen Verlauf kein Hinweis auf Pankreaskopfkarcinom. - Verdacht auf tumorösen, DD: entzündlichen Prozess des Colon ascendes. o Koloskopie 9.9.2015: unauffällig. - Exokrine Pankreasinsuffizienz - Diabetes mellitus Typ 2 - Antrumgastritis Typ C - Zustand nach akuter Pankreatitis 2000 - Zustand nach C2-Abusus - Aktiver Nikotinabusus (ca. 25 py) In der Beurteilung wurde festgehalten, dass im langfristigen Verlauf bei den Veränderungen im Pankreaskopf eher von einer chronischen Pankreatitis auszugehen sei. Aktuell stehe der unzureichend eingestellte Diabetes mellitus mit einem HbA1c von 12 % im Vordergrund (act. 38, S. 3).

E. 6.1.3

Nach seinen Berichten vom 21. September 2015 und 11. April 2016 (vgl. Sachverhalt B.c) gab der Hausarzt Dr. D._____ in einem undatierten, am 13. Februar 2017 bei der IV-Stelle C._____ eingegangenen Bericht als aktuelle Diagnose eine chronische, sehr schmerzhafte Pankreatitis und einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus an. In der Beurteilung hielt er fest, dass der Beschwerdeführer nach kurzer körperlicher Anstrengung ermüde. Dieser könne als Tennislehrer höchstens eine Viertelstunde bis eine halbe Stunde unterrichten. In einer angepassten Tätigkeit (möglichst sitzend/stehend, leichte körperliche Arbeit) könne der Beschwerdeführer 3 - 4 Stunden pro Tag arbeiten. Es bestehe eine Leistungsminderung von 70 %. Die festgestellten Einschränkungen bestünden seit Mai 2015 (act. 45, S. 2 ff.).

E. 6.1.4

Die Augenärztin Dr. med. J._____ berichtete am 29. Mai 2017, dass keine diabetischen Veränderungen der Netzhaut vorlägen und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus augenärztlicher Sicht nicht eingeschränkt sei (act. 53).

E. 6.1.5

RAD-Arzt med. pract. E._____ hielt im Bericht vom 16. November 2017 betreffend die am 15. November 2017 durchgeführte interne "Untersuchung" des Beschwerdeführers im Hinblick auf die aktuellen Beschwerden fest, dass der Beschwerdeführer vor allem unter Verdauungsbeschwerden und Appetitlosigkeit, Schluckbeschwerden sowie häufigem Stuhlgang (dünn und breiig, mindestens 3 - 4 mal täglich) und ständigem Wasserlassen (mind. 20 mal täglich) leide. Ausserdem leide er unter häufigen Unterzuckerungen und vor allem auch unter einem zunehmenden Taubheitsgefühl und Schmerzen in den Beinen. Ferner würden rezidivierende Rückenschmerzen beklagt. Med. pract. E._____ führte aus, dass während des 90-minütigen Gesprächs Schmerzen und/oder körperliche Funktionseinschränkungen nicht erkennbar gewesen seien. Auf eine körperliche Untersuchung sei verzichtet worden. In psychischer Hinsicht sei eine gewisse Verdeutlichung der Beschwerdesymptomatik nicht zu übersehen, ansonsten wirke der Beschwerdeführer unauffällig. Als Diagnosen gab Med. pract. E._____ an: (1) chronische Pankreatitis mit exokriner Insuffizienz, (2) insulinpflichtiger Diabetes mellitus,

(3) Status nach Pfortaderthrombose mit Splenomegalie, Aszites und Ösophagusvarizen, (4) anamnestisch Verdacht auf Polyneuropathie, (5) anamnestisch rezidivierendes LWS-Syndrom, (6) anamnestisch Status nach Alkoholabusus und (7) anamnestisch Missbrauch von Z-Drugs (Zopiclon), DD Abhängigkeit. In der Beurteilung hielt er fest, dass aufgrund der vorliegenden Informationen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden wegen der chronischen Pankreatitis und des insulinpflichtigen Diabetes mellitus, welcher nach Angaben des Beschwerdeführers mit einem HbA1c von 13 % sehr schlecht eingestellt sei. Ohne weiteres nachvollziehbar seien wesentliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für alle schwere körperlichen Arbeiten, berufliche Fahrtätigkeiten oder auch für alle Tätigkeiten mit erheblicher Verletzungsgefahr. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei noch unklar. Es müssten noch weitere Berichte und medizinische Abklärungen abgewartet werden, namentlich der Bericht der Gastroskopiekontrolle Anfang Dezember 2017, der Bericht der geplanten chirurgischen Kontrolle am 18. Dezember 2017 sowie die vom Hausarzt einzuverlangenden Laborwerte des Jahres 2017, insbesondere die HbA1c-Werte (act. 65; act. 64, S. 5).

E. 6.1.6

Mit Bericht vom 19. Februar 2018 nahm Dr. D. _____ Stellung zum RAD-Bericht vom 16. November 2017 und hielt fest, dass er diesen in allen Punkten im Wesentlichen bestätigen könne. Die Gastroskopie sowie die CT-Untersuchung der Lumbalregion seien zwischenzeitlich durchgeführt worden und hätten keine neuen Gesichtspunkte ergeben bezüglich der Berufsunfähigkeit. Die Ösophagusvarizen seien nicht mehr nachweisbar. Hinsichtlich des Rückens zeige sich bei chronischem Lumbalsyndrom kein Hinweis auf eine Spinalstenose, jedoch lägen ausgeprägte osteoarthrotische Veränderungen vor, welche die Rückenschmerzen erklärten. Es bedürfe einer Dauerbehandlung mit Opioiden (Tramadol 100 mg 2 - 3 mal pro Tag). Betreffend den Diabetes mellitus nach weitgehendem Verlust des Pankreas erfolge eine intensivierete Insulintherapie mit lang wirkendem und prandialem Insulin. Die Langzeit-Blutzuckerwerte seien nicht im tolerierbaren Bereich (act. 81).

E. 6.1.7

In seiner Stellungnahme vom 11. September 2018 hielt med. pract. E. _____ fest, dass die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Tennislehrer - davon ausgehend, dass dieser selbst spiele - als wirbelsäulenbelastend einzuschätzen sei. Diese körperliche Arbeit/Belastung sei wegen der chronischen Pankreatitis, der Pfortaderthrombose und der Wirbelsäulenproblematik nicht mehr zumutbar. Davon könne seit Februar 2015 ausgegangen werden. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Informationen seien dem Beschwerdeführer wechselbelastende, körperlich leichte Arbeiten (Status nach Ösophagusvarizen, chronische Pankreatitis) ohne repetitive Zwangshaltungen der Wirbelsäule (orthopädische Problematik), ohne Nachtschicht, nicht an laufenden Maschinen, keine Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr, keine beruflichen Fahrtätigkeiten (insulinpflichtiger Diabetes, Missbrauch von Z-Drugs, Opiat-Medikation), keine Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an das Gleichgewicht (Verdacht auf Polyneuropathie der Beine) zumutbar. Wegen der Stuhlproblematik/Verdauungsprobleme bei chronischer Pankreatitis müsse eine Toilette rasch erreichbar sein. Solche angepassten Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer im Pensum von 80 % zumutbar. Betreffend den Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit lasse sich für das Jahr 2015 und Anfang 2016 keine seriöse Aussage machen. Anfang 2016 dürfte eine Teilarbeitsfähigkeit

vorgelegen haben (nur noch Ösophagusvarizen Grad I). Spätestens ab der letzten Kontrolle in der Uniklinik F._____ am 23. Mai 2016 könne von einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden (act. 84).

E. 6.1.8

Am 25. September 2018 gab Dr. D._____ an, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen Schmerzsyndrom mit Oberbauchschmerzen als Folge einer chronischen Bauchspeicheldrüsenerkrankung leide. Der Schmerz trete täglich auf und liege auf einer Schmerzskala von 0 - 10 zwischen 7 und 8. Ausserdem bestehe eine schmerzhaft diabetische Nervenerkrankung mit brennenden Schmerzen an beiden Unterschenkeln. Die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt liege auch für körperlich leichte Tätigkeiten unter 50 % (act. 87, S. 1). Gemäss den beigelegten Laborwerten lag der HbA1c-Wert des Beschwerdeführers am 22. Juni 2018 bei 10.3 % und am 20. September 2018 bei 10.4 % (act. 87, S. 2).

E. 6.1.9

Med. pract. E._____ hielt am 2. Oktober 2018 fest, dass der Beschwerdeführer ihm gegenüber weder brennende Schmerzen an den Unterschenkeln noch tägliche Oberbauchschmerzen erwähnt habe. Nachdem Schmerzen/Funktionseinschränkungen ganz offenbar nicht im Vordergrund gestanden hätten bzw. primär nicht erkennbar gewesen seien, habe er auch auf eine körperliche Untersuchung verzichtet. Bei Pankreatitis seien abdominelle Schmerzen häufig. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % sei vor allem auch wegen der grundsätzlich nachvollziehbaren (abdominellen) Schmerzen und Verdauungsprobleme sowie wegen Rückenschmerzen und der Polyneuropathie attestiert worden. Die Laborwerte bestätigten einen schlecht eingestellten Diabetes mellitus, zeigten ansonsten aber keine wesentlichen Auffälligkeiten. Die vom Hausarzt attestierte Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten von weniger als 50 % sei mit den Angaben des Beschwerdeführers ihm gegenüber und den objektivierbaren Befunden gemäss den vorliegenden medizinischen Berichten nicht nachvollziehbar (act. 89).

E. 6.1.10

Die vom Beschwerdeführer mit der Replik eingereichten medizinischen Berichte sind erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung entstanden. Zwar sind grundsätzlich nur die bis zum Verfügungserlass vorliegenden medizinischen Akten zu berücksichtigen (vgl. E. 3.2 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). Gemäss dem eingereichten Bericht des I._____ -Klinikums (...) vom 26. April 2019 war der Beschwerdeführer vom 16. bis 29. April 2019 in stationärer Behandlung wegen eines akuten Schubs der chronischen Pankreatitis. Es wurde festgehalten, dass eine chronische Pankreatitis bei langjährigem C2-Abusus bekannt sei, laborchemisch erhöhte Leberwerte (insbesondere GGT, GOT, GPT) und Tumormarker festgestellt wurden und es im Verlauf zu einer Rückbildung der Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen, epigastrische Schmerzen und Appetitlosigkeit) gekommen sei. Im CT des Abdomens habe sich ein Hinweis für einen Pankreasprozess ergeben. Zur weiteren Abklärung sei ein MRT des Oberbauchs oder eine Endosonographie notwendig. Der Beschwerdeführer wünsche (jedoch) keine weitere Abklärung (Beilage zu

BVGer-act. 22). Im Weiteren reichte der Beschwerdeführer eine Kopie einer ärztlichen Bestätigung von Dr. D._____ ohne ersichtliches Datum ein. Darin wurde festgehalten, dass beim Beschwerdeführer aufgrund seines Diabetes mit ausgeprägter Polyneuropathie eine Sturzneigung bestehe, so dass dieser bei längeren Gehstrecken auf einen Rollator angewiesen sei (Beilage zu BVGer-act. 22).

E. 6.2.1

Beim Erlass der leistungsabweisenden Verfügung hat sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf die Beurteilung von RAD-Arzt med. pract. E._____ gestützt.

E. 6.2.2

Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen; die Untersuchungsergebnisse halten sie schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 IVV). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann allerdings nicht abgestellt werden und sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; Urteil des BGer 8C_262/2016 vom 22. September 2016 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 6.2.3

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). 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. 6.2.4

Das vom RAD-Arzt med. pract. E._____ veranlasste Gespräch mit dem Beschwerdeführer vom 15. November 2017 erfolgte, weil der RAD-Arzt die bis dahin vorliegenden medizinischen Akten als unzureichend erachtete, um die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers einzuschätzen. Im Rahmen des Gesprächs verzichtete er dann allerdings auf eine körperliche Untersuchung, weshalb die Bezeichnung des entsprechenden Berichts vom 16. November 2017 als "RAD-Untersuchungsbericht" missverständlich erscheint. Der RAD-Arzt erhob eine Anamnese und befragte den Beschwerdeführer zu dessen aktuellen Beschwerden sowie den durchgeführten bzw. noch durchzuführenden Therapien/Untersuchungen. Gestützt auf diese Angaben, jedoch im Wesentlichen gestützt auf die vorliegenden medizinischen Akten stellte er die Diagnosen und nahm eine Beurteilung der gesundheitlichen Situation und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor. Der RAD-Bericht vom 16. November 2017 ist daher kein

Untersuchungsbericht im eigentlichen Sinne, sondern eine durch Erkenntnisse aus mündlicher Befragung hinsichtlich aktuellen Beschwerden und Therapielage erweiterte Aktenbeurteilung, wobei eine solche - wie bereits erwähnt - nur bei einer lückenlosen Befundlage zulässig ist. Gemäss Bericht vom 16. November 2017 erachtete der RAD-Arzt es für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit für notwendig, weitere Abklärungen abzuwarten und medizinische Berichte einzuholen. Nach Eingang des Berichts des Hausarztes Dr. D. _____ vom 19. Februar 2018 und des Berichts der im Ärztezentrum K. _____ am 18. Dezember 2017 durchgeführten Gastroskopie (act. 76) nahm der RAD-Arzt am 11. September 2018 abschliessend Stellung zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dieser sei in der bisherigen Tätigkeit als Tennislehrer seit 2. Februar 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit spätestens 23. Mai 2016 eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit. Diese abschliessende Beurteilung nahm der RAD-Arzt vor, obwohl nicht alle Abklärungen und Berichte vorlagen. So hielt er selber fest, dass der Hausarzt die angeforderten Laborwerte für das Jahr 2017 nicht geschickt habe (act. 84). Im Weiteren liegt kein Bericht betreffend die von Dr. D. _____ in seinem Bericht vom 19. Februar 2018 erwähnte CT-Untersuchung der Lumbalregion bei den Akten. Dieser Bericht erscheint für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jedoch wesentlich, zumal Dr. D. _____ angab, es lägen ausgeprägte osteoarthrotische Veränderungen vor, welche die Rückenschmerzen des Beschwerdeführers erklärten (act. 81). Ferner wurde - obwohl der Beschwerdeführer gegenüber dem RAD-Arzt anlässlich des Gesprächs vom 15. November 2017 angegeben hatte, dass im Januar 2018 eine augenärztliche Verlaufskontrolle stattfinde, und beklagt hatte, dass er schlechter sehe (act. 65, S. 3), - kein Verlaufsbericht der behandelnden Augenärztin eingeholt. Folglich lag am 11. September 2018 keine lückenlose Befundlage als notwendige Voraussetzung für eine abschliessende RAD-Beurteilung vor.

E. 6.2.5

Zum "ärztlichen Attest" von Dr. D. _____ vom 25. September 2018, wonach der Beschwerdeführer unter einem chronischen Schmerzsyndrom mit Oberbauchschmerzen als Folge einer chronischen Pankreatitis sowie einer schmerzhaften diabetischen Nervenerkrankung mit brennenden Schmerzen an beiden Unterschenkeln leide und seine Leistungsfähigkeit auch für körperlich leichte Tätigkeiten unter 50 % liege (act. 87), nahm der RAD-Arzt am 2. Oktober 2018 Stellung. Er hielt an seiner Einschätzung einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepassten Tätigkeiten fest. Dies im Wesentlichen mit der Begründung, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Gesprächs vom 15. November 2017 ihm gegenüber weder Oberbauchschmerzen noch brennende Schmerzen an den Unterschenkeln erwähnt habe (act. 89). Damit stützte sich der RAD-Arzt auf Angaben des Beschwerdeführers, welche zu diesem Zeitpunkt bereits fast ein Jahr zurücklagen. Der Beschwerdeführer hat diesbezüglich geltend gemacht, sein Gesundheitszustand habe sich seitdem verschlechtert (act. 86; BVGer-act. 1, S. 8, Ziff. 1). Tatsächlich lässt sich anhand der vorliegenden Akten nicht ausschliessen, dass es seit dem 15. November 2017 zu einer arbeitsfähigkeitsrelevanten anhaltenden Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers gekommen ist. Hinsichtlich der chronischen Pankreatitis hielt der RAD-Arzt fest, dass abdominelle Schmerzen häufig seien (act. 89, S. 2). Hinweise, dass die beim Beschwerdeführer vorliegende Pankreatitis mit zunehmenden Schmerzen verbunden ist, ergeben sich aus den Berichten von Dr. D. _____, welcher am 11. April 2016 von einer chronischen schmerzhaften Pankreatitis und im Februar 2017 von einer chronischen sehr schmerzhaften Pankreatitis sprach. Schliesslich gab er am 25.

September 2018 an, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen Schmerzsyndrom mit täglichen Oberbauchschmerzen (zwischen 7 und 8 auf einer Schmerzskala von 0 -10) leide (act. 23, S. 1; act. 45, S. 3; act. 87). Insofern ist es ohne Weiteres denkbar, dass die Intensität und Dauer der Oberbauchschmerzen im Verlauf der chronischen, schubweise verlaufenden Pankreatitis seit dem Gespräch im November 2017 weiter zugenommen haben und die Schmerzen zu einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Rezidivierende Rückenschmerzen beklagte der Beschwerdeführer bereits anlässlich des Gesprächs mit dem RAD-Arzt vom 15. November 2017. Bei der MR-Untersuchung der Brust- und Lendenwirbelsäule vom 20. Januar 2012 zeigte sich eine Hyperkyphose im Bereich der unteren BWS/thorako-lumbaler Übergangsbereich. Im Übergangsbereich fanden sich zudem erhebliche degenerative Veränderungen in Form von Osteochondrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen (act. 35, S. 12). Ob sich der Zustand diesbezüglich verschlechtert hat, lässt sich nicht beurteilen, da der RAD-Arzt weder eine klinische Untersuchung vorgenommen noch den Bericht der nach dem Gespräch vom 15. November 2017 durchgeführten CT-Untersuchung der Lumbalregion eingeholt hat. Schliesslich kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass sich die beim Beschwerdeführer vorliegende Polyneuropathie, welche in den Akten bereits im Januar 2013 Erwähnung findet (act. 35, S. 7), in arbeitsfähigkeitsrelevanter Weise verschlechtert hat. Anlässlich des Gesprächs mit dem RAD-Arzt am 15. November 2017 beklagte der Beschwerdeführer zwar keine brennenden Schmerzen in den Unterschenkeln, jedoch ein zunehmendes Taubheitsgefühl und Schmerzen ("wie ein Krampf") in den Beinen (act. 65, S. 4). Abklärungsbedürftige Beschwerden lagen somit bereits im Zeitpunkt des Gesprächs vom 15. November 2017 vor. Dass sich die Beschwerden seitdem noch verschlechtert haben, ist angesichts des auch im Jahr 2018 noch sehr schlecht eingestellten Diabetes mellitus mit deutlich zu hohen HbA1c-Werten (vgl. act. 87, S. 2; zur Situation im April 2019 vgl. Beilage zu BVGer-act. 22: HbA1c-Wert von 7.16 %) durchaus denkbar. Gemäss der mit der Replik vom 30. August 2019 eingereichten Bestätigung von Dr. D. _____, soll der Beschwerdeführer aufgrund der "ausgeprägten" Polyneuropathie bei längeren Gehstrecken sogar auf einen Rollator angewiesen sein (Beilage zu BVGer-act. 22).

E. 6.2.6

Nach dem Gesagten sind die Beweisanforderungen, die an einen RAD-Bericht ohne eigene Untersuchung gestellt werden (lückenlose Befundlage, keine geringen Zweifel) vorliegend nicht erfüllt. Somit vermag die Beurteilung von RAD-Arzt med. pract. E. _____ nicht zu überzeugen. Hinzu kommt, dass dieser als Allgemeinmediziner ohnehin nicht über die nötigen Facharztqualifikationen (insbesondere Endokrinologie/Diabetologie, Innere Medizin, Orthopädie und Rheumatologie) verfügt, um die vorliegenden diversen somatischen Befunde sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers umfassend und abschliessend zu würdigen. Es besteht folglich weiterer Abklärungsbedarf.

E. 6.2.7

Dies gilt auch für den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Der RAD-Arzt erhob anlässlich des Gesprächs vom 15. November 2017 einen psychischen Befund und kam zum Schluss, dass bis auf eine gewisse "unübersehbare Verdeutlichung" der Beschwerdesymptomatik der Beschwerdeführer psychisch unauffällig wirke und insbesondere eine depressive Verstimmung nicht erkennbar sei (act. 65, S. 4). Mangels einer fachärztlichen psychiatrischen Qualifikation kann allerdings auf die Aussagen des

RAD-Arzt nicht ohne weiteres abgestellt werden. Psychiatrische Fachberichte finden sich in den vorliegenden Akten nur seitens der Klinik für Suchtmedizin in (...), wo der Beschwerdeführer aufgrund von Alkoholintoxikationen im Rahmen einer Alkoholabhängigkeit erstmals im April 2014 (3 Tage) und dann erneut im Februar 2015 (4 Tage) stationär behandelt wurde (act. 34; act. 47). Gegenüber dem RAD-Arzt gab der Beschwerdeführer am 15. November 2017 an, nach seiner Behandlung im Februar 2015 einen Selbstentzug durchgeführt und seither keinen Schluck Alkohol mehr getrunken zu haben (act. 65, S. 3). Die Laborwerte vom 15. November 2017 ergaben denn auch keinen Hinweis auf übermässigen Alkoholkonsum (act. 67; act. 84, S. 2). Für eine abschliessende Beurteilung fehlt es jedoch an einer diesbezüglichen fachärztlichen psychiatrischen (Verlaufs-)Beurteilung. Im Weiteren wurde von den behandelnden somatischen Ärzten wiederholt eine Depression/depressive Verstimmung erwähnt (act. 11.1; act. 45, S. 3; act. 81; vgl. auch Beilage zu BVGer-act. 22), ohne dass sich ein psychiatrischer Facharzt dazu geäussert hätte. Allenfalls ergibt sich auch aufgrund der vom Hausarzt gestellten Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms (act. 87) ein Erfordernis für eine psychiatrische Beurteilung, sofern für die geklagten Schmerzen nach ausreichender somatischer Abklärung keine vollständige organische Erklärbarkeit vorliegt (vgl. Henningsen/Schickel, in: Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Schneider et al [Hrsg.], 2. Aufl. 2016, S. 310 Rz. 15). Ob, und falls ja, welche psychiatrischen Erkrankungen beim Beschwerdeführer im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum bestanden haben, bleibt jedenfalls offen und bedarf weiterer Abklärung.

E. 6.2.8

Nach dem Gesagten ist im Sinne eines Zwischenfazit festzuhalten, dass die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht hinreichend nachgekommen ist und sie den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht genügend abgeklärt hat.

E. 7

In beruflich-erwerblicher Hinsicht hat die Vorinstanz den Beschwerdeführer als im hypothetischen Gesundheitsfall vollzeitlich Erwerbstätigen qualifiziert und entsprechend für die Berechnung des Invaliditätsgrads die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs angewendet.

E. 7.1

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist nach der Rechtsprechung nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie (unter Berücksichtigung der gesamten persönlichen, familiären, beruflichen und sozialen Situation) hypothetisch erwerbstätig wäre. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteile des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1; 9C_552/2016 vom 9. März

2017 E. 4.2).

E. 7.2

Der Beschwerdeführer gab auf Nachfrage der IV-Stelle C._____ am 6. August 2016 an, er wäre im Gesundheitsfall mit einem Arbeitspensum von 100 % tätig. Er sei auch vor Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung zu 100 % tätig gewesen sei (act. 36). Sollte diese Behauptung zutreffen, würde dies tatsächlich ein gewichtiges Indiz für eine im hypothetischen Gesundheitsfall vollzeitliche Erwerbstätigkeit darstellen (vgl. Urteil des BGer 9C_559/2009 vom 18. Dezember 2009 E. 4). Allerdings sind den Akten keine klaren Angaben zum Beschäftigungsgrad des Beschwerdeführers in der Tätigkeit als Tennislehrer zu entnehmen. Die diesbezüglichen Aussagen des Beschwerdeführers erweisen sich als inkonsistent und widersprüchlich. So gab er am 6. August 2016 an, er habe früher neben seiner Tätigkeit (als angestellter Tennislehrer) bei der Sportcenter B._____ AG als selbständig Erwerbender in Deutschland 20 - 25 Tennisstunden geleitet, wobei ca. 25 Trainerstunden einem 100 %-Pensum entsprächen (act. 36; vgl. auch act. 8; act. 44, S. 4). Gemäss einer Aktennotiz vom 6. April 2017 gab der Beschwerdeführer gegenüber einer Sachbearbeiterin der IV-Stelle C._____ an, er arbeite seit 20 Jahren in der Schweiz und habe nur ganz am Anfang noch Tenniskurse in Deutschland erteilt. Im Verlauf des Gesprächs teilte er dann mit, parallel zu seiner Anstellung bei Sportcenter B._____ AG ab und zu als selbständiger Tennislehrer in Deutschland gearbeitet zu haben. Schliesslich gab er an "vor einigen Jahren" mit der selbständigen Erwerbstätigkeit aufgehört zu haben (act. 49), obwohl er zuvor im Fragebogen für Selbständigerwerbende am 30. Januar 2017 angegeben hatte, nach Eintritt der "Invalidität" noch 3 - 5 Stunden als (selbständiger) Tennislehrer tätig zu sein (act. 44, S. 4). Den eingereichten Steuerbescheiden aus Deutschland ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2010 bis 2013 Einkünfte aus selbständiger Arbeit erzielte, allerdings erscheint es aufgrund deren Höhe eher unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer tatsächlich im angegebenen Pensum von 20 - 25 Stunden pro Woche tätig war (vgl. act. 48, Jahr 2010: Euro 6'521.-, Jahr 2011: Euro 4'227.-, Jahr 2012: Euro 7'832.-, Jahr 2013: Euro 9'357.-). Gemäss Mitteilung des Finanzamts G._____ hatte der Beschwerdeführer ab 2014 keine steuerpflichtigen Einkünfte mehr (act. 48, S. 9), so dass davon auszugehen ist, dass er die Tätigkeit als selbständiger Tennislehrer per Ende 2013 gänzlich aufgab. Die von der IV-Stelle C._____ angeforderten Geschäftsabschlüsse (Bilanzen, Erfolgsrechnungen; vgl. act. 40) reichte der Beschwerdeführer nicht ein, wodurch die Höhe des in Deutschland geleisteten Pensums unklar bleibt. Selbst wenn der Beschwerdeführer wöchentlich 20 - 25 Tennisstunden erteilt hätte, ist ohnehin fraglich, ob bei "ca. 25 Trainerstunden" tatsächlich von einem Vollzeitpensum auszugehen ist, wie es der Beschwerdeführer ohne weitere Begründung geltend machte. Hinsichtlich der Tätigkeit in der Schweiz bei der Sportcenter B._____ AG liegt ein Arbeitgeberbericht vom 16. März 2016 in den Akten, dem zu entnehmen ist, dass der Beschwerdeführer seit 1. September 2002 in ungekündigtem Arbeitsverhältnis als Tennislehrer mit einem Pensum von 2 Stunden pro Woche tätig ist (act. 20, S. 3). Dass sich dieses angegebene Pensum nicht auf die ganze Dauer der Beschäftigung beziehen kann, ergibt sich aus dem IK-Auszug, wonach der Beschwerdeführer vor 2009 ein erheblich höheres Einkommen erzielte (vgl. act. 83, S. 2 f., im Jahr 2008: Fr. 32'428.-, im Jahr 2007: Fr. 25'511.-, im Jahr 2006: Fr. 25'608.-). Ab 2009 reduzierte der Beschwerdeführer sein Pensum offenbar laufend (vgl. act. 83, S. 2 f., im Jahr: 2009: Fr. 13'015.-, im Jahr 2010: Fr. 4'800.- [gemäss Lohnausweis für 2010: Fr. 10'800.-, vgl. act. 36, S. 9], im Jahr 2011: Fr. 4'800.- [gemäss Lohnausweis für 2011: Fr. 10'800.-,

vgl. act. 36, S. 8], im Jahr 2012: Fr. 4'400.- [gemäss Lohnausweis für 2012: Fr. 7'400.-, vgl. act. 36, S. 9], im Jahr 2013: Fr. 4'800.-, im Jahr 2014: Fr. 4'800.-, im Jahr 2015: Fr. 5'317.- [für die Jahre 2013-2015 übereinstimmend mit den Lohnausweisen]). Seit Januar 2016 hat der Beschwerdeführer sein Pensum - trotz seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen - wieder erhöht (vgl. act. 59 f.: 21 Stunden im Januar 2016, 22.5 im Februar, 20 im März, 27 im April, 30 im Mai, 28 im Juli etc.; act. 83, S. 2 f.: das Pensum 2016 entspricht knapp jenem von 2009, 2017 ist es höher). Aus welchem Grund der Beschwerdeführer sein Pensum als Tennislehrer von 2009 bis 2012 laufend reduzierte und die selbständige Tätigkeit als Tennislehrer in Deutschland per Ende 2013 gänzlich aufgab, ist den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen. Gemäss Behauptung des Beschwerdeführers war die Pensumsreduktion bzw. Aufgabe der selbständigen Tätigkeit aufgrund seiner gesundheitlichen Beschwerden erfolgt. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer gemäss den vorliegenden Akten jedoch erstmals ab Februar 2015 attestiert (act. 11.1). Ob und inwiefern sich allfällige gesundheitliche Beeinträchtigungen bereits davor auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkten, bleibt offen und bedarf weiterer Abklärung.

E. 7.3

Nach dem Gesagten ist die Vorinstanz ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG auch im Hinblick auf den beruflich-erwerblichen Sachverhalt nicht genügend nachgekommen. Zu klären sind insbesondere die Frage nach dem vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübten Beschäftigungsgrad (z.B. durch Einholen von Bilanzen/Erfolgsrechnungen betreffend die selbständige Tätigkeit sowie von Lohnabrechnungen und Auskünften bei der Sportcenter B._____ AG betreffend den Verlauf des Beschäftigungsgrads des Beschwerdeführers seit 1. September 2002) sowie die Frage, ob die Reduktion des Pensums ab 2009 bzw. die Aufgabe der selbständigen Tätigkeit per Ende 2013 aus rein gesundheitlichen Gründen oder aus freien Stücken erfolgte (durch Einholen von Auskünften bei der Sportcenter B._____ AG und Berichten der damals behandelnden Ärzte). Sollte sich im Rahmen der weiteren Abklärungen und unter einlässlicher Würdigung der gesamten Verhältnisse ergeben, dass der Beschwerdeführer im hypothetischen Gesundheitsfall nicht als vollzeitlich, sondern nur als teilzeitlich Erwerbstätiger zu qualifizieren ist, wäre die Vorinstanz angehalten, zusätzlich eine Haushaltsabklärung durchzuführen (zu den Anforderungen an eine Haushaltsabklärung bei im Ausland wohnhaften Versicherten vgl. Urteile des BVGer C-3961/2014 vom 13. Juli 2016 E. 4.6; C-3269/2016 vom 30. Januar 2018 E. 3.2 ff., insb. E. 3.3.1; C-3041/2014 vom 28. September 2016 E. 5.1 ff. und E. 7.5 ff.).

E. 8

Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer bei der Bestimmung des Invalideneinkommens geforderte Abzug vom Tabellenlohn kann eine abschliessende Beurteilung erst nach den erforderlichen weiteren Abklärungen in medizinischer sowie in beruflich-erwerblicher Sicht erfolgen. Ob ein Tabellenlohnabzug aufgrund des Grenzgängerstatus des Beschwerdeführers in Betracht kommt, ist nicht einzig aufgrund statistischer Werte (hierbei ist ohnehin nur das Verhältnis zum allgemeinen durchschnittlichen Lohnniveau massgebend und nicht das Verhältnis zu den von Schweizerinnen und Schweizern durchschnittlich erzielten Löhnen, vgl. Urteil des EVG I 215/06 vom 3. November 2006 E. 4.2.3.2), sondern anhand der konkreten Situation des Beschwerdeführers zu beurteilen (Urteil des BGer 8C_378/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 6.2.3).

E. 9.1

Im Ergebnis erweist sich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2018 weder in medizinischer noch in beruflich-erwerblicher Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt. Demzufolge ist es nicht möglich, mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob, gegebenenfalls in welcher Höhe und ab wann der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 9.2

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 umfassende interdisziplinäre Abklärung zu veranlassen, obwohl eine solche aufgrund der im Raum stehenden Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, geboten gewesen wäre. Vielmehr hat sie die Beurteilungen von RAD-Arzt med. pract. E. _____ vom 16. November 2017/11. September 2018 als ausreichend betrachtet, obwohl kein lückenloser Befund vorgelegen hat, eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit November 2017 aufgrund der Akten nicht auszuschliessen ist und der RAD-Arzt als Allgemeinmediziner nicht über die nötigen Fachkenntnisse verfügt, um die beim Beschwerdeführer vorliegenden Befunde und Diagnosen aus medizinischer Sicht umfassend und abschliessend zu würdigen. Zusammengefasst war vorliegend der zwingend erforderliche Abklärungsbedarf im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung offenkundig. Da die Vorinstanz noch kein Gutachten veranlasst hat, und die Verwaltung nicht von vornherein darauf bauen kann, dass ihre Arbeit in jedem verfügungsweise 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 gewahrt (vgl. Urteil des BVGer C-1882/2017 vom 3. April 2018 E. 6.1). Schliesslich ist eine Rückweisung vorliegend umso mehr gerechtfertigt, als die Vorinstanz zusätzlich beruflich-erwerbliche Abklärungen für die Beurteilung der Statusfrage zu treffen hat (vgl. E. 7 hiervor). Die Statusfrage beeinflusst auch die Art der Abklärungen betreffend die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Ein Endentscheid könnte allein mit der Einholung eines Gerichtsgutachtens ohne die Ergebnisse der weiteren Abklärungen jedenfalls nicht herbeigeführt werden (vgl. Urteil des BVGer C-329/2014 vom 8. Juli 2015 E. 6).

E. 9.3

Die Vorinstanz ist daher in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG anzuweisen, nach Aktualisierung und Vervollständigung der medizinischen Akten (insbesondere Einholung des Berichts betreffend die nach dem 15. November 2017 durchgeführte CT-Untersuchung des Rückens sowie einen augenärztlichen Verlaufsbericht) 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), wobei vorliegend bei langjährigem C2-Abusus auch die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts bei Suchterkrankungen (BGE 145 V 215) zu beachten ist (vgl. oben E. 6.1.1, 6.1.10). Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin (allenfalls unter Beizug eines Hepatologen, Gastroenterologen, Endokrinologen), Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie (letztere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung, BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281 und BGE 145 V 215) geboten. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten (etwa Ophthalmologie) beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1; Urteil des BVGer C-4537/2017 E. 8). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die beauftragten Sachverständigen letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für die wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.3). Betreffend den zu beurteilenden Zeitraum ab 2015 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. 9.4

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. 10

Im Ergebnis ist die Beschwerde im Sinne des Eventualantrags gutzuheissen, die Verfügung vom 7. 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. 11.1

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. 11.2

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei aufzuerlegen sind (Art.

63 Abs. 1 VwVG). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 VwVG e contrario), weshalb ihm der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.3

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 (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.