

BVGer C-3708/2013 vom 14. September 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-09-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3708_2013

FR: TAF C-3708/2013 du 14 septembre 2015

IT: TAF C-3708/2013 del 14 settembre 2015

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. dbis VwVG]).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG, sofern - wie vorliegend - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht wurde (Art. 60 ATSG; Art. 52 VwVG), ist darauf einzutreten.

E. 2.1

Anfechtungsobjekt bildet vorliegend die Verfügung der Vorinstanz vom 31. Mai 2013, mit welcher der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint wurde (IV-act. 42). Strittig und zu prüfen ist zunächst, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 2.2

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG).

E. 2.3

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, 127 II 264 E. 1b).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, sodass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG).

E. 3.2

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 3.3

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 3.4

Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Dies trifft im Verhältnis der Schweiz zu den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht zu, weshalb die Frage des Anspruches auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 4.1

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 11 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

E. 4.2

Im vorliegenden Verfahren finden grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die bei Eintritt des Versicherungsfalles, spätestens jedoch bei Erlass der Verfügung vom 31. Mai 2013 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind (das IVG in Kraft ab dem 1. Januar 1992 in der Fassung vom 22. März 1991 [3. IV-Revision; AS 1991 2377], ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [4. IV-Revision; AS 2003 3837], ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [5. IV-Revision; AS 2007 5129] und ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision; AS 2011 5659] mit den entsprechenden Fassungen der IVV [AS 1992 1251, 2003 3859, 2007 5155, 2011 5679]).

E. 4.3

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 20. Februar 2013) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen grundsätzlich Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 9C_803/2009 vom 25. März 2010 E. 5).

E. 5.1

Anspruch auf eine Rente der Schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Diese zwei Bedingungen müssen kumulativ erfüllt sein. Der Beschwerdeführer hat in der Schweiz unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die AHV/IV geleistet, womit die beitragsmässigen Voraussetzungen für den Bezug einer ordentlichen Invalidenrente erfüllt sind. Hingegen ist streitig, ob die Invalidität ein anspruchsbegründendes Ausmass erreicht. Zu prüfen bleibt damit, ob der Beschwerdeführer im rechtsrelevanten Zeitraum als invalid im Sinne des Gesetzes zu betrachten ist.

E. 5.2

Gemäss Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Art. 7 ATSG definiert die Erwerbsunfähigkeit als durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Arbeitsunfähigkeit ist die durch 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. 5.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 5.4

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c). 6.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes 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). 6.2 Einem Arztbericht kommt Beweiswert zu, wenn dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände,

welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 331 E. 1c; zur Beweiskraft von Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) vgl. Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4; BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

E. 7

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum Verfügungszeitpunkt (31. Mai 2013) stellt sich gemäss den medizinischen Akten wie folgt dar:

E. 7.1

Berichte Herz-Zentrum C._____, Prof. Dr. med. D._____, Prof. Dr. med. E._____, vom 11. August, 30. August und 30. November 2010 (IV-act. 14 S. 3 ff.), Diagnosen: - Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) vom Mehretagentyp; - nicht erfolgreicher Rekanalisationsversuch eines chronischen langstreckigen Verschlusses der proximalen Arteria coronaria dextra am 4. August 2010; - koronare 3-Gefässerkrankung; - gute linksventrikuläre Funktion ohne Wandbewegungsstörungen; - klinisches Beschwerdestadium Fontaine IIb/ Rutherford 3; - Rekanalisation der linken Arteria iliaca communis mit Stentangioplastie sowie Ballonangioplastie der rechten Arteria iliaca communis am 25. August 2010; - Alkoholkrankheit; - rezidivierende Gastritiden. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Arterielle Hypertonie; Nikotinkonsum; Hypercholesterinämie; Hypertriglyzeridämie; Diabetes mellitus Typ 2; Adipositas. Rauchentwöhnung und Gewichtsreduktion seien zu empfehlen.

E. 7.2

Entlassungsbericht vom 20. September 2010 von F._____, Gruppenpsychoanalytiker, und Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Diabetologie, Rehaklinik H._____ (IV-act. 14 S. 1 f.), Diagnosen: - Alkoholabhängigkeit (F10.2); - Angst und depressive Störung gemischt (F41.2); - narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8); - Diabetes mellitus Typ II (E11.90); - Adipositas (E66.0); - koronare 3-Gefässerkrankung (I25.9), Zustand nach nicht erfolgreichem Rekanalisationsversuch eines chronischen langstreckigen Verschlusses der proximalen Arteria coronaria dextra - PAVK des Becken-Bein-Typus Stadium IIb nach Fontaine (I73.9); - Zustand nach akuter nekrotisierender Pankreatitis 1997 (K85.10); - mässig ausgeprägte Gonarthrose beidseitig (M17.4); - rezidivierende Rückenschmerzen (M54.89) bei degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen (M47.20); - anamnestisch Gonylolisthesis (M43.16); - chronischer Nikotinabusus (F17.1). Entlassung in arbeitsunfähigem Zustand. Eine Neubewertung der Arbeitsfähigkeit sollte nach dem am 17. November 2010 [im Herz-Zentrum C._____, IV-act. 14 S. 10] vorgesehenen Eingriff erfolgen; bei erfolgreichem Eingriff werde davon ausgegangen, dass der Versicherte wieder eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit für leichte bis vereinzelt auch mittelschwere Arbeiten erreichen werde.

E. 7.3

Internistisches Gutachten E 213 Dr. med. I._____, Innere Medizin, Arbeitsmedizin, Allgemeinmedizin und Sozialmedizin, vom 1. Juli 2011 (IV-act. 8): Es liege Bewegungsmangel und Übergewicht vor. Eine Einschränkung der Beweglichkeit im Bereich der Lendenwirbelsäule sei bei der klinischen Untersuchung verifiziert worden, im Bereich der Knie- und Hüftgelenke bestehe weitgehend freie Beweglichkeit. Die

Einschränkung der Gehstrecke sei durch das Ineinandergreifen der peripher vaskulären und kardiovaskulären/ pulmonalen Grunderkrankungen mit degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates, vor allem der Kniegelenke, sowie der Wirbelsäule bedingt und durch das erhebliche Übergewicht und die Dekonditionierung weiter negativ beeinflusst. Derzeit gebe es keine Hinweise auf eine erhöhte Trinkmenge oder Alkoholfolgeerkrankungen. Es seien diverse Untersuchungen ausstehend, so eine Röntgenuntersuchung des Beckens, eine pulmonale Abklärung, eine Schlafapnoediagnostik und eine Untersuchung der Diabetes. Diagnosen: - Koronare Herzkrankheit, Zustand nach Hinterwandinfarkt 7/10 (I25.9); - insulinpflichtiger Diabetes mellitus (E11.9); - Adipositas (E66.0); - periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) des Becken-Bein-Typs mit Einschränkung der Gehfähigkeit (I73.9); - Alkoholkrankheit mit derzeit eingeschränktem Konsum (F10.2); - arterielle Hypertonie (I10); - mässig ausgeprägte beidseitige Gonarthrose und Retropatellararthrose mit schmerzbedingter Einschränkung der Gehfähigkeit; - wiederkehrende Rückenschmerzen bei degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen; - Sonstiges: Langjähriger Nikotinabusus, Schlafapnoesyndrom, Hypertriglyceridämie, Hyperlipidämie. Aufgrund des Zusammenwirkens multipler Erkrankungen aus dem internistischen (koronare Herzkrankheit, PAVK, Diabetes mellitus, Adipositas, Schlafapnoe, COPD) und orthopädischen Bereich (Gonarthrose, degenerative Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule) mit allgemeiner Minderung der kardiovaskulären Belastbarkeit und Einschränkung der Gehstrecke bestehe derzeit ein unter 3-stündiges Leistungsvermögen in der bisherigen Tätigkeit als Gastwirt wie auch für leichte körperliche Tätigkeiten "seit Beginn der AU" einstweilen bis 1. Juni 2012. Unter Berücksichtigung weiterer Risikofaktoren sei nur im Fall einer erfolgreichen durchgreifenden nachhaltigen akutmedizinischen und fachärztlichen Beeinflussung der Gesamtkonstellation eine Stabilisierung oder gar Besserung des körperlichen Zustands möglich. Weitere diagnostische und therapeutische Massnahmen seien derzeit ausstehend, weshalb eine Besserung der vorhandenen Einschränkungen längerfristig trotz der erheblichen und teilweise chronifizierten Krankheitsfolgen nicht ganz unwahrscheinlich sei. Eine ausreichende Belastbarkeit für eine auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit abzielende medizinische oder berufliche Rehabilitation sei derzeit nicht erkennbar.

E. 7.4

Stellungnahme RAD-Ärztin Dr. med. J. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 2. Mai 2012 (IV-act. 22), Hauptdiagnosen: - Alkoholkrankheit (F10.2), Status nach Entwöhnungsbehandlung 2010; - periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) vom Becken-Typ Stadium Fontaine IIb mit Einschränkung der Gehfähigkeit (pAVK Mehretagen-Typ; I73.9), Status nach Stent-Einlage in beide Iliacalgefässe 08/2010; - Verdacht auf COPD bei langjährigem Nikotinabusus (J44.9). Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Koronare 3-Gefäss-Erkrankung (I25.9); - Mässig ausgeprägte Gonarthrose und Retropatellararthrose mit schmerzbedingter Einschränkung der Gehfähigkeit (M17.4); - rezidivierende Wirbelsäulenbeschwerden bei degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen (M54.89, M47.20, M54.4, M54.0); - Diabetes mellitus Typ II (E11.9); - Schlafapnoe-Syndrom (G47.31). Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie (I10), Adipositas (E66), langjähriger Nikotinabusus, Hyperlipidämie, Hypertriglyceridämie; - Status nach Angst und depressiver Störung gemischt (F41.2); - narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8); - anamnestisch Coxarthrose. Mutmasslich habe der Versicherte den deutschen Schwerbehindertenausweis aufgrund der schweren

peripheren arteriellen Verschlusskrankheit mit den trotz Intervention bleibenden Stenosen beider Iliacalarterien erhalten. Es seien diverse Untersuchungen ausstehend, namentlich der COPD, Schlafapnoe und Diabetes, eine orthopädische und psychiatrische Abklärung sowie eine neurologische Abklärung betreffend etwaige kognitive Einschränkungen bei langjährigem Alkoholkonsum. Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Wirt und Taxifahrer betrage 100% seit 1. Februar 2008 bis 1. Juni 2012. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei noch zu bestimmen. Aus medizinischer Sicht schlug die RAD-Ärztin zudem die Durchführung von folgenden fachärztliche Abklärungen vor: orthopädische Abklärung bezüglich Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit, psychiatrische Abklärung, neurologische Abklärung bezüglich kognitiver Einschränkungen bei langjährigem Alkoholkonsum, aktuelle Abklärung des angiologischen Status ein Jahr nach Intervention.

E. 7.5

Orthopädisches Gutachten E 213 Dr. K. _____ vom 21. Januar 2013 (IV-act. 32): Beim Versicherten habe sich ein chronisches Schmerz-syndrom der Wirbelsäule ausgebildet, wobei die diesbezüglichen klinischen Ausprägungsmerkmale teilweise eindeutig seien. Daraus folge eine mässig ausgeprägte Funktionseinbusse des Achsenorgans. Die Wirbelsäule sei teilbelastbar. Der Verschleiss der Kniegelenke habe keine wesentlichen Funktionseinbussen zur Folge. Die Adipositas verstärke den klinischen Ausprägungsgrad der Erkrankungen. In der bisherigen Tätigkeit sei der Versicherte nicht arbeitsfähig. Leichte Arbeiten seien vollschichtig zumutbar. Sozialmedizinisch werde aber ausdrücklich auf die bekannte arterielle Verschlusskrankheit verwiesen. Arbeiten unter Zwangshaltung der Wirbelsäule, häufigem Bücken und Überkopparbeiten seien nicht zumutbar. Lasten über 10kg sollten nicht häufig gehoben werden. Auf häufiges Klettern oder Steigen sei zu verzichten. Eine Verbesserung des derzeitigen Gesundheitszustands könne nicht erzielt werden. Diagnosen: - Chronisches Schmerzsyndrom der Hals- und Lendenwirbelsäule bei Verschleiss und vorbeschriebener Spinalkanalstenose; - Verschleiss beider Kniegelenke.

E. 7.6

Nervenärztliches Gutachten E 213 L. _____, Ärztin für Nervenheilkunde, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Dipl. Psychologin, vom 23. Januar 2013 (IV-act. 33), Befund: Der Versicherte sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Es bestehe ein ausgeprägter Foetor alcoholicus. Es gäbe keine Hinweise auf überwertige oder paranoide Ideen, Wahrnehmungsstörungen oder eine akute Suizidalität. Die Alkoholproblematik werde bagatellisiert. Der Versicherte habe angegeben, am Untersuchungstag bereits Alkohol getrunken zu haben und nicht auf Alkohol verzichten zu wollen. Der vermehrte Alkoholkonsum habe bislang nicht zu Einschränkungen auf neurologischem und psychiatrischem Gebiet geführt. Der Versicherte sei in der affektiven Schwingungsfähigkeit nicht eingeschränkt und es fänden sich keine sicheren Hinweise auf kognitive Einschränkungen. Auch sonst lägen auf nervenärztlichem Gebiet keine berufsrelevanten Funktionseinschränkungen vor. Aus nervenärztlicher Sicht sei eine körperlich mittelschwere Tätigkeit 6 Stunden und mehr zumutbar. Eine Tätigkeit in der Gastronomie könne aufgrund der Alkoholabhängigkeit nicht mehr empfohlen werden. Der Schwerpunkt der Erkrankung liege aber nicht auf nervenärztlichem, sondern auf internistischem Gebiet, auf welchem im Juni 2011 [internistisches Gutachten, IV-act. 8] eine Leistungsminderung festgestellt worden sei. Diagnosen: - Alkoholabhängigkeit; - Verdacht auf Restless-Legs-Syndrom.

E. 7.7

Stellungnahme RAD-Ärztin Dr. med. J. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 5. April 2013 (IV-act. 36), Hauptdiagnosen: - Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) vom Becken-Typ Stadium Fontaine IIb mit Einschränkung der Gehfähigkeit (pAVK Mehretagen-Typ; I73.9); - Verdacht auf COPD bei langjährigem Nikotinabusus (J44.9); - Alkoholkrankheit (F10.2) Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Diabetes mellitus Typ II (E11.9); - Koronare 3-Gefäss-Erkrankung (I25.9); - mässig ausgeprägte Gonarthrose bds. mit Retropatellararthrose und schmerzbedingter Einschränkung der Gehfähigkeit (M17-4); - rezidivierende Wirbelsäulenbeschwerden bei degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen (M54.89, M47.20, M54.4, M54.0) und Spinalkanalstenose (M48); - obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (G47.31); - beidseitige Coxarthrose (M16). Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Diabetes mellitus Typ II (I10), Adipositas (E66), langjähriger Nikotinabusus, Hyperlipidämie, Hypertriglyceridämie; - Alkoholkrankheit (F10.2), Status nach Entwöhnungsbehandlung 2010; - Rez. Gastritiden; - Restless-Legs-Syndrom (G25); - Status nach Angst und depressiver Störung gemischt (F41.2); - narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8). Aus internistischer Sicht seien die im Gutachten von Dr. I. _____ vom Juni 2011 erwähnten Untersuchungen - pulmonale Untersuchung einer möglichen COPD, Schlafapnoediagnostik, Untersuchung der Diabetes - ausstehend. Aus medizinischer Sicht liege eine reduzierte Leistungsfähigkeit bei eingeschränkter Gehfähigkeit und pAVK IIb vor, welche die bisherige Tätigkeit als Wirt und Taxifahrer unzumutbar mache. Es sollten weitere Abklärungen des angiologischen Status erfolgen. Leichte bis mittelschwere körperliche wechselbelastende Tätigkeiten ohne Nähe zu Alkoholausschank, ohne ausschliesslich sitzende Tätigkeiten, Ersteigen von Leitern, Treppen oder Gerüsten, Exposition in Hitze/ Kälte/ Nässe/ Höhe, ohne lange Gehstrecken und Gehen auf unebenem Boden sowie Wirbelsäule-Zwangshaltungen seien vollschichtig zumutbar. Eine Gewichtsreduktion sei aus medizinischen Gründen dringend indiziert. Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Wirt und Taxifahrer betrage 100% seit 2. Juni 2010, in einer angepassten Tätigkeit 0% ab November 2010.

E. 8.1

Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen ein, zu welchen der RAD Stellung bezog. Auch die nachstehend erwähnten, nach Verfügungserlass verfassten Berichte sind zu berücksichtigen, da diese (rückwirkend) Bezug auf den - bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vorliegenden - gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers nehmen, demnach mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und allenfalls geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

E. 8.2

Bericht Dr. med. M. _____, Arzt für Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie und Somnologie, Kreiskrankenhaus B. _____, vom 21. September 2011 (Beilage zu BVGer-act. 21): Der Versicherte befinde sich zur Behandlung des obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms im Schlaflabor. Zusätzlich bestehe ein klinisch relevantes Restless-Legs-Syndrom sowie ein PLMS-Syndrom.

E. 8.3

Bericht Dr. med. N._____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vom 13. Januar 2012 (Beilage zu BVGer-act. 7), Anamnese: Knieschmerzen beidseitig bei Spinalkanalstenose. Eine neurologische Abklärung werde empfohlen. Diagnosen: - Spinalkanalstenose (M48.09); - primär insulinabhängiger Diabetes mellitus ohne Komplikationen (E10.90); - Meniskopathie beidseits (M23.33); - Gonarthrose beidseits (M17.9); - Verdacht auf Alkohol-Polyneuropathie (G62.1); - Chronisches Schmerzsyndrom (R52.2).

E. 8.4

Bericht Prof. Dr. med. O._____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 6. Februar 2013 (Beilage zu BVGer-act. 7), Diagnose: Diabetische Polyneuropathie. Die bestmögliche Einstellung des Diabetes mellitus sowie die Vermeidung von Risikofaktoren sei therapeutisch entscheidend.

E. 8.5

Bericht Dres. P._____ und Q._____, Fachärztinnen für Innere Medizin, und R._____, Internist, Endokrinologe und Diabetologe, Diabetes Zentrum S._____ vom 26. Juli 2013 (Beilage zu BVGer-act. 7), Diagnosen: - Diabetes mellitus Typ 2, bekannte Diabetesdauer 10 Jahre (E11.73); - distal symmetrisch sensible diabetische Polyneuropathie (G63.2); - PAVK vom Mehretagentyp bds. (I79.2); - insulinbedingte Hypoglykämie (E16.0); - beginnende altersbedingte Makuladegeneration (H35.3); - koronare Drei-Gefässerkrankung (I25.13); - Zustand nach Myokardinfarkt; - arterielle Hypertonie (I10.00); - gemischte Hyperlipidämie (E78.2); - Hyperurikämie (E79.0); - Nikotinabhängigkeit (F17.2); - Adipositas (E66.01); - obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (G47.31); - MRSA-Screening aktuell negativ (Z11). Die stationäre Aufnahme sei zur Insulinkorrektureinstellung bei schwankenden Blutzuckerwerten erfolgt. Die ambulant durchgeführten Massnahmen hätten nicht zum gewünschten Erfolg geführt. Der initial mit 8.3% gemessene HbA1c-Wert sei Ausdruck der schlechten Blutzuckerstoffwechsellage der letzten Zeit. Unter einer Ernährungsmodifikation habe eine stabile Blutzuckereinstellung erzielt werden können.

E. 8.6

Bericht T._____, Innere Medizin, vom 6. September 2013 (Beilage zu BVGer-act. 21): Grundsätzlich wäre eine Intervention betreffend PAVK indiziert, die Spinalkanalstenose, stehe bei den Beschwerden aber möglicherweise im Vordergrund. Es sollte erneut eine gründliche Reevaluation erfolgen. Diagnosen: - Periphere arterielle Verschlusskrankheit vom Beckentyp; - Verdacht auf Abgangsverschlüsse Arteria ilica communis beidseits; - Ausschluss relevante Stenosen Arteria femoralis communis, Arteria profunda femoris, Arteria superficialis sowie Arteria poplitea beidseits; - anamnestisch Zustand nach peripher-arterieller Intervention 2010; - koronare Herzkrankheit, Zustand nach Myokardinfarkt; - Ausschluss stenosierende supraaortale extrakranielle Verschlusskrankheit. Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Arterielle Hypertonie, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Nikotinabusus, Adipositas, Spinalkanalstenose.

E. 8.7

Bericht U._____, Facharzt für Diagnostische Radiologie, vom 17. September 2013 (Beilage zu BVGer-act. 21), Beurteilung nach Computertomographie der Halswirbelsäule:

Unkarthrosen und Bandscheibenprotrusionen mit Einengung der Neuroforamina C3/4 rechts und C5-C7 links.

E. 8.8

Stellungnahme RAD-Ärztin Dr. med. J._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 2. April 2014 (IV-act. 46): Gemäss Austrittsbericht des Diabetes Zentrum S._____ vom 26. Juli 2013 [Beilage zu BVGer-act. 7] sei die diabetische Stoffwechsellage noch immer ungenügend. Die unterdessen diagnostizierte Polyneuropathie sei Folge des über lange Zeit ungenügend eingestellten Diabetes. Es sei wiederholt eine Alkoholkrankheit diagnostiziert worden. Ein einfacher Alkoholismus werde aber von IV-Leistungen ausgeschlossen. Es liege eine reduzierte Leistungsfähigkeit bei eingeschränkter Gehfähigkeit und PAVK IIB vor. Die weitere Abklärung des angiologischen Status sei mehrmals für notwendig erklärt worden. Die bisherige Tätigkeit als Wirt und Taxifahrer sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittelschwere körperliche wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben oder Tragen, Wirbelsäulezwangshaltungen, Schichtarbeit, Exposition in Nässe, Kälte oder Höhe sei halbschichtig bis im Verlauf maximal vollschichtig zumutbar. Somit bleibe es in der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 100% in der angestammten Tätigkeit seit 2. Juni 2010 sowie von 0% in einer angepassten Tätigkeit seit November 2010.

E. 8.9

Ärztliche Bescheinigung V._____, Allgemeinmedizin, Diabetologie und Fussambulanz, vom 14. Juli 2014 (Beilage zu BVGer-act. 25): Der Versicherte sei zur Zeit und vermutlich dauerhaft nicht arbeitsfähig. Es bestehe eine ausgesprochene Rehabilitationsbedürftigkeit. Diagnosen: - Diabetes mellitus Typ II mit diabetischer Retinopathie und distal-symmetrischer schmerzhafter Polyneuropathie; - Zustand nach Pankreatitis; - Gon- und Coxarthrose beidseits; - Spondylolisthesis im Rückenbereich; - arterielle Hypertonie; - koronare Herzkrankheit; - Schlafapnoe-Syndrom.

E. 8.10

Stellungnahme RAD-Arzt Dr. med. W._____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 31. Juli 2014 (Beilage zu BVGer-act. 27), Hauptdiagnose: - Periphere arterielle Verschlusskrankheit pAVK vom Becken Typ Stadium IIB (I73.9); Nebendiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Diabetes mellitus Typ II (E11.9) - Koronare 3-Gefäss-Erkrankung (I25.9) - Goarthrose beidseitig mit Retropatellarthrose und schmerzbedingter Einschränkung der Gehfähigkeit (M17.4) - Rezidivierende Wirbelsäulenbeschwerden bei degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen (M54.89, M47.20; M54.4, M54.0 und einer bekannten Spinalkanalstenose (M48) - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (G47.31) - Verdacht auf COPD (J44.9) - Beginnende Coxarthrose (M16) Nebendiagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Kardiovaskuläre Risikofaktoren: Diabetes Mellitus Typ II, Adipositas, langjähriger Nikotinabusus, Hyperlipidämie, Hypertriglyceridämie, bekannte Alkoholkrankheit - Verdacht auf Restless-Legs-Syndrom - Status nach Angst und depressiver Störung gemischt, narzisstische Persönlichkeitsentwicklung, Steissbeinfistel. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% in der bisherigen Tätigkeit ab Juni 2010 und 0% in einer angepassten Tätigkeit ab November 2010. An dieser Einschätzung änderten auch die vom Beschwerdeführer neu eingereichten Dokumente nichts.

E. 9.1

Die Auswertung der medizinischen Unterlagen bringt zutage, dass sich die Vorinstanz bei der angefochtenen Verfügung auf eine unvollständige Aktenlage gestützt hat. So beauftragte die Vorinstanz die Deutsche Rentenversicherung am 21. Mai 2012 neben einer neurologischen, neuro-psychiatrischen, psychiatrischen und orthopädischen Begutachtung auch mit der Durchführung einer vaskulären Doppleruntersuchung (IV-act. 24), welche bisher ausgeblieben ist. Sodann hielt RAD-Ärztin Dr. J. _____ in ihrer Stellungnahme vom 5. April 2013 (IV-act. 36) fest, die im internistischen Gutachten von Dr. I. _____ (IV-act. 8) erwähnten Abklärungen - eine Röntgenuntersuchung des Beckens, eine pulmonale Abklärung, eine Schlafapnoediagnostik sowie eine Untersuchung der Diabetes - seien noch immer ausstehend. Zudem legte sie mehrfach weitere Abklärungen des angiologischen Status nahe, welche ebenfalls unterblieben sind (IV-act. 22, 36). Aus den vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichten Akten geht hervor, dass am 21. September 2011 (Beilage zu BVGer-act. 21) offenbar eine Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms stattfand; Untersuchungsergebnisse, die eine Schlussfolgerung auf die Arbeitsfähigkeit zulassen, liegen jedoch nicht vor. Sodann reichte der Beschwerdeführer zwei fachärztliche Berichte vom 6. Februar sowie 26. Juli 2013 (Beilagen zu BVGer-act. 7) ein, welche eine diabetische Polyneuropathie diagnostizierten. Ob diese der Vorinstanz beim Erlass der angefochtenen Verfügung bekannt waren, ist nicht ersichtlich. RAD-Ärztin Dr. J. _____ nahm in ihrer nach Verfügungszeitpunkt erfolgter Stellungnahme vom 2. April 2014 keine Würdigung allfälliger Auswirkungen der neu diagnostizierten Polyneuropathie auf die Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 46). In der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. W. _____ vom 31. Juli 2014 fehlt die entsprechende Diagnose aus unbekanntem Gründen vollumfänglich (Beilage zu BVGer-act. 27). Eine fachärztliche Untersuchung der Lungenbeschwerden fand, soweit ersichtlich, überhaupt nicht statt. Anhand der unvollständigen Aktenlage kann nicht beurteilt werden, wie sich die multiplen gesundheitlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

E. 9.2

Wegen des unvollständig abgeklärten medizinischen Sachverhalts erweist sich auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Vorinstanz als mangelhaft, zudem ist sie in zeitlicher Hinsicht nicht nachvollziehbar. Der angefochtenen Verfügung zufolge beträgt die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gastwirt 100% seit dem 2. Juni 2010 und 0% in einer angepassten Tätigkeit seit dem 17. November 2010 verbunden mit einer Erwerbseinbusse von 100% ab 2. Juni 2010 und 12% ab 17. November 2010 (IV-act. 42). Bereits das Datum der Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf ist anhand der Akten nicht nachvollziehbar. So datierte RAD-Ärztin Dr. J. _____ in ihrer Stellungnahme vom 2. Mai 2012 den Beginn der Arbeitsunfähigkeit zunächst auf den 1. Februar 2008 (IV-act. 22). In den späteren Stellungnahmen vom 2. April 2013 und 5. April 2014 setzte sie den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf den 2. Juni 2010 fest (IV-act. 36, 46). Eine Erklärung, weshalb der Beschwerdeführer rückwirkend über zwei Jahre lang entgegen der ursprünglichen Einschätzung doch arbeitsfähig gewesen sein soll, lässt sich weder der Stellungnahme noch den Akten entnehmen. Nicht nachvollziehbar ist sodann die Annahme der Vorinstanz, der Beschwerdeführer sei seit dem 17. November 2010 in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 100% arbeitsfähig gewesen. Da auch diesbezüglich eine Begründung oder ein Verweis auf die Akten fehlt, ist davon auszugehen, dass sich die Vorinstanz auf den Entlassungsbericht der Rehaklinik H. _____ vom 20. September 2010 gestützt hat. Dieser hält fest, die Entlassung des Versicherten erfolge in arbeitsunfähigem Zustand; eine Neubewertung der Arbeitsfähigkeit sollte nach dem für den 17. November

2010 geplanten Eingriff erfolgen. Es werde davon ausgegangen, nach erfolgreichem Eingriff könne der Versicherte wieder eine vollschichtige Leistungsfähigkeit für leichte bis vereinzelt kurzfristig auch mittelschwere Arbeiten erreichen (IV-act. 14 S. 2). Eine erneute Untersuchung der Arbeitsfähigkeit fand jedoch weder durch die Rehaklinik H. _____ noch das Herz-Zentrum C. _____, in welchem der erwähnte Eingriff erfolgte (IV-act. 14 S. 10), statt. Soweit ersichtlich, wurde die nächstfolgende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im internistischen Gutachten von Dr. I. _____ vom 1. Juli 2011 vorgenommen. In diesem wurde dem Beschwerdeführer jedoch eine Arbeitsunfähigkeit "seit Beginn AU" bis einstweilen 1. Juni 2012 attestiert (IV-act. 8 S. 11). Erschwerend kommt hinzu, dass Beginn und Dauer der Arbeitsunfähigkeit im internistischen Gutachten nicht klar ausgewiesen ist. Der "Beginn AU" ist im Gutachten nicht näher konkretisiert. Die Festlegung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit bis 1. Juni 2012 hatte zudem nur provisorischen Charakter, hielt Dr. I. _____ doch ausdrücklich fest, aufgrund ausstehender diagnostischer und therapeutischer Massnahmen sei eine Besserung der vorhandenen Einschränkungen längerfristig nicht ganz unwahrscheinlich. Entsprechende Massnahmen, nach welchen die Arbeitsfähigkeit erneut hätte untersucht werden sollen, fanden jedoch, wie bereits erwähnt, nicht statt. Das Vorgehen der Vorinstanz, sich bei der zeitlichen Bemessung der Arbeitsfähigkeit auf eine - im Nachhinein widerlegte - Prognose der Rehaklinik H. _____ abzustützen und das internistische Gutachten ausser Acht zu lassen, ist unzulässig.

E. 9.3

Des Weiteren widerspricht die Feststellung der Vorinstanz bzw. des RAD, wonach dem Beschwerdeführer eine Verweistätigkeit vollschichtig zumutbar sei, dem internistischen Gutachten von Dr. I. _____. Die Vorinstanz scheint bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lediglich auf das orthopädische Gutachten von Dr. K. _____ (IV-act. 32) sowie das nervenärztliche Gutachten von Dr. L. _____ (IV-act. 33) abgestellt zu haben. Beide Gutachten attestieren dem Beschwerdeführer zwar eine volle Leistungsfähigkeit auf dem jeweiligen untersuchten Fachgebiet, verweisen jedoch ausdrücklich auf das internistische Gutachten bzw. die arterielle Verschlusskrankheit, da der Schwerpunkt der gesundheitlichen Problematik und auch die Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf internistischem Gebiet liege. Das internistische Gutachten hält jedoch unmissverständlich fest, dem Beschwerdeführer sei eine angepasste Arbeit nicht vollschichtig, sondern maximal in einem drei Stunden unterschreitenden Ausmass zumutbar (IV-act. 8 S. 11). Indem die Vorinstanz dieses Gutachten unbeachtet liess, hat sie die ohnehin unvollständigen Akten auch selektiv gewertet. Bei diesem unzulässigen Vorgehen resultiert eine fehlerhafte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, auf die nicht abgestellt werden kann.

E. 10

Im Ergebnis können die multiplen gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers mitsamt deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anhand der Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden. Unter diesen Umständen rechtfertigt sich eine Rückweisung an die Vorinstanz zur Abklärung des in mehreren Punkten vollständig ungeklärt gebliebenen medizinischen Sachverhalts (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; 139 V 99 E. 1.1; Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3.2). Eine pluridisziplinäre Begutachtung erweist sich bei komplexen Fällen mit mehreren Beeinträchtigungen, wie vorliegend, als unabdingbar (Urteil des BGer 8C_733/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 5.2). Die Vorinstanz hat somit eine pluridisziplinäre Begutachtung

auf internistischem, psychiatrischem, neurologischem, neuropsychiatrischem, pulmonalem sowie orthopädischem Gebiet durchzuführen, wobei auch die Wechselwirkungen der jeweiligen Beschwerden zu prüfen sind (vgl. Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2 m.w.H.). Der Auftrag ist nach Zufallsprinzip über SuisseMed@p zu vergeben. Die Beschwerde ist somit insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 31. Mai 2013 aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, damit diese die notwendigen, bisher unterbliebenen Untersuchungen veranlasse und unter umfassender Berücksichtigung sämtlicher aktueller Ergebnisse neu über die Rentenbetreffnisse verfüge.

E. 11

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteienschädigung.

E. 11.1

Da eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuer Verfügung praxisgemäss als volles Obsiegen gilt (vgl. Urteil des BGer 9C_492/2014 E. 11.1; BGE 132 V 215 E. 6.1), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 65 Abs. 1 VwVG). Der unterliegenden Vorinstanz werden keine Kosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 11.2

Da aufgrund der Akten feststeht, dass dem nicht vertretenen Beschwerdeführer nur verhältnismässig geringe Kosten entstanden sind, ist von der Zusprechung einer Parteienschädigung abzusehen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 und 4 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

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