

BVGer C-2835/2014 vom 12. Juni 2017

Bundesverwaltungsgericht, 2017-06-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2835_2014

FR: TAF C-2835/2014 du 12 juin 2017

IT: TAF C-2835/2014 del 12 giugno 2017

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 lit. d VGG und Art. 69 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das ATSG anwendbar ist. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen, ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und auch der eingeforderte Verfahrenskostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde (BVGer-act. 4), ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.5.1

Gemäss Art. 40 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen.

E. 1.5.2

Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger mit Wohnsitz in Deutschland im Kanton Aargau einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt (nach wie vor) in (...) Wohnsitz hatte, war die IV-Stelle Aargau für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 14. Mai 2014 zu Recht von der IVSTA erlassen.

E. 2

Mit der Beschwerde kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs von Ermessen), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG).

E. 2.1

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. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

E. 2.1.1

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen), zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbeschrieben alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, a.a.O., 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 (vgl. BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

E. 2.1.2

Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Max Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 136). 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 126 V 360 E. 5b, mit Hinweisen).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in seiner Heimat, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Freizügigkeitsabkommen (FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten.

E. 3.1.1

Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit die Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

E. 3.1.2

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (14. Mai 2014) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) 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 (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates.

E. 3.1.3

Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4 m.w.H.; vgl. auch Art. 46 Abs. 3 der Verordnung [EG] Nr. 883/2004 i.V.m. Anhang VII). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte

bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; vgl. auch Urteil BGer 8C_329/2015 vom 5. Juni 2015; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007 Bundesgericht] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.1.4

Demnach beurteilt sich vorliegend die Frage, ob Anspruch auf IV-Rentenleistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht bzw. ob die dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2013 zugesprochenen Rentenleistungen zu Recht per 1. Januar 2014 eingestellt wurden, allein aufgrund der innerstaatlichen schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 4.1

Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheides eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Weiter sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (BGE 130 V 329). 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-Regel; vgl. BGE 130 V 445).

E. 4.1.1

Damit finden vorliegend grundsätzlich jene materiellen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 14. Mai 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung des streitigen Sachverhalts (Antrag des Beschwerdeführers auf Zusprache einer ganzen Rente ab 1. Dezember 2012, BVGer-act. 12 S. 2) im vorliegend massgebenden Zeitraum von Belang sind (das IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket, in Kraft seit 1. Januar 2012]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in der entsprechenden Fassung).

E. 4.1.2

Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7) sowie Invalidität (Art. 8) entsprechen den von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

E. 4.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist

der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat den Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). 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. 4.3

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, 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. 4.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der seit 1. Januar 2008 gültigen Fassung], Art. 28 Abs. 1 IVG [in der ab 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung]).

E. 4.5

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG (in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung) frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3).

E. 5.1

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 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. 5.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 5.3

Rechtsprechungsgemäss darf das Gericht Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen Anforderungen entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber stehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 352 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte - beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) - mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 5.4

Auch 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 (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). Selbst eine Aktenbeurteilung ohne eigene Untersuchung kann 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. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.1 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3.2).

E. 5.5

Nach Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen

Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann. Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der Invalidenversicherungsstelle. Was den für die Invaliditätsbemessung erforderlichen medizinischen Sachverstand angeht, kann die IV-Stelle sich hierfür auf den RAD, die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder auf externe medizinische Sachverständige wie die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) stützen. Ständiger und damit wichtigster medizinischer Ansprechpartner in der täglichen Arbeit sind für die IV-Stellen die RAD, welche ihnen nach Art. 59 Abs. 2bis IVG Satz 1 zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches zur Verfügung stehen (Satz 1); die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Satz 2; vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1 mit Hinweisen). Die Festsetzung der Erwerbsfähigkeit und des Invaliditätsgrades ist und bleibt der Sachbearbeitung der IV-Stelle vorbehalten (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH, gültig ab 1. Januar 2014, Rz. 3048; vgl. Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 81 Rz. 459).

E. 5.5.1

Bei der in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen liegt es im Ermessen des Versicherungsträgers, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der jeweiligen Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_1037/2010 vom 10. Oktober 2011 E. 5.1 mit Hinweisen, vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 27 zu Art. 43 ATSG). Die Notwendigkeit der Einholung von Administrativgutachten ist unter Berücksichtigung der im Verfahren bereits beigezogenen Berichte zu beurteilen. Sie ist etwa zu bejahen, wenn an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte auch nur geringe Zweifel bestehen (BGE 122 V 157 E. I.1.d; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, FS Murer, 2010, S. 414 am Ende).

E. 6.1

Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Für die Beantwortung der Frage nach der Zumutbarkeit der Behandlung oder Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG hielt das Bundesgericht im (von der Vorinstanz erwähnten) Urteil 8C_128/2007 vom 14. Januar 2008 betreffend die Zumutbarkeit einer Hüfttotalendoprothese fest, zu

berücksichtigen seien die gesamten persönlichen Verhältnisse, namentlich die berufliche und soziale Stellung der versicherten Person. Massgebend sei aber das objektiv Zumutbare, nicht die subjektive Wertung des Versicherten. Die gesetzliche Vorgabe, wonach Massnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellten, nicht zumutbar seien, bedeute nicht, dass eine Vorkehr, die keine solche Gefahr darstelle, automatisch zumutbar sei; sie weise aber doch daraufhin, dass nur Gründe von einer gewissen Schwere zur Unzumutbarkeit führten. Die Zumutbarkeit sei sodann in Relation einerseits zur Tragweite der Massnahme, andererseits zur Bedeutung der in Frage stehenden Leistung zu beurteilen. Insbesondere bei medizinischen Massnahmen, die einen starken Eingriff in die persönliche Integrität der versicherten Person darstellen können, sei an die Zumutbarkeit kein strenger Massstab anzulegen (bzw. der Begriff der Zumutbarkeit zurückhaltend anzuwenden, vgl. Botschaft des Bundesrates vom 24. Oktober 1958, BB1 1958 II 1198). Umgekehrt sei die Zumutbarkeit eher zu bejahen, wenn die fragliche Massnahme unbedenklich sei. Sodann seien die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage stehe, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöse (vgl. 8C_128/2007 E. 3.1). Eine Kürzung oder Verweigerung der Leistung sei nach Art. 21 Abs. 4 ATSG sodann davon abhängig, dass die fragliche Massnahme eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspreche. Vorausgesetzt werde also, dass die medizinische oder erwerbliche Vorkehr geeignet sei, eine erhebliche Minderung des versicherten Schadens zu bewirken (vgl. 8C_128/2007 E. 3.2). Die Frage, ob die verweigernde Leistung zu einer Steigerung der Erwerbsfähigkeit beigetragen hätte, werde zuweilen unter dem Aspekt der Zumutbarkeit, jedenfalls aber als Problem des Kausalzusammenhangs zwischen der Verweigerung und dem Ausbleiben der Zustandsverbesserung behandelt. Die Kausalität müsse notwendigerweise prospektiv und damit hypothetisch beurteilt werden. Es bedürfe keines strikten Beweises, dass die verweigernde Massnahme tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt hätte; es genüge, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre. Der erforderliche Grad an Wahrscheinlichkeit sei wiederum unter Berücksichtigung der Schwere des mit der Massnahme verbundenen Eingriffs in Persönlichkeitsrechte zu beurteilen: Bei therapeutischen Massnahmen, welche mit einem nur geringen Eingriff verbunden seien, dürften an die Wahrscheinlichkeit der zu erwartenden Besserung keine hohen Anforderungen gestellt werden. Sei der Eingriff erheblich, werde eine höhere Wahrscheinlichkeit, aber nicht ein sicherer Erfolg verlangt. In diesem Sinne habe das Eidgenössische Versicherungsgericht eine Leistungsverweigerung geschützt, nachdem die versicherte Person eine wirbelsäulenorthopädische Operation mit einer Erfolgswahrscheinlichkeit von 70-80% abgelehnt hatte. Massgebend sei hinsichtlich der fraglichen operativen Massnahme somit eine vorgängige Betrachtungsweise. Im vom Bundesgericht zu beurteilenden Fall ergab die gutachterliche Abklärung, dass die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten und zumutbaren Tätigkeit nach dem erfolgreichen Einsetzen einer beidseitigen Hüfttotalendoprothese mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit markant gesteigert werden könne. Der Erfolg der vorgeschlagenen Massnahme durfte gemäss Bundesgericht, obgleich diese als nicht unerheblicher Eingriff zu werten war und die Anforderungen an die zu erwartende Erfolgswahrscheinlichkeit deshalb relativ hoch zu stecken waren, - prospektiv betrachtet - als äusserst günstig beurteilt werden. Auch unter diesem Titel kamen mithin die in Art. 21 Abs. 4 ATSG verankerten Rechtsfolgen zum Tragen, zumal die Operation unbestrittenermassen eine zumutbare Vorkehr darstellte (vgl. 8C_128/2007 E. 3.2.1 f. mit Hinweisen).

E. 6.2

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 131 V 164). Vorliegend hat der Beschwerdeführer zwar erst mit Replik vom 27. Oktober 2014 sowohl die Aufhebung als auch den Zeitpunkt der Zusprechung der Rente angefochten, indem er über den beschwerdeweise gestellten Antrag hinaus Antrag auf eine ganze und unbefristete Invalidenrente ab 1. Dezember 2012 stellte (vgl. BVGer-act. 13). Gemäss dargestelltem Recht ist dies insofern unerheblich, als das Rechtsverhältnis umfassend zu prüfen ist.

E. 7

Streitig und zu prüfen ist vorliegend mithin einerseits der Rentenanspruch des Beschwerdeführers (Begründetheit, Rentenbeginn, Rentenhöhe), andererseits, ob die dem Beschwerdeführer zugesprochenen Rentenleistungen gegebenenfalls zu Recht gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG per 1. Januar 2014 eingestellt worden sind.

E. 7.1

In ihrer Verfügung vom 14. Mai 2014, mit welcher sie dem Beschwerdeführer eine vom 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013 befristete Dreiviertelsrente zusprach, stellte die Vorinstanz fest, Dr. C._____ könne gemäss psychiatrischem Gutachten vom 13. September 2013 keinen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert erheben. Dr. D._____ stelle anlässlich der rheumatologischen Begutachtung vom 3. Oktober 2013 eine reduzierte Belastbarkeit der Wirbelsäule und Einschränkungen durch die Hüftproblematik fest. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei unter Berücksichtigung der vom Experten genannten Einschränkungen medizinisch theoretisch in einem 50%-Pensum zumutbar. Beim entsprechenden Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 60%, bei welchem Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung bestehe. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner Schadenminderungspflicht verpflichtet, von sich aus das ihm Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher medizinischer Behandlungs- und weiterer therapeutischer Möglichkeiten. Anlässlich der rheumatologischen Begutachtung durch Dr. D._____ vom 3. Oktober 2013 hätten sich unausgeschöpfte Behandlungsmöglichkeiten eruieren lassen. Mit Schreiben vom 1. November 2013 (act. 32) habe die IV-Stelle Aargau den Beschwerdeführer insbesondere aufgefordert, im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht seine rechte Hüfte mit einer Hüft-Totalprothese operativ sanieren zu lassen (vgl. act. 32 S. 1). Entziehe oder widersetze sich eine versicherte Person einer angeordneten zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspreche oder trage sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, seien ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd zu kürzen oder zu verweigern (vgl. Art. 21 Abs. 4 ATSG). Im rheumatologischen Gutachten von Dr. D._____ vom 3. Oktober 2013 werde angegeben, dass der Beschwerdeführer mit dem vorgesehenen Eingriff medizinisch theoretisch in der Lage sei, in einer optimal angepassten Tätigkeit sein Arbeitspensum auf 70% zu steigern. Konkrete

medizinische Befunde, welche einen operativen Eingriff verunmöglichten bzw. die im Schreiben vom 11. November 2013 aufgeführten Angaben des behandelnden Dr. E._____ untermauern würden, seien keine eingereicht worden. Vielmehr seien keine medizinischen und persönlichen Gründe objektivierbar, welche durch ihre Schwere die Unzumutbarkeit der Hüftoperation annehmen liessen. Bei der vorgesehenen Operation handle es sich um einen erfahrungsgemäss unbedenklichen, nicht mit Lebensgefahr verbundenen Eingriff, der mit Sicherheit oder grosser Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Besserung des Hüftleidens und damit verbunden eine wesentliche Erhöhung der Erwerbsfähigkeit erwarten lasse. Es handle sich um eine zumutbare Behandlungsmöglichkeit, zumal die Hüftsanie rung unabhängig von der aktuellen Leistungsprüfung aus ärztlicher Sicht dringend angezeigt sei. Bis heute habe der Beschwerdeführer den im Schreiben vom 1. November 2013 aufgeführten Massnahmen nicht zugestimmt und sei somit seiner Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen. Die Dreiviertelsrente könne deshalb wie angekündigt lediglich bis zum 31. Dezember 2013 gewährt werden (vgl. auch Vernehmlassung vom 24. September 2014, BVGer-act. 10).

E. 7.2

Der Beschwerdeführer begründete seinen Antrag auf Zusprache einer ganzen und unbefristeten Invalidenrente ab 1. Dezember 2012 im Wesentlichen damit, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. C._____ und das rheumatologische Gutachten von Dr. D._____ aus dem Recht zu weisen seien, weil sich die Verwaltungsangestellte Frau I._____ von der IV-Stelle Aargau als Sachbearbeiterin über die klaren Instruktionen des medizinisch-ärztlichen Diensts der Invalidenversicherung, der weder mit der Begutachtung als solcher noch mit der Auflage der Hüfttotalprothesenoperation und mit dem Mahn- und Bedenkzeitverfahren einverstanden gewesen sei, hinweggesetzt habe, wozu sie nicht berechtigt bzw. kompetent gewesen sei (vgl. Replik, BVGer-act. 13 S. 2 und 20). Zudem seien das psychiatrische Gutachten von Dr. C._____ und das rheumatologische Gutachten von Dr. D._____ keine verlässlichen medizinischen Entscheidungsgrundlagen, was der RAD-Arzt Dr. F._____ bestätigt habe (vgl. BVGer-act. 13 S. 20 Abs. 3 und S. 20 am Ende). Im Weiteren sei eine lediglich bidisziplinäre Begutachtung im vorliegenden Fall, wenn schon eine Begutachtung durchgeführt werden sollte, irregulär, nachdem der Beschwerdeführer auch noch auf weiteren Fachgebieten als nur psychiatrisch und rheumatologisch erhebliche medizinische Probleme aufweise. Wenn schon eine Begutachtung stattfinden sollte, dann hätte er auch orthopädisch, internistisch-endokrinologisch und ophthalmologisch begutachtet werden müssen (BVGer-act. 13 S. 11, vgl. auch S. 21). Dabei verwies der Beschwerdeführer auf das Arztzeugnis von Dr. E._____ vom 20. Oktober 2014 (BVGer-act. 13 Beilage 9).

E. 8

Den medizinischen Akten ist hinsichtlich der sich vorliegend stellenden Fragen im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

E. 8.1

Dr. med. J._____, Praxis für Neurochirurgie, hielt in seinem Operationsbericht vom 29. Juli 2011 als Diagnose eine lumbale Spinalkanalstenose mit Ganglion L3/4 fest und bezeichnete seine, am 27. Juli 2011 durchgeführte, Operation als knöcherne Dekompression des Spinalkanals L3/4 von links mit Entfernung des Ganglions (act. 5 S. 5).

E. 8.2

Die Ärzte der orthopädischen Abteilung der Rehaklinik K. _____ hielten in ihrem Entlassungsbericht an die Deutsche Rentenversicherung vom 26. September 2011 (act. 21 S. 23 ff.) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 26. August bis 16. September 2011 folgende Diagnosen fest: lumbale Spinalkanalstenose L3/4 mit Ganglion (ICD-10 M48.06) Dekompression von links und Entfernung des Ganglions am 27. Juli 2011 (ICD-10 Z98.8) Coxarthrose rechts grösser als links (ICD-10 M16.0) chronische Bronchitis (ICD-10 J42) In ihrem Entlassungsbericht gaben die Ärzte der Rehaklinik K. _____ ein Leistungsvermögen des Beschwerdeführers - entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild - von sechs Stunden und mehr an (auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, act. 21 S. 24 am Ende). In ihrer sozialmedizinischen Epikrise hielten die Reha-Ärzte fest, der Beschwerdeführer arbeite als Deklarant beim Zoll im Warenverkehr, wo er eine überwiegend sitzende Bürotätigkeit ausübe. Einen weiteren komplikationslosen postoperativen Verlauf vorausgesetzt, sei damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer ab 10. Oktober 2011 seine zuletzt ausgeübte, als leidensgerecht einzustufende Tätigkeit wieder in vollem Umfang ausüben können werde (vgl. act. 21 S. 31 Mitte).

E. 8.3

Der behandelnde Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. E. _____, hielt in seinem Bericht vom 28. Februar 2012 an die L. _____ Versicherungs-Gesellschaft AG, welche für den Beschwerdeführer ab dem 8. Juni 2011 Krankentaggeldleistungen erbrachte (gestützt auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, vgl. act. 18 S. 3-15), als Diagnose im Wesentlichen einen Zustand nach knöcherner Dekompression des Spinalkanals L3/4 von links fest und gab an, eine Arbeitsunfähigkeit bestehe aufgrund noch massiver lumboischialger Schmerzen, dem Dermatorm L4 links entsprechend. Dr. E. _____ erwähnte in seinem Bericht vom 28. Februar 2012 keine psychische Problematik (vgl. act. 5 S. 4).

E. 8.4

In seinem Bericht vom 21. Juni 2012 an Dr. med. M. _____, Vertrauensarzt der L. _____ Versicherungs-Gesellschaft AG, nannte Dr. E. _____ folgende Diagnosen: schwere depressive Störung somatoforme Schmerzstörung Neurodermitis chronische Schmerzstörung Osteochondrose und Spondylarthrose der LWS mit spinaler Enge in Höhe L3/4 linksbetont sowie Zustand nach Ganglionbildung in Höhe L3/4 Zustand nach OP (des Ganglions, vgl. act. 14 S. 8) vom 27. Juli 2011 kalter Knoten in der Schilddrüse, linke Seite, OP vorgesehen Er führte aus, der weitere Verlauf sei unbefriedigend. Bereits vom 23. März bis 4. Mai 2005 sei der Beschwerdeführer aufgrund einer schweren depressiven Störung stationär im Krankenhaus H. _____ behandelt worden. Seither sei eine weitere ambulante nervenärztliche Behandlung erfolgt. Durch die Operation im Bereich der LWS vom 27. Juli 2011 habe leider keine Beschwerdefreiheit erreicht werden können. Die oben genannten Erkrankungen seien chronifiziert. Die weitere Prognose sei ungünstig. Es werde ein weiterer stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik nach einer Schilddrüsenoperation in Erwägung gezogen (act. 3 = BVGer-act. 8 Beilage 1).

E. 8.5

Dr. med. M. _____, Spezialarzt für Rheuma- und Wirbelsäulenerkrankungen, hielt in seinem Untersuchungsbericht vom 6. Juli 2012 (act. 14) an die L. _____ Versicherungs-Gesellschaft AG nach konsiliarischer Untersuchung des Beschwerdeführers vom 22. Juni 2012 folgende Diagnosen fest (S. 3 Ziff. 3): 1. chronisches lumbales

spondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Dekompression des Spinalkanals bei Spinalkanalstenose L3/L4 mit Entfernung eines Ganglions 2. massive depressive Verstimmung mit intermittierender Tendenz zur Suizidalität 3. somatoforme Schmerzstörung Anamnestisch hielt Dr. M. _____ - neben geklagten massiven lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein - in psychischer Hinsicht fest, der Patient klage über eine massive Niedergeschlagenheit, Lustlosigkeit und Antriebslosigkeit. Er sei erschöpft, habe Durchschlaf- und Konzentrationsstörungen. Diese Situation habe sich seit dem 30. April 2012 bzw. seit der arbeitgeberseitigen Kündigung seiner Anstellung nochmals massiv verschlechtert. Er fühle sich wertlos und nicht mehr brauchbar (vgl. act. 14 S. 1). Tendenziell sei eine Suizidalität nicht auszuschliessen (S. 3 Ziff. 4). In Bezug auf die Behandlung zur Zeit gab Dr. M. _____ eine medikamentöse Therapie mit Targin sowie die Psychopharmaka Tetraxepam, Mirtazapin und Opipramol an. Dadurch seien die Beschwerden etwas erträglicher. Der psychische Zustand habe sich jedoch nicht wesentlich gebessert. Im Weiteren erwähnte Dr. M. _____, die sozialen Kontakte seien eingeschränkt (vgl. S. 2). In seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung hielt der Rheumatologe fest, die prozentuale Arbeitsfähigkeit des Patienten in seinem ehemaligen Beruf als Zolldeklarant betrage ungefähr 25%. Dies einerseits aus somatischen Gründen und andererseits aber vor allem aus psychischen Gründen. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei die Arbeitsfähigkeit nicht besser zu veranschlagen (vgl. Ziff. 5). In Bezug auf die Frage, welche Körperbelastungen/Verrichtungen/Arbeiten aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mehr ausführbar seien, gab Dr. M. _____ an, der Patient habe Probleme beim Sitzen, Stehen und Gehen. Diese schränkten ihn auch in seiner Bürotätigkeit massiv ein. Dazu komme die deutliche Verlangsamung durch die depressive Erkrankung des Patienten und auch die Konzentrationslosigkeit (Ziff. 6). In Bezug auf die Frage, ob von einer weiteren ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung zu erwarten sei bzw. welche Behandlung/Therapie erfolgsversprechend sei, erklärte Dr. M. _____, eine psychosomatische Rehabilitation könnte ein erfolgsversprechender Ansatz sein (vgl. Ziff. 6). Die Prognose sei eher als schlecht zu beurteilen. Angesichts der Gesamtumstände werde eine vollständige Integration in den Arbeitsprozess nicht möglich sein (Ziff. 7). Eine psychosomatische Rehabilitation wäre sehr sinnvoll. Die psychische Situation des Patienten sei zur Zeit prekär (vgl. Ziff. 8).

E. 8.6

Dr. E. _____ nannte in seinem Formularbericht E 213 zu Händen der IV-Stelle Aargau vom 3. September 2012 (Eingangsstempel) die in seinem Bericht an Dr. M. _____ erwähnten Diagnosen mit Ausnahme des kalten Knotens in der Schilddrüse (dazu vgl. nachfolgend; vgl. act. 13 S. 8 und act. 3 S. 2, vgl. E. 8.4 hievor).

E. 8.7

Dr. med. N. _____, Innere Medizin, Endokrinologie, berichtete am 8. November 2012 über eine Schilddrüsenhormonbehandlung bei Hypothyreose nach Thyreoidektomie 08/2012 (ICD-10 E89.0G; act. 21 S. 18).

E. 8.8

In seinem Befundbericht an die Deutsche Rentenversicherung vom 23. November 2012 (act. 21 S. 21 f.) gab Dr. E. _____ folgende Diagnosen an: 1. schwere depressive Störung (ICD-10 F32.9; recte wohl: ICD-10 F32.2 [vgl. RAD-Stellungnahme vom 7. Mai 2013, act. 23, S. 3]) 2. somatoforme Störung (ICD-10 F45.9) 3. chronische Schmerzstörung (ICD-10

G57.9) 4. Zustand nach Ganglionbildung in Höhe L3/4 (OP 27. Juli 2011) (ICD-10 D36.1)
5. Neurodermitis (ICD-10 L20.8) In seiner Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit gab der den Beschwerdeführer seit März 2005 regelmässig behandelnde Psychiater an, der Beschwerdeführer sei seit dem 27. Juli 2011 wegen massiver lumboischialgiformer Schmerzen und depressiver Störung arbeitsunfähig. Eine Besserung der Leistungsfähigkeit sei nicht möglich. Die genannten Erkrankungen seien chronifiziert. Die Prognose sei ungünstig. Mit einer weiteren Verschlechterung der genannten Symptomatik müsse gerechnet werden. Stationäre Rehabilitationsmassnahmen oder Teilhabe am Arbeitsleben seien wegen des bisherigen Verlaufes völlig sinnlos. Eine ausreichende berufliche Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit liege nicht mehr vor (act. 21 S. 22).

E. 8.9

Dr. O. _____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapeutische Medizin, nannte in seinem Gutachten auf dem Gebiet bzw. Teilgebiet Nervenheilkunde und psychosomatische Medizin zu Händen der Deutschen Rentenversicherung vom 8. Januar 2013 (act. 21 S. 4 ff.) nach seiner Untersuchung vom 4. Januar 2013 als seit 1. Mai 2011 bestehende Diagnosen eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig etwa mittelgradige Symptomatik (ICD-10 F33.1; act. 21 S. 6). Er gab für die letzte berufliche Tätigkeit des Beschwerdeführers als Zolldeklarant eine Arbeitsfähigkeit von unter drei Stunden seit 1. Mai 2011 an. Hinsichtlich des allgemeinen Arbeitsmarktes empfahl Dr. O. _____ in Bezug auf das positive Leistungsbild eine wechselbelastende (stehend, gehend, sitzend) leichte bis mittelschwere Arbeit in Tages- oder Früh- bzw. Spätschicht. In Bezug auf das negative Leistungsbild wies Dr. O. _____ auf eine eingeschränkte geistige bzw. psychische Belastbarkeit sowie Einschränkungen in Bezug auf den Bewegungs- bzw. Haltungsapparat hin. In seiner Beschreibung des Leistungsbildes erklärte Dr. O. _____, es bestehe ein eingeschränktes Umstellungs- und Anpassungsvermögen, Stress-Situationen fühle sich der Patient nicht mehr gewachsen, es bestehe auch eine eingeschränkte Konfliktfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei keinen schweren körperlichen Belastungen gewachsen, könne nicht schwer heben und tragen. Eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsbild könne im zeitlichen Umfang von drei bis unter sechs Stunden ausgeübt werden (act. 21 S. 5). Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben seien nicht angezeigt (act. 21 S. 6). In seiner zusammenfassenden Beurteilung hielt Dr. O. _____ abschliessend fest, beim Patienten bestehe eine Leistungsfähigkeit von unter drei Stunden. Sowohl aus körperlicher als auch aus seelischer Sicht erscheine der Patient derzeitigen Anforderungen nicht mehr gewachsen. Er könnte lediglich stundenweise einfache vertraute Tätigkeiten ausführen. Die Prognose sei aufgrund der chronifizierten Symptomatik und fixierten Charakterbildung relativ ungünstig (vgl. act. 21 S. 14 f.).

E. 8.10

Der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 26. April 2013 (act. 22) fest, auch dem erfahrenen Rheumatologen Dr. M. _____ (Bericht vom 6. Juli 2012) sei es erlaubt, eine Einschätzung fachübergreifend vorzunehmen. Er halte dessen Bericht für stimmig. Neben der teilweise offensichtlich mittelschweren bis schweren Depression - Beginn mit Hospitalisation 2005, Suizidalität, 2-3 Mal Psychopharmaka, noch 2012 als teilweise schwer eingeschätzt - habe der Versicherte einiges zu bewältigen gehabt. Da auch für den Rheumatologen die

psychiatrische Problematik zentral sei - er nenne als Facharzt (für Rheumatologie) trotzdem "seine" Diagnose an erster Stelle - sei nicht dessen Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 2012 zu übernehmen, sondern die aktuellste des Psychiaters mit einer medizinisch/theoretischen Arbeitsfähigkeit von drei Stunden im Rahmen einer einfachen, vertrauten Tätigkeit (vgl. Gutachten von Dr. O._____ vom 8. Januar 2013, S. 10 [act. 21 S. 15]). Die aus der Biographie abgeleitete, eingeschränkte Umstellungsfähigkeit stütze diese Einschätzung (act. 22 S. 3 Mitte). Weiter hielt Dr. F._____ in Beantwortung der Fragen der Sachbearbeiterin fest, ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der eine länger dauernde oder bleibende erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe, bestehe seit mindestens Mai 2011 (vgl. IV-act. 22 S. 3 Ziff. 1). Vorliegend würden in psychischer und somatischer Hinsicht nicht die psychosozialen Faktoren überwiegen; diese hätten lediglich als Trigger in einer jahrelangen Entwicklung gewirkt (Ziff. 2). In Bezug auf die Frage nach der rückwirkenden Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Zolldeklarant wie auch in einer angepassten Tätigkeit erklärte Dr. F._____, die Arbeitsfähigkeit von drei Stunden in angepasster Tätigkeit gelte ab dem Bericht 1/2013 (Gutachten von Dr. O._____ vom 8. Januar 2013). Davor habe die Arbeitsunfähigkeit 100% betragen, vorwiegend aus psychiatrischer Sicht, so gemäss Formularbericht E 213 von Dr. E._____ vom 3. September 2012 (Eingangsstempel, act. 13). Die Teilarbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht, nach der postoperativen Erholung, sei dadurch nicht relevant (vgl. S. 2 und 3 Ziff. 4). Dr. F._____ hielt zudem fest, wegen der eingeschränkten Umstellungsfähigkeit des 59-Jährigen, welche psychiatrisch bestätigt sei, sei die Prognose hinsichtlich einer etwaigen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich ungünstig (vgl. S. 2 und 3 Ziff. 5). Die Arbeitsfähigkeit könne v.a. durch psychiatrische Massnahmen verbessert werden (vgl. S. 2 und 4 Ziff. 6). Weitere Abklärungen, eventuell eine Begutachtung, seien nicht angezeigt (vgl. S. 2 und 4 Ziff. 7).

E. 8.11

In seiner weiteren Stellungnahme vom 7. Mai 2013 (act. 23) hielt der RAD-Arzt Dr. F._____ fest, zusammenfassend lägen drei umfangreiche, aktuellere Berichte, mit kleinen Mängeln, von Fachärzten vor (Dr. M._____, Dr. E._____, Dr. O._____), von denen zwei eine 25%ige oder gut 30%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sähen und einer gar keine Arbeitsfähigkeit mehr. Alle drei würden die Prognose für ungünstig halten. Dr. F._____ hielt daraufhin fest, er habe sich in seiner Stellungnahme vom 26. April 2013 (act. 22) für die Einschätzung im aktuellsten Bericht von Dr. O._____ von Januar 2013 entschieden - Dr. E._____ sei zudem behandelnder Arzt -, d.h. für eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von drei Stunden pro Tag. In Beantwortung der Fragen der Sachbearbeiterin hielt Dr. F._____ weiter fest, ein syndromales Beschwerdebild liege nicht vor. In seinem Kommentar nach Besprechung verwies der RAD-Arzt Dr. F._____ auf seine frühere Stellungnahme und betonte, die Frage nach weiterem Abklärungsbedarf, insbesondere nach einer Begutachtung, habe er klar verneint (vgl. act. 23).

E. 8.12

Dr. med. D._____, Facharzt für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte in seinem rheumatologischen (Teil-)Gutachten vom 3. Oktober 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (BVGer-act 30 S. 12 Ziff. 4.1): 1. Chronische vertebrale und spondylogene Beschwerden lumbal linksbetont mit/bei:

mehrsegmentaler LWS-Degeneration L2-S1 St. nach Dekompression und Zystenentfernung im Bereich des Segmentes L3/L4 am 07.2011. Mögliche Instabilität L3/L4 2. Vertebrale und linksbetonte spondylogene Beschwerden zervikal mit/bei: mehrsegmentaler HWS-Degeneration 3. Bilaterale, rechtsbetonte deformierende Coxarthrose mit coxogenen Schmerzausstrahlungen in die Oberschenkel und Kniegelenke Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 12 Ziff. 4.2): 1. St. nach Thyreoidektomie Anamnestisch Thyreoideadysfunktion 2. In Abklärung begriffene gastroenterologische Probleme mit Stuhlunregelmässigkeiten 3. Katarakt In seiner Beurteilung und Diskussion hielt Dr. D. _____ im Wesentlichen fest, aus somatischer Sicht stünden zur Zeit die Wirbelsäulenprobleme zervikal und lumbal und die rechtsbetonte Hüftarthrose ganz im Vordergrund. Objektivierbare radiologische Befunde mit deutlichen degenerativen Skelettveränderungen begründeten eine reduzierte Wirbelsäulen- und Hüftbelastbarkeit. Stark limitierend scheine eine rechtsbetonte Coxarthrose. Radiologisch sei eine massivste rechtsbetonte Hüftarthrose ausgewiesen. Das gesamte Beschwerdebild werde vermutlich durch psychogene Faktoren überlagert, welche sich ebenfalls im postoperativen Verlauf akzentuiert hätten. Ihren Ausdruck finde diese Problematik auch bei der klinischen Untersuchung, welche durch Zittern, Gegensperren und affirmatives Schmerzverhalten weitestgehend verunmöglicht werde. Seitens Psychiatrie würden in den Akten eine rezidivierende depressive Störung und eine somatoforme Schmerzstörung erwähnt. Therapeutisch sei betreffend zervikale Wirbelsäulenproblematik ein konservatives Therapiekonzept, medikamentös, physikalisch-therapeutisch, allenfalls mittels interventioneller Schmerztherapie auszuschöpfen. Lumbal stünden, trotz chronifiziertem Beschwerdeverlauf, ebenfalls konservative Massnahmen im Vordergrund. Hier habe die interventionelle Schmerztherapie nicht die erhoffte Wirkung gezeigt. Diskutabel wäre allenfalls noch eine Behandlung mittels Schmerzstimulator. Diskutiert werden müsse möglicherweise mittel- bis langfristig eine Stabilisationsoperation L3/L4. An die Hand zu nehmen sei die Hüftproblematik mit möglichst baldigem Hüftgelenkersatz, sowohl rechts wie links. Aus Sicht Rheumatologie sei die Belastbarkeit der Wirbelsäule als etwas reduziert zu taxieren. Stark limitierend sei die Hüftproblematik, auch wenn diese Aussage nicht durch präzise funktionelle Untersuchungsergebnisse untermauert werden könne. Limitierungen bestünden somit aus Sicht Rheumatologie für langes Stehen und Sitzen, Heben, Tragen, Ziehen und Stossen und das Überwinden von Hindernissen. Das Besteigen von Fahrzeugen zur Inspektion der Waren, wie dies im früheren Arbeitsumfeld erforderlich gewesen sei, sei nicht mehr denkbar. Die Ausübung der früheren Berufstätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht nicht mehr möglich. Denkbar wäre allenfalls eine Verweistätigkeit mit leichter wechselbelastender Aktivität unter Berücksichtigung der genannten Limitierungen. Aktuell wäre aus rheumatologischer Sicht medizinisch-theoretisch in einem leidensadaptierten Arbeitsumfeld eine maximale Arbeitstätigkeit von 50% denkbar, nach Hüftprothesenversorgung sei aus Sicht Rheumatologie medizinisch-theoretisch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70% denkbar. In Bezug auf die Vorakten (Zusatzfrage Ziff. 8) erklärte Dr. D. _____, die radiologisch gut objektivierbare Verschlechterung der somatischen Befunde gelange in den Vorakten nicht ausreichend zur Darstellung.

E. 8.13

Der psychiatrische Gutachter Dr. C. _____ hielt in Bezug auf das jetzige Leiden des Beschwerdeführers unter anderem fest, der Versicherte habe erklärt, dass es ihm schlecht gehe, da er seit Jahren unter Rückenschmerzen leide. Er habe viele weitere körperliche Beschwerden und Probleme. Der Knorpelschaden an beiden Hüftgelenken sei dermassen

massiv, dass wahrscheinlich zwei Prothesen eingesetzt werden müssten. Wegen der Schmerzen nehme er regelmässig Morphine, was bei ihm Müdigkeit auslöse. Psychisch gehe es ihm eigentlich gut. Sein heutiger psychischer Zustand sei jedoch mit demjenigen von 2005 nicht zu vergleichen. Er sei im Moment nicht depressiv, sondern im Grunde genommen überfordert durch die chronischen Schmerzen (act. 29 S. 5 f.). In seiner psychiatrischen Anamnese hielt Dr. C._____ in Bezug auf die Depression von 2005 fest, in diesem Zustand habe der Beschwerdeführer Dr. E._____, Neurologe und Psychiater konsultiert. Nach drei Monaten sei die Depression ausgeklungen. 2012 habe eine weitere Konsultation (nach sieben Jahren) stattgefunden. Er habe diesmal den Arzt wegen neurologischer, nicht jedoch wegen psychischer Probleme konsultiert (S. 6 f.). In seinem Befund gab Dr. C._____ unter anderem an, ein sozialer Rückzug habe nicht ausgemacht werden können (S. 29 Mitte). In seiner medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung hielt Dr. C._____ insbesondere fest (Kp. 5.1. Diagnosen und Zusammenfassung der bisherigen persönlichen, beruflichen, gesundheitlichen und sozialen Entwicklung, S. 10 ff.), in der heutigen Untersuchung seien keine psychopathologischen Befunde zu eruieren gewesen. Anamnestisch bestehe eine durch das Schmerzerleben bedingte Einschränkung der Auffassung und der Konzentration sowie Müdigkeit und Kraftlosigkeit im Zusammenhang mit der Medikation mit Morphinen. Beim Versicherten müsse von einem psychisch gesunden Exploranden ausgegangen werden (S. 12). In Bezug auf die Angaben im Bericht von Dr. E._____ vom 21. Juni 2012 hielt er insbesondere fest, in der heutigen Untersuchung habe weder eine schwere depressive Störung noch eine somatoforme Störung diagnostiziert werden können, auch nicht Angst- und Panikattacken. Die erwähnten suizidalen Ideen hätten heute auch nicht festgestellt werden können. Nach weiterer Diskussion früherer psychischer Befunde und Diagnosen in den medizinischen Vorakten führte Dr. C._____ in seiner Diskussion und versicherungsmedizinischen Würdigung aus, der Beschwerdeführer sei psychisch gesund. Es könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Aus diesem Grund bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% bei einer Leistungsfähigkeit von 100% für jegliche ihm zumutbare berufliche Tätigkeit. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei als rein somatisch bedingt zu beurteilen. Er habe gute Ressourcen. Die meisten seiner Fähigkeiten könne er jedoch nicht anwenden, da er durch die Schmerzen völlig eingeschränkt sei. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit von 100% aus rein psychiatrischer Sicht könne retrospektiv nicht zuverlässig angegeben werden, da die diesbezüglichen Angaben des Versicherten unpräzise seien. Den Akten sei zu entnehmen, dass vorgängig wohl depressive Verstimmungszustände vorgelegen haben. Der genaue Beginn der Verbesserung des psychischen Zustandes und somit der Beginn der Arbeitsfähigkeit von 100% aus rein psychiatrischer Sicht könne somit nicht präzise angegeben werden (S. 14 f.).

E. 8.14

Der RAD-Arzt Dr. F._____ verwies in seiner Stellungnahme vom 11. Oktober 2013 (act. 31) in Bezug auf die medizinischen Unterlagen bzw. relevanten Akten auf den Bericht der Deutschen Rentenversicherung, auf die Beurteilung durch einen erfahrenen Rheumatologen 2012 (Einschätzung als Vertrauensarzt) sowie auf RAD-Berichte. Drei Fachärzte hätten die Arbeitsfähigkeit von 0 bis gut 30% eingeschätzt. Der Psychiater und Neurologe Dr. O._____ habe die Arbeitsfähigkeit angepasst auf drei bis sechs Stunden veranschlagt. In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten hielt Dr. F._____ fest, die Behinderung durch die somatischen Schmerzen sei offensichtlich. Der Tagesablauf sei durch die Schmerzen äusserst eingeschränkt. Es bestehe keinerlei Aggravation. Das psychiatrische Teilgutachten

sei anamnestisch knapper auch bezüglich Psyche als das ausführliche rheumatologische Gutachten. Nebenwirkungen durch Opiate, keine Angaben zur Durchschnittsdosis. Die vom Rheumatologen dokumentierte antidepressive Therapie werde nicht erwähnt. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte gesund. Dies gelte ab Untersuchungsdatum. Der anamnestische Rückblick sei knapp. Die immerhin 6-wöchige psychiatrische Hospitalisation 2005 werde nicht erwähnt. Während der Rheumatologe erwähne, dass die Aussenbeziehungen massiv gelitten hätten unter den Schmerzen, erwähne der Psychiater "viele Freunde". In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten bemerkte der Psychiater Dr. F. _____, in diesem Gutachten würden die fachärztlich wichtigen Akten erwähnt. Der Versicherte habe insgesamt über 26 Jahre als Zolldeklarant gearbeitet. Der letzte Arbeitstag werde fälschlich im Juli 2012 angegeben, wahrscheinlich sei Mitte 2011. Anamnestisch ergebe sich mit Spaziergängen um das Haus, der Anstellung von Spitex und der Einnahme von Opiaten eine erhebliche Behinderung. Weiter hielt der RAD-Arzt Dr. F. _____ in Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten fest, dieses schildere mit dem operierten engen Spinalkanal, der möglichen Instabilität L3/4, und den rechtsbetont erheblichen Coxarthrosen - die Verkürzungen führten zu lumbaler Mehrbelastung - eine sehr ungünstige Situation. Ein 50%-Pensum angepasst sei denkbar, die chirurgische Sanierung der Hüften, allenfalls auch der Wirbelsäule, aber vorrangig. Die Situation habe sich zu den Vorakten radiologisch klar verschlechtert, respektive sei früher nicht erfasst worden. Die wesentlichen Punkte seien erfasst. In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten hielt RAD-Arzt Dr. F. _____ ergänzend fest, dieses sei sehr knapp formuliert. Bestätigt werde eine Verbesserung, dokumentiert ab dem Untersuchungsdatum. Die Konsensbeurteilung werde nach telefonischer Rückfrage bestätigt. Sie sei im psychiatrischen Gutachten enthalten. Dort sei aber ausdrücklich nur aus psychiatrischer Sicht beurteilt worden.

E. 8.15

Nach Aufforderung des Beschwerdeführers durch die IV-Stelle Aargau, sich einer operativen Sanierung der rechten Hüfte sowie konservativen Therapiemassnahmen bezüglich Rückenleiden (Physiotherapie, Muskelaufbau in Eigenregie, allenfalls interventionelle Schmerztherapie) zu unterziehen (Schreiben vom 1. November 2013, act. 32), hielt Dr. E. _____ in seinem Schreiben an die IV-Stelle Aargau vom 11. November 2013 fest, der Beschwerdeführer mache seit Jahren Physiotherapie, ferner werde er schmerztherapeutisch versorgt. Die bisherigen Therapiemassnahmen hätten eine Chronifizierung der Beschwerdesymptomatik nicht verhindern können. Deshalb würden weitere physiotherapeutische Massnahmen, Muskelaufbau und noch mehr Schmerztherapie nichts bringen. Die rechte Hüfte des Beschwerdeführers sei "verschlissen". Der Beschwerdeführer habe jedoch Angst, sich einer Operation zu unterziehen, zumal das Operationsergebnis nicht garantiert werden könne. Seit seiner letzten Schilddrüsenoperation habe der Beschwerdeführer vermehrt organische Probleme und er befürchte, dass sich diese nach der Hüftoperation noch verstärken könnten. Aus medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer diesbezüglich ein Risikopatient. Es lägen stichhaltige medizinische Gründe vor, weswegen weitere konservative Therapiemassnahmen bezüglich des Rückenleidens unsinnig seien, da die Beschwerden schon chronifiziert seien und bezüglich der Hüftoperation medizinische stichhaltige Gründe wegen erhöhtem Operationsrisiko bestünden. Deshalb sei eine Operation nicht zumutbar (vgl. act. 33).

E. 8.16

Der RAD-Arzt Dr. F. _____ stellte in seiner letzten Stellungnahme (vom 19. Dezember 2013, act. 34) in seiner Würdigung der Akten und versicherungsmedizinischen Beurteilung fest, die Sachbearbeiterin müsse sich im Vorgehen bezüglich Begutachtung nicht an die Empfehlungen des RAD halten. Die Sachbearbeiterin könne sich (jedoch) nicht auf ein bidisziplinäres Gutachten stützen, das wesentliche Punkte nicht berücksichtigt und in der interdisziplinären Würdigung nicht korrekt sei. Auch der rheumatologische Gutachter benenne nicht genügend die Komplexität der Störung von zwei relevanten Coxarthrosen und der vermuteten lumbalen Instabilität bei dem 59-Jährigen. Der rheumatologische Gutachter äussere sich prognostisch, was bei dieser komplexen Situation sehr problematisch sei. Die Sachbearbeiterin wolle sich auf diese Prognose abstützen bezüglich Auflage. Der RAD habe von einer Auflage zur TP-Hüftoperation abgeraten, aus den oben genannten Gründen. Die Formulierung der Auflage vom 1. November 2013 könne er unmöglich mittragen. In Bezug auf die Frage, ob sich eine operative Hüftsanieung respektive Hüft-TP auf die Schilddrüse auswirken könne, erklärte Dr. F. _____, das Operationsrisiko sei wohl minim erhöht. Auf die Frage, ob aus versicherungsmedizinischer Sicht Gründe, u.a. auch Nebenfunde, bestünden, welche eine Hüftsanieung unzumutbar machten, antwortete Dr. F. _____, die Prognose einer einseitigen Hüftsanieung allein sei kaum zu präzisieren. Die Sanierung der Gesamtsituation - im Verlauf könnte auch eine Reevaluation lumbal oder die Operation der zweiten Hüfte notwendig sein - könne, mit der notwendigen Rehabilitation, beim 59-jährigen Beschwerdeführer Jahre dauern.

E. 8.17

Mit Stellungnahme vom 17. Februar 2014 (Beilage zur Einsprache des Beschwerdeführers vom 12. Februar 2014 gegen den Vorbescheid der IV-Stelle Aargau vom 5. Februar 2014) hielt Dr. E. _____ im Wesentlichen fest, der Rheumatologe Dr. (...) (recte: Dr. D. _____) sei der Meinung, nach einer Hüftoperation rechts sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70% aus rheumatologischer Sicht denkbar. Dies sei Wunschenken. Der Beschwerdeführer sei nicht nur wegen der rechten Hüfte, sondern auch wegen seiner massiven depressiven Störung zu 100% arbeitsunfähig. Schilddrüsenpatienten (wie der Beschwerdeführer) hätten ein erhöhtes Risiko z.B. für Herzrhythmusstörungen und damit per se ein erhöhtes Operationsrisiko. Schilddrüsenhormone hätten direkte inotrope und chronotrope Effekte. Daher sei das perioperative Risiko bei einer Hyperthyreose vor allem durch kardiovaskuläre Auswirkungen bedingt. Selbst wenn die rechte Hüfte erfolgreich operiert sei, komme doch jetzt auch die linke Hüfte dazu und bleibe der Beschwerdeführer schon alleine wegen der depressiven Störung zu 100% arbeitsunfähig. Niemand dürfe einen Patienten zur Operation zwingen (vgl. act. 37 S. 2-3 = BVGer-act. 8 Beilage 2).

E. 8.18

Ein MRT der LWS vom 8. März 2014 ergab keinen Nachweis eines lumbalen Bandscheibenvorfalls und keine Spinalkanalstenose, jedoch eine deutliche Spondylarthrose LWK3-SWK1 sowie eine Osteochondrose LWK3-SWK1 (Bericht von Dr. med. G. _____, Arzt für Diagnostische Radiologie, vom 9. März 2014 [BVGer-act. 8 Beilage 3]).

E. 8.19

Nach Erlass der angefochtenen Verfügung datieren folgende Berichte, welche gemäss dargestellter Rechtslage insoweit zu berücksichtigen sind, als sie Rückschlüsse auf die Zeit vor Verfügungserlass erlauben (vgl. E. 4.1 hiervoor):

E. 8.19.1

Im Austrittsbericht der Klinik H. _____ vom 24. Juni 2014 über die stationäre Behandlung vom 4. Juni 2014 bis 25. Juni 2014 wurden folgende Diagnosen genannt (BVGer-act. 8 Beilage 4): rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61.0) Zustand nach Agoraphobie 2005 (ICD-10 F40.00) Pannikulitis, mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule (ICD-10 M54.00) Hypothyreose nach medizinischen Massnahmen (ICD-10 E89.0) Die Entlassung sei arbeitsunfähig erfolgt (vgl. auch Bericht der Klinik H. _____ vom 25. Juli 2014 [BVGer-act. 8 Beilage 6 S. 3]).

E. 8.19.2

Dr. E. _____ nannte in seinem Bericht vom 26. Juni 2014 (BVGer-act. 8 Beilage 5) folgende Diagnosen: schwere depressive Störung 50%ige arteriosklerotische Arteria carotis interna, Abgangsstenose rechts Gesichtsfelddefekt links oben aussen rechtes Auge unklarer Genese deutliche Spondylarthrose LWK3-SWK1 und Osteochondrose LWK3-SWK1 somatoforme Störung, Psoriasis Zustand nach Schilddrüsenoperation Hypertonie Verlust der Sehkraft links um 50% mit Einschränkung des Gesichtsfeldes unklarer Genese Kopfschmerzen Dr. E. _____ führte aus, vom 4. Juni 2014 bis 25. Juni 2014 sei ein stationärer Aufenthalt in der Klinik H. _____ wegen depressiver Störung erfolgt. Beim Beschwerdeführer zeige sich eine nur geringe Stimmungsaufhellung. Eine ausreichende berufliche Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit liege nicht mehr vor; sie liege unter drei Stunden pro Tag; seine Arbeitsfähigkeit liege bei 0%. Durch eine Hüftoperation könne die Arbeitsfähigkeit beim multimorbiden Patienten nicht mehr hergestellt werden. Ein weiterer stationärer Aufenthalt in der Augenklinik (...) zur diagnostischen Abklärung und Therapie der Sehproblematik sei geplant. Danach sei zudem ein stationärer Aufenthalt in einer neurologischen Universitätsklinik in (...) geplant. Ein erneuter stationärer Aufenthalt in der Psychiatrie in der Klinik H. _____ sei eventuell in Abhängigkeit der Ergebnisse Augenklinik bzw. neurologische Klinik Ende 2014 vorgesehen.

E. 8.19.3

In seinem letzten Bericht (vom 20. Oktober 2014, BVGer-act. 13 Beilage 9) führte Dr. E. _____ unter anderem aus, der Beschwerdeführer sei schwer krank. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei das Gutachten von Dr. C. _____ vom 13. September 2013 nicht nachvollziehbar. Wenn der Gutachter Dr. C. _____ urteile, dass keine psychopathologischen Befunde beim Beschwerdeführer zu eruieren seien und von einem psychisch gesunden Exploranden ausgegangen werden müsse, müsse er sich doch fragen, wieso denn der Beschwerdeführer jahrelang Psychopharmaka eingenommen habe. Er nehme auch jetzt noch Mirtazapin 15 mg zur Nacht, Opipramol 50 mg nach Bedarf, Tramal Tropfen, Pantoprazol, L-Thyroxin 115 µg und Morphine ein. Weiter führte er aus, aus ärztlicher Sicht sei es keinesfalls nachvollziehbar, dass ein Rheumatologe über orthopädische Eingriffe an den Hüften oder der Wirbelsäule urteilen dürfe. Dies sei Fachgebiet der Orthopädie und nicht der Rheumatologie. Zudem sei der Zwang, sich einem lebensgefährlichen operativen Eingriff unterziehen zu müssen, aus ärztlicher Sicht völlig abwegig. Zwischenzeitlich sei der Beschwerdeführer auch an der Schilddrüse operiert worden. Diesbezüglich wäre eine internistisch-endokrinologische Begutachtung erforderlich. Aufgrund seiner Sehstörung mit Gesichtsfeldeinengung wäre zusätzlich eine augenärztliche Begutachtung erforderlich.

E. 9

Nach dem Dargestellten besteht vorliegend eine sehr widersprüchliche medizinische Aktenlage. Die Vorinstanz stützte sich bei der Zusprache der vom 1. Januar 2013 bis 31. Dezember 2013 befristeten Dreiviertelsrente auf das bidisziplinäre psychiatrisch-rheumatologische Gutachten der Dres. C._____ und D._____, welches im Folgenden auf seine Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit zu prüfen ist.

E. 9.1

Hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. C._____ ist festzustellen, dass dieser die von verschiedenen Ärzten zuvor angegebene psychische Problematik gestützt auf seine Untersuchung vom 20. August 2013, bei welcher er keine psychopathologischen Befunde eruieren konnte (act. 29 S. 12), verneinte bzw. nicht bestätigte. Dr. C._____ erklärte, es sei möglich, dass sich der psychische Zustand des Versicherten seit 2012 verbessert habe (act. 29 S. 15 Mitte). In diesem Fall hätte Dr. C._____ aufgrund der mehrfach angegebenen erheblichen psychischen Probleme (vgl. Dr. O._____, Gutachten vom 8. Januar 2013, vgl. auch behandelnder Neurologe und Psychiater Dr. E._____) allfällige Gründe für eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands prüfen und plausibel erklären müssen, was er nicht getan hat. Der blosser Hinweis von Dr. C._____ auf offensichtlich gute psychische Ressourcen des Versicherten (vgl. act. 29 S. 13) genügt diesbezüglich nicht. Auch ist nicht nachvollziehbar, dass Dr. C._____ einerseits festhält, der Versicherte verfüge über gute Ressourcen, und er andererseits erklärt, der Versicherte könne die meisten seiner Fähigkeiten nicht anwenden, da er durch die Schmerzen völlig eingeschränkt sei (act. 29 S. 14). Dr. C._____ äusserte sich auch nicht zur von verschiedenen Ärzten angegebenen Behandlung des Beschwerdeführers mit Psychopharmaka, was Dr. E._____ und der RAD-Arzt Dr. F._____ zu Recht kritisierten (in den Vorakten als Medikation festgehalten etwa Opipramol oder Mirtazapin [vgl. Gutachten von Dr. O._____ vom 8. Januar 2013 "Opipramol 50 mg: 2 x 1 Tbl.; Mirtazapin 15 mg: 1 Tbl." und letzter Bericht von Dr. E._____ vom 20. Oktober 2014 "Opipramol 50 mg nach Bedarf; Mirtazapin 15 mg zur Nacht"]). Zu prüfen gewesen wäre in diesem Zusammenhang im Rahmen des eingeholten Gutachtens auch die Medikamenten-Compliance des Beschwerdeführers. Vorliegend fehlt bei progredienten Leiden, den geklagten Schmerzen und bei einer in psychischer Hinsicht unklaren Aktenlage insbesondere eine interdisziplinäre Gesamtschau mit Diskussion der Wechselwirkungen der Leiden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. act. 29 S. 17 und 18; entgegen der Angabe von Dr. C._____ fehlt - mit Ausnahme einer Arbeitsfähigkeitsfestlegung - eine interdisziplinäre Beurteilung). Die Erklärung von Dr. C._____, der Beschwerdeführer sei im Moment nicht depressiv, sondern im Grunde genommen überfordert durch die chronischen Schmerzen (S. 6 oben) oder die blosser Bestätigung der Konsensbeurteilung nach eingehender Besprechung durch die Gutachter Dres. D._____ und C._____ (vgl. act. 29 S. 18) genügen diesbezüglich nicht.

E. 9.2

In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. D._____ ist sodann zu bemerken, dass die Angabe von Dr. D._____, nach einer Hüftprothesenversorgung sei aus rheumatologischer Sicht medizinisch-theoretisch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50% auf 70% denkbar (zu verstehen als vorstellbar, möglich), zu vage formuliert ist. Eine prospektiv bloss denkbare, mithin bloss mögliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50% auf 70% entspricht nicht den rechtsprechungsmässigen Anforderungen an die

prospektiv zu beurteilende Wahrscheinlichkeit einer Leistungssteigerung bei vorliegend in Frage stehendem nicht ganz unerheblichem operativem Eingriff (vgl. dazu oben E. 6.1). Vorliegend fällt insbesondere ins Gewicht, dass nicht ersichtlich ist, worauf RAD-Arzt Dr. F. _____ (vgl. act. 34) zu Recht hingewiesen hat, dass Dr. D. _____ die Instabilität lumbal in die vage Prognose einbezogen hat. Hinsichtlich der von Dr. E. _____ wiederholt betonten (vgl. act. 37 S. 2-3, act. 33) und von RAD-Arzt Dr. F. _____ relativierten besonderen Risikofaktoren für die in Frage stehende einseitige Hüft-Totalprothesen-Versorgung ist aufgrund der vorliegenden Aktenlage zudem (völlig) unklar, wie diese zu bewerten sind. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang ebenfalls, dass 2011 und 2012 operative Eingriffe trotz allenfalls vorhandener besonderer Risikofaktoren erfolgt sind und aufgrund von Hinweisen in den Akten sich offenbar die Frage nach einer beidseitigen Sanierung der Hüftgelenke stellt (vgl. insbesondere act. 42 S. 11 unten). Wie dem auch sei: Es ist festzuhalten, dass aufgrund der mangelhaften Abklärung bereits nicht schlüssig erstellt ist, dass durch eine einseitige Hüft-Totalprothesen-Versorgung (rechts) prospektiv mit genügender Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erzielt werden kann, weshalb die dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht auferlegte Schadenminderung insgesamt auf ungenügender Grundlage beruht.

E. 9.3

Wie ausgeführt stellt das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten der Dres. C. _____ und D. _____ weder für die Rentenzusprache - insbesondere aufgrund des Fehlens einer zuverlässigen psychiatrischen Beurteilung - noch für die Rentenaufhebung - insbesondere mangels genügender Grundlage der auferlegten somatischen Schadenminderung - eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage dar.

E. 9.4

Entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers, der die Zusprache einer ganzen IV-Rente beantragt hat, kann vorliegend auch nicht auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der anderen involvierten Ärzte abgestellt werden: Die Ärzte der orthopädischen Abteilung der Rehaklinik K. _____ diagnostizierten in ihrem Entlassungsbericht vom 26. September 2011 ausdrücklich eine Coxarthrose rechts grösser als links (ICD-10 M16.0, act. 21 S. 23). Sie rechneten, einen weiteren komplikationslosen operativen Verlauf (der Rückenoperation) vorausgesetzt, damit, dass der Beschwerdeführer ab 10. Oktober 2011 seine zuletzt ausgeübte, als leidensgerecht eingestufte Tätigkeit wieder in vollem Umfang werde ausüben können (vgl. act. 21 S. 31 Mitte) und äusserten sich nicht zu einem etwaigen Hüftgelenkersatz. Der erste begutachtende Rheumatologe Dr. M. _____ (act. 14), der behandelnde Dr. E. _____ (act. 21 S. 21 f.) und der RAD-Psychiater Dr. F. _____ (Stellungnahmen vom 26. April 2013 und 7. Mai 2013, act. 22 und act. 23 S. 2 f.) erwähnten in ihren späteren Berichten bzw. Stellungnahmen keine Hüftproblematik. Einzig Dr. O. _____ hielt in seinem Gutachten (auf dem Gebiet bzw. Teilgebiet der Nervenheilkunde und psychosomatischen Medizin) unter jetziges Leiden anamnestisch fest, es sei kürzlich eine Hüftarthrose festgestellt worden (act. 21 S. 8). Schliesslich erklärte der Gutachter Dr. D. _____ in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 3. Oktober 2013, die radiologisch gut objektivierbare Verschlechterung der somatischen Befunde gelange in den Vorakten nicht ausreichend zur Darstellung (IV-act. 30 S. 17 Ziff. 7), und auch der RAD-Arzt Dr. F. _____ hielt in seiner darauffolgenden Stellungnahme vom 11. Oktober 2013 fest, eine Coxarthrose sei als erheblich eingestuft worden (act. 31 S. 2).

Damit blieb in den bis zur Gutachtenanordnung der IV-Stelle Aargau vorliegenden medizinischen Berichten bereits hinsichtlich der nur in einzelnen Berichten erwähnten Hüftproblematik eine relevante Frage in Bezug auf den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers offen, weshalb die IV-Stelle Aargau zu Recht eine interdisziplinäre Begutachtung anordnete, welche jedoch, wie dargestellt, nicht beweiskräftig ist. Im Weiteren ist in Bezug auf die Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit von RAD-Arzt Dr. F. _____ zu bemerken, dass diese widersprüchlich sind. So gab Dr. F. _____ in seinen Stellungnahmen vom 26. April 2013 (act. 22) und 7. Mai 2013 (act. 23) eine "zu übernehmende" medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von drei Stunden pro Tag an (im Rahmen einer einfachen, vertrauten Tätigkeit, ab dem Gutachten von Dr. O. _____ vom 8. Januar 2013, act. 22 S. 3) und hielt in seiner späteren Stellungnahme vom 11. Oktober 2013 fest, der Psychiater und Neurologe Dr. O. _____ habe die Arbeitsfähigkeit angepasst auf drei bis sechs Stunden veranschlagt (act. 31 S. 3 am Anfang; vgl. auch act. 29 S. 4 und act. 30 S. 7 am Ende: im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. C. _____: "dreistündliche Leistungsfähigkeit für stundenweise einfache vertraute Tätigkeiten"; im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. D. _____: "mögliche Tätigkeit im Rahmen von drei bis sechs Stunden"). In Bezug auf das Gutachten von Dr. O. _____ (auf dem Gebiet bzw. Teilgebiet Nervenheilkunde und psychosomatische Medizin) vom 8. Januar 2013 ist sodann insbesondere zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um die Beurteilung eines neurologischen und psychiatrischen Facharztes handelt und darin eine interdisziplinäre rheumatologische Beurteilung fehlt (vgl. E. 9.1), weshalb nicht auf die Einschätzung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit in angepasster Tätigkeit im Gutachten von Dr. O. _____ abgestellt werden kann. Auch auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzungen des behandelnden Dr. E. _____ kann nicht abgestellt werden, äusserte sich dieser nicht bloss zur Arbeitsfähigkeit, sondern zugleich auch zur Rentenfrage, in dem er eine Umwandlung in eine unbefristete Invalidenrente für angebracht hielt (vgl. act. 37 S. 2-3). Insbesondere ist unklar, auf welchen psychopathologischen Befunden seine Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen beruhen. Hier muss mitunter die Erfahrungstatsache berücksichtigt werden, dass regelmässig behandelnde Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf ihre Angaben kaum je in Frage kommt (vgl. E. 5.3 hievorig; vgl. auch Einschätzung von RAD-Arzt Dr. F. _____ in seiner Stellungnahme vom 7. Mai 2013, act. 23 S. 3). Auch auf die Einschätzung des ersten rheumatologischen Gutachters Dr. M. _____ kann nicht abgestützt werden, da Dr. M. _____, der Rheumatologe und nicht psychiatrischer Facharzt ist, die von ihm attestierte Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit von ungefähr 25% vor allem mit psychischen Beschwerden begründete (Arbeitsunfähigkeit von 25% einerseits aus somatischen und andererseits aber vor allem aus psychischen Gründen, act. 14 S. 3 Ziff. 4).

E. 9.5

Zusammenfassend fehlt vorliegend nicht nur eine nachvollziehbare und plausible prospektive Beurteilung der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch eine Hüft-Totalprothesen-Versorgung rechts sowie eine medizinisch umfassende Analyse allfälliger Risikofaktoren für einen entsprechenden operativen Eingriff, sondern überhaupt eine sämtliche Leiden berücksichtigende, den rechtsprechungsmässigen Beweisanforderungen genügende medizinische Entscheidungsgrundlage für die Gesundheitsbeeinträchtigungen und deren Auswirkungen bezüglich sowohl der bisherigen

Tätigkeit als Zolldeklarant als auch einer leidensangepassten Tätigkeit. Der Invaliditätsgrad lässt sich daher vorliegend für die zu beurteilende Zeitperiode bis zur angefochtenen Verfügung aufgrund der vorhandenen unvollständigen und z.T. widersprüchlichen medizinischen Aktenlage nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestimmen. Die Vorinstanz hätte sich unter diesen Umständen nicht mit den eingeholten Gutachten der Dres. C._____ und D._____ begnügen dürfen, sondern hätte mit Blick auf die unklare Aktenlage, welche wesentliche Fragen unbeantwortet liess, weitere medizinische Abklärungen tätigen müssen, bevor sie über die Rentenfrage einen Entscheid fällt.

E. 9.6

Da die angefochtene Verfügung gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen ist, ist die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), wenn wie vorliegend zur Erstellung des rechtserheblichen Sachverhalts Abklärungen in relevanten medizinischen Disziplinen nicht durchgeführt wurden. Die IVSTA wird nach Aktualisierung der medizinischen Akten bei bisher nicht mit der Beurteilung des Beschwerdeführers befassten medizinischen Fachpersonen in der Schweiz ein interdisziplinäres, insbesondere orthopädisches, internistisches und psychiatrisches MEDAS-Gutachten einzuholen haben (bei Bedarf, siehe dazu nachfolgend, sind auch weitere Disziplinen einzubeziehen [Endokrinologie, Augenheilkunde, Anästhesie hinsichtlich eines allfällig erhöhten Operationsrisikos]). Eine polydisziplinäre Expertise ist praxisgemäss auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. Dabei ist zu beachten, dass die beauftragten Sachverständigen letztverantwortlich sind einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung (BGE 139 V 349 E. 3.2 und 3.3). Im Rahmen der erneuten Begutachtung ist die neue Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem "SuisseMED@P" zu ermitteln und sind dem Beschwerdeführer die ihm zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9).

E. 9.7

Sollten die bisher nicht mit der Beurteilung des Beschwerdeführers befassten medizinischen Fachpersonen zum Ergebnis kommen, dass vorliegend auch erhebliche unklare Beschwerden im Sinne der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung bestünden, wäre von den Gutachtern zu prüfen, ob eine Erwerbstätigkeit trotz vorhandener Beschwerden aus objektiver medizinischer Sicht zumutbar ist. Die Gutachter hätten sich in ihrem Gutachten somit auch mit der geänderten Praxis des Bundesgerichts zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermögen, auseinanderzusetzen, d.h. die Indikatoren zu prüfen (BGE 141 V 281).

E. 10

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

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei das Bundesverwaltungsgericht gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuer Verfügung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (vgl. BGE 132 V 215 E. 6.1). Dem obsiegenden Beschwerdeführer sind keine Kosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- (vgl. BVGer-act. 4) ist ihm nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 10.2

Der obsiegende, durch eine schweizerische Anwältin vertretene 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. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Nach Art. 8 Abs. 1 VGKE umfasst die Entschädigung die Kosten der Vertretung sowie allfälliger weiterer Auslagen. Gemäss Art. 8 Abs. 2 VGKE wird unnötiger Aufwand nicht entschädigt. Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters bemessen (Art. 10 Abs. 1), wobei der Stundenansatz für Anwälte mindestens Fr. 200.- und höchstens Fr. 400.- beträgt (Art. 10 Abs. 2 VGKE). Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler macht in ihrer Honorarnote vom 10. April 2017 (Beilage zu BVGer-act. 20) einen Aufwand von Fr. 8'827.75 geltend (Aufwand bis und mit 6. April 2017; einschliesslich Auslagen von Fr. 479.60 sowie 8% MWSt). Der geltend gemachte Zeitaufwand beträgt 37,49 Stunden und beinhaltet insbesondere Aktenstudium, Replikredaktion (25 Seiten, grosser Schriftsatz) und zweimalige Einreichung von (medizinischen und anderen) Akten (BVGer-act. 8 und 12) und eine Stellungnahme vom 10. April 2017, Korrespondenz mit dem Klienten und Dr. E._____. Der in der Honorarnote vom 10. April 2017 angewendete Stundenansatz liegt bei Fr. 220.-. Dieser von Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler geltend gemachte Aufwand erscheint angesichts der Bedeutung der Streitsache, der sich stellenden Fragen und der Schwierigkeit des Prozesses und des Aktenumfangs nicht als angemessen, sondern als klar überhöht. Daher und angesichts des Umfangs der vorinstanzlichen Akten sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Entschädigungen ist das Honorar von Rechtsanwältin Dr. Wyler vorliegend auf Fr. 2'860.- festzusetzen (13 Stunden à Fr. 220.-). Die in der Honorarnote vom 10. April 2017 geltend gemachten Auslagen von insgesamt Fr. 479.60 (davon Auslagen für Fotokopien von Fr. 355.-, für das Klientendossier von Fr. 5.- sowie für Porti von Fr. 117.60 und Telefon von 2 Fr.) sind nicht substantiiert, insofern jegliche Angaben zur Anzahl gemachter Photokopien und der verwendeten Porti fehlen. Überhaupt erscheinen die geltend gemachten Auslagen für Fotokopien von Fr. 355.- angesichts des Umfangs der vorinstanzlichen Akten von rund 150 Doppelseiten und der eingereichten Beilagen im Umfang von 21 Seiten und die Auslagen für Porti von Fr. 117.60 für die vorliegend ausgewiesenen sechs eingeschrieben versandten Eingaben von Rechtsanwältin Wyler als klar überhöht. Für Kopien können 50 Rappen pro Seite berechnet werden (vgl. Art. 11 Abs. 4 VGKE) und der Preis einer Einschreibe-Sendung beträgt Fr. 6.30. Die Auslagen von Rechtsanwältin Dr. Wyler sind entsprechend vom Gericht auf insgesamt Fr. 210.- festzulegen. Daraus ergibt sich eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 3'070.-,

wobei für im Ausland wohnende Personen, welche die Dienste einer in der Schweiz ansässigen Rechtsvertreterin in Anspruch nehmen, keine Mehrwertsteuer geschuldet und zu entschädigen ist (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a des Bundesgesetzes vom 2. September 1999 über die Mehrwertsteuer [MWSTG, SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE [vgl. dazu etwa Urteil des BVGer C-3110/2015 vom 28. September 2016]; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE]).

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