

BVGer C-4741/2018 vom 31. August 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-4741_2018

FR: TAF C-4741/2018 du 31 août 2020

IT: TAF C-4741/2018 del 31 agosto 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist - nachdem dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist (vgl. Sachverhalt, Bst. D hievor) - einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 16. Juli 2018, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3

Der Beschwerdeführer ist türkischer Staatsangehöriger und wohnt in der Türkei, weshalb das Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.763.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) Anwendung findet. Nach Art. 2 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen sind die Staatsangehörigen der einen Vertragspartei in ihren Rechten und Pflichten aus der Gesetzgebung der anderen Vertragspartei - wozu auch die schweizerische Bundesgesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (vgl. Art. 1 Bst. B Abs. 1 Bst. b Sozialversicherungsabkommen) - einander gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Insbesondere steht türkischen Staatsangehörigen bei anwendbarem Schweizer Recht ein Anspruch auf ordentliche Invalidenrenten unter den gleichen Voraussetzungen wie Schweizer Staatsangehörigen zu (Art. 10 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen). Vorbehalten bleibt die Regelung, dass ordentliche Renten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, türkischen Staatsangehörigen, welche die Schweiz endgültig verlassen, nicht ausgerichtet werden können (Art. 10 Abs. 2 Satz 1 Sozialversicherungsabkommen). Weitere, im vorliegenden Verfahren relevante Abweichungen vom Gleichbehandlungsgrundsatz finden sich weder im Abkommen selbst

noch in der dazugehörigen Verwaltungsvereinbarung vom 14. Januar 1970 (SR 0.831.109.763.11). Demnach bestimmt sich vorliegend die Frage, ob weiterhin Anspruch auf IV-Leistungen besteht, allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Art. 1, 2 und 4 Sozialversicherungsabkommen).

E. 4

4.1 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 143 V 446 E. 3.3; 139 V 335 E. 6.2; 138 V 475 E. 3.1). Deshalb finden jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 16. Juli 2018 in Kraft standen. Weiter sind aber auch Vorschriften zu beachten, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. Juli 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die den Sachverhalt seither verändert haben, sollen daher im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 4.3

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

E. 4.4

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 61 Bst. c ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). Die Parteien tragen demnach in der Regel insofern eine objektive Beweislast, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableitet (BGE 117 V 261 E. 3b; 115 V 133 E. 8a).

E. 4.5

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen demnach nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je m.H.). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als

überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem fest-stehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b).

E. 5

5.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

E. 5.2

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

E. 5.3

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss aber über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H).

E. 5.4

Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt

(vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2, BGE 135 V 465 E. 4.4, BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

E. 5.5

Eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärztinnen) kommt im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der Hausärztin oder dem Hausarzt stammt, darf jedoch nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen. Die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3). Ihre Berichte können insbesondere geeignet sein, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit von versicherungsinternen medizinischen Stellungnahmen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Hingegen lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; Urteil des BGer 9C_654/2015 vom 10. August 2016 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.1). Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt (oder ungewürdigt) geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; SVR 2008 IV Nr. 15 [I 514/06] E. 2.1.1; Urteile des BGer 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2; 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1).

E. 5.6

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls 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 (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

E. 5.7

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3; 143 V 418 E. 7.1).

E. 5.8

Im Rahmen der Schadenminderungspflicht (BGE 113 V 22 E. 4a) ist die versicherte Person jederzeit gehalten, sich im Sinn der Selbsteingliederung einer zumutbaren Behandlung zu unterziehen, wenn die Möglichkeit dazu besteht (vgl. Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG). Grundsätzlich sind die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich, wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (BGE 113 V 22 E. 4d; Urteil I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3.1.1, in: SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19). Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung (Urteil des BGer 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.1). Die aus fachärztlicher Sicht indizierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten hat die versicherte Person in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen (BGE 140 V 193 E. 3.3; 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176, 9C_13/2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Welche konkreten Behandlungsmöglichkeiten indiziert und zumutbar sind, bestimmt der Facharzt oder die Fachärztin. Solange aus fachärztlicher Sicht nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare (ambulante oder stationäre) Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel nicht, dass die versicherte Person sämtliche Therapieansätze des Hausarztes oder der übrigen behandelnden Ärzte in

kooperativer Weise umgesetzt hat (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2; Urteil des BGer 8C_741/2018 vom 22. Mai 2019 E. 4.2).

E. 6

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Vorinstanz das Rentengesuch zurecht abgelehnt hat. Zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers liegen folgende medizinische Unterlagen vor:

E. 6.1

Bezüglich der medizinischen Berichte, die bis zum Erlass der ersten Verfügung vom 23. Februar 2015 aktenkundig wurden, ist für Näheres auf das Urteil des BVer C-1630/2015 vom 23. März 2017 (act. 244) zu verweisen (siehe dort Sachverhalt Bst. B, D, K, M, O und E. 6, 8 und 9 und act. 3, 6, 8, 9, 10, 12, 21, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 37).

E. 6.1.1

Im Wesentlichen kann für den Zeitpunkt vor der Ausreise des Beschwerdeführers aus der Schweiz im Jahr 2006 Folgendes festgehalten werden: - Einer Bestätigung des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes des Justizvollzugs des Kantons C._____ vom 29. Juni 2004 (act. 3 S. 4) kann entnommen werden, dass der Versicherte seit Januar 2001 freiwillig eine Psychotherapie zur Bewältigung von aktuellen Lebenssituationen und der Zukunftsplanung in Anspruch nehme. - Gemäss Arztbericht des R._____ AG, Psychiatrische Privatklinik, vom 23. Mai 2005 (act. 6) wurde dem Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestiert. Es wurde auf eine belastende soziale Situation hingewiesen (geplante Ausschaffung, Angst, wegen seiner Beteiligung an der Tötung seines Vaters, von Verwandten getötet zu werden). Objektive psychopathologische Befunde bei Aufnahme seien: affektstarr, deprimiert, Antrieb vermindert, im Denken eingeengt. Weitere formale und allfällig inhaltliche Denkstörungen sowie Ich-Störungen wurden ausdrücklich verneint. Der Versicherte berichte von Stimmen, die er seit einem Monat höre, die beim Einschlafen und in der Nacht auftreten und seinen Namen rufen würden. In der Nacht sehe er auch eine Person, die ihn würgen würde. Im Verlauf sei es zu einer Verminderung des psychotischen Erlebens gekommen. Der Versicherte habe die Behandlung, welche vom 31. März bis zum 22. April 2005 gedauert habe, abgebrochen. - Das Medizinische Zentrum S._____ berichtete am 27. Juni 2005 (act. 9 S. 18 ff.) es bestehe seit dem 23. April 2005 eine ambulante Behandlung. Es wurde dem Versicherten eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) attestiert. Objektive psychopathologische Befunde bei Aufnahme seien: depressiv, verlangsamt, affektiv gespannt, wortkarg, Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit und Gedächtnis eingeschränkt. Der Versicherte berichte, er leide unter Stimmen, der Onkel rufe ihn, im Traum sehe er eine schwarze Person. Eine stationäre Behandlung sei indiziert. - Dem Kurzaustrittsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik T._____ vom 8. Juli 2005 (act. 8 S. 1) kann entnommen werden, dass der Versicherte sich dort vom 28. Juni bis 8. Juli 2005 stationär behandeln liess. Es wurde ihm eine Anpassungsstörung (bei drohender Ausschaffung aus der Schweiz, befürchteter Rache durch Familienangehörige, fehlende Perspektive im Heimatland) attestiert. Eine "psychotische Symptomatik" wurde ausdrücklich verneint. Es sei im Verlauf rasch zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen. - Das Medizinische Zentrum U._____ in (...) attestierte dem Versicherten am 12. Juli und 31. August 2005 (act. 8 S. 2 ff. und act. 9 S. 11 ff.) eine schwere depressive Episode mit

psychotischen Symptomen (F32.3). Objektive psychopathologische Befunde bei Aufnahme seien: depressiv, verlangsamt, affektiv gespannt, wortkarg, Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung und Merkfähigkeit sowie Gedächtnis eingeschränkt. Der Versicherte berichte, er leide unter Stimmen, die ihn belästigten, ihn dirigierten, seinen Namen rufen, drohten, ihn umzubringen, der Onkel rufe ihn, er sehe den Onkel und im Traum eine schwarze Person. Eine stationäre Behandlung sei indiziert. - Das Psychiatrie-Zentrum V. _____ berichtete am 17. August 2005 (act. 9 S. 24 ff.), der Versicherte werde vom 12. Juli bis voraussichtlich 19. August 2005 stationär behandelt. Seit 31. März 2005 sei er nahtlos hospitalisiert. Es wurde eine Anpassungsstörung (F43.2) diagnostiziert. Objektive psychopathologische Befunde bei Eintritt seien: im Denken eingeengt, affektarm, antriebsarm. Weitere formale und allfällig inhaltliche Denkstörungen (Wahn und /oder Zwang), Wahrnehmungsstörungen/Sinnestäuschungen sowie Ich-Störungen wurden ausdrücklich verneint. Der Versicherte habe berichtet, er höre seit 8. Juli 2005 zwei bis drei Stimmen. Er habe ferner zweimal seinen Onkel in seiner Wohnung gesehen und sei von ihm bedroht worden. Dies begründe einen "hochgradigen Verdacht auf überwertige Ideen bei psychosozialer Belastungssituation". Dem Kurzaustrittsbericht vom 19. August 2005 (act. 9 S. 7 f.) kann die Diagnose Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion und überwertige paranoide Ideen/Halluzinationen entnommen werden (F43.22). Als psychosoziale Belastungen wurden die drohende Ausschaffung in die Türkei und Angst und Gewalt in der Herkunftsfamilie in der Türkei angegeben. - Dem vorläufigen Austrittsbericht der Klinik W. _____ AG vom 23. September 2005 (act. 12 S. 6) kann entnommen werden, dass der Versicherte vom 31. August bis 23. September 2005 stationär behandelt wurde und eine Anpassungsstörung (mit depressiver Reaktion bei stark belastender sozialer Situation, F43.22) diagnostiziert wurde. - Laut einem Kurzaustrittsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik T. _____ vom 15. Februar 2006 (act. 24 S. 1 f.) wurde der Versicherte vom 7. bis 15. Februar 2006 stationär behandelt. Es wurde ihm eine Anpassungsstörung (mit Angst und depressiver Reaktion, gemischt; F43.22) attestiert. Er beschreibe widersprüchlich allfällige akustische Wahrnehmungsstörungen. Im Verlauf der Behandlung habe sich der Gesundheitszustand verbessert (fünf Tage keine Wahrnehmungsstörungen, besserer Schlaf). - Am 8. März 2006 (act. 29 S. 1) hielt Assistenzarzt Dr. med. X. _____ der Klinik W. _____ AG in einem vorläufigen Austrittsbericht als Austrittsdiagnosen paranoide Schizophrenie und schwere psychosoziale Belastungssituation fest. Es wurde ein abschliessender Austrittsbericht in Aussicht gestellt. Dieser erfolgte am 17. März 2006 (act. 30 S. 1 ff.), worin dann - wie auch im Bericht vom 21. März 2006 (act. 29 S. 4 ff.) - ein Verdacht auf paranoide Schizophrenie geäußert und eine schwere psychosoziale Belastungssituation diagnostiziert wurde. Objektiv psychopathologische Befunde seien: verminderte Konzentration, traurig, Antrieb vermindert. Der Versicherte berichte von imperativen Stimmen des Onkels, er solle sich vom Balkon stürzen, sich in die Hände schneiden, Angst vor Blutrache des Onkels, einer dunklen Person im Schlaf, die ihn würgen und schlagen. Er fühle sich von fremden Personen beobachtet und teilweise verfolgt. Seit drei Tagen habe er keine Wahrnehmungsstörungen. Im Verlauf der Behandlung hätten die psychotischen Symptome deutlich abgenommen. - Einem Bericht des medizinischen Zentrums U. _____ in (...) vom 1. Juni 2006 (act. 29 S. 16 ff.) zufolge wurde beim Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen attestiert (F32.3). Ein Verdacht auf paranoide Schizophrenie (F20.0) wurde formuliert. Der Versicherte habe berichtet, er leide unter Stimmen, der Onkel rufe ihn, im Traum sehe er eine schwarze Person.

E. 6.1.2

Für den Zeitraum nach der Ausreise des Beschwerdeführers aus der Schweiz finden sich folgende medizinische Unterlagen von Ärzten aus der Türkei und Beurteilungen von Ärzten des RAD, welche im Folgenden zusammengefasst wiedergegeben werden, in den Akten (vgl. auch Urteil des BVGer C-1630/2015 E. 7): - Dr. F._____, Psychiater des RAD, stellte in seiner Stellungnahme vom 26. Juli 2007 als Hauptdiagnose eine Anpassungsstörung F43.2. Er empfahl die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens (act. 48). - Am 28. August 2007 diagnostizierte Hausarzt Dr. Y._____ eine rezidivierende depressive Störung (F33; act. 53 S. 1). - Dr. H._____, Facharzt für Psychiatrie, diagnostizierte am 10. Juni 2008 eine Schizophrenie und beurteilte einen Verlust der Arbeitsfähigkeit von 80% (act. 90). - Dem psychiatrischen Bericht des Krankenhauses M._____ der Universität I._____ vom 19. Juni 2008 von Dr. H._____ kann entnommen werden, dass die Untersuchung ergeben habe, dass der Beschwerdeführer seit 1996 ein Gefühl habe, Menschen würden ihn verletzen, ihm Böses tun, sein Onkel wolle ihn töten. Er höre Stimmen "spring über den Balkon" höre, kapsle sich ab, rede mit niemandem, gehe nicht aus dem Haus. Es wurde festgestellt, dass die Kommunikation eingeschränkt, das Urteilsvermögen und die Abstraktion verschlechtert sei sowie die Funktionalität abgenommen habe. Aufgrund dessen wurde eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert und festgehalten, es werde eine antipsychotische Behandlung begonnen (Clopixol). Der Versicherte habe vorher keine regelmässige Medikation erhalten. Er habe auf das Medikament nicht angesprochen. Es wurde eine Erwerbsminderung von 80% attestiert (act. 91). - Im Schlussbericht des RAD vom 21. August 2008 stellte Dr. J._____, Facharzt für Psychiatrie, fest, die Einschätzungen von Dr. H._____ deckten sich mit denjenigen zahlreicher Vorbehandler, stellte als Hauptdiagnose eine paranoide Schizophrenie (F20.0) und beurteilte die Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100% seit 5. März 2005. Ergänzend führte er aus, es handle sich um eine paranoide Psychose (act. 94). - In einem ausführlichen, von der E._____ veranlassten Parteigutachten beurteilte Dr. K._____ am 27. Oktober 2008 (act. 101) aufgrund der ihm zur Verfügung gestellten medizinischen Akten im Wesentlichen, die psychische Erkrankung müsse im Zusammenhang mit der häufig als psychosoziale Situation beschriebenen Ausschaffung gesehen werden. Unter Annahme einer Anpassungsstörung, mit der Depression und Angst gemischt, wäre eine Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Er gehe davon aus, dass die behandelnden Ärzte die Depression als leicht eingestuft hätten. Folglich müsse von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Bei den vom Arbeitgeber beschriebenen hektischen Essenszeiten ergäbe sich eine verminderte Leistungsfähigkeit von gegen 50%. In alternativen Arbeitszeiten, ohne die hektischen Essenszeiten, sei die leistungsmässige Einbusse auf etwa 20-30% anzusetzen. Als Fabrikarbeiter bestehe volle Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20 %. - Am 25. Februar 2009 gelangte Dr. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, zur Einschätzung (act. 108), dass beim Beschwerdeführer kein langandauernder psychischer oder geistiger Gesundheitsschaden im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen vorliege, schloss sich ohne Vorbehalt der Auffassung von Dr. F._____ vom 26. Juli 2007 an und vertrat die Meinung, dass nur ein Gutachten eines klinisch und versicherungsrechtlich gewieften Schweizer Psychiaters definitive Klarheit schaffen könne. Als Diagnose nannte er anamnestisch eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.20) oder eine Anpassungsstörung mit langandauernder depressiver Reaktion (F43.21) im Zusammenhang mit der Ausschaffung 2005 bis maximal 2006, derzeit nicht nachweisbar.

E. 6.1.3

Nachdem das BVGer mit Urteil C-7817/2009 vom 23. Juni 2010 festgestellt hatte, dass eine Begutachtung des Beschwerdeführers in der Schweiz zumutbar und möglich sei, wurden weitere medizinischen Unterlagen zu den Akten gereicht und von Ärzten des RAD beurteilt (vgl. Urteil des BVGer C-1630/2015 E. 8 und 9): - Im Attest der Erwachsenenpsychiatrie der Universität I. _____ vom 14. Juni 2011 von Dr. Z. _____ (act. 150) wurde Bezug genommen auf die bereits diagnostizierte paranoide Schizophrenie. Bei der am 6. Juni 2011 durchgeführten psychiatrischen Untersuchung sei auch festgestellt worden, dass die Selbstsorge vermindert, sein "Motorverhalten" verlangsamt, die Konversation vermindert, der Gedankeninhalt verringert und die Empfindung vermindert sei. Es wurde über ein Delirium berichtet, Böses zu sehen, eine "Orientierungsabstraktionsstudie" sei unvollständig. Weiter wurde ausgeführt, er habe noch keine Behandlung erhalten und die Wahnvorstellungen würden andauern. Die Arbeitsunfähigkeit wurde auf 80% beurteilt. - Im Attest der Poliklinik für Erwachsenenpsychiatrie des Krankenhauses der Universität I. _____ vom 5. Februar 2013 von Dr. Z. _____ (act. 173) wurde Bezug genommen auf frühere Atteste (16. April 2008 und 6. Juni 2011). Am 1. Februar 2013 sei festgestellt worden, dass der Versicherte seit zwei Jahren keine psychiatrische Behandlung erhalten habe und nicht zu den Kontrollen gegangen sei. Nach der psychiatrischen Untersuchung (Selbstsorge vermindert, "Motorverhalten" verlangsamt, Konversation vermindert, Empfindung vermindert, Gedankeninhalt verringert, Delirium und auditive Annahmen vorhanden) der Krankengeschichte und medizinischen Einträge wurde eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert und eine Erwerbsminderung von 80% attestiert. - In den Schlussberichten des RAD vom 17. Mai 2013 (act. 57) und vom 18. Juni 2013 (act. 60) nannte Dr. L. _____ als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anamnestisch eine Anpassungsstörung mit langandauernder depressiver Reaktion (43.21) im Zusammenhang mit der Ausschaffung 2005 bis 2006. - Am 9. Oktober 2014 verfasste Dr. N. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich einer Begutachtung des Beschwerdeführers in der Türkei vom 15.-16. August 2014 ein in deutscher Sprache ausgefertigtes Gutachten. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine langandauernde leichte bis mittelgradig psychoreaktive Depression (F32.1) sowie der V.a. posttraumatische Belastungsstörung im Sinne traumatisierender Ereignisse mit ängstlichen Zügen (F43.22) genannt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden Pseudohalluzinationen und eine Anpassungsstörung aufgeführt (act. 225). - Mit Stellungnahme vom 26. November 2014 wertete Dr. O. _____ des RAD das Gutachten von Dr. N. _____ aus (act. 231). Er stellte dabei fest, dass das insgesamt sehr umfangreiche Gutachten zum Teil auch eine detailreiche Anamneseerhebung enthalte. Dennoch seien die Angaben gelegentlich schwer verständlich und die diagnostizierte Einschätzung nicht vollständig nachvollziehbar. Nach den Kriterien der ICD-10 lasse sich allenfalls eine leichte depressive Episode feststellen. Die Halluzinationen ohne Nachweis sonstiger psychotischer Symptome schätze der Psychiater als Pseudohalluzinationen ein, da sich der Versicherte davon distanzieren könne. Für die vom Gutachter geäußerte Verdachtsdiagnose der posttraumatischen Belastungsstörung fänden sich in den anamnestischen Angaben und den erhobenen Befunden keinerlei Anhaltspunkte. Schliesslich gelangte der RAD-Arzt zum Schluss, dass somit aus psychiatrischer Sicht keine derart schweren Einschränkungen vorhanden seien, um eine rentenrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen.

E. 6.2

Nach dem Erlass der ersten Verfügung (23. Februar 2015) und der Rückweisung der Sache an die Vorinstanz gelangten die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten: - Gemäss einem Attest des Aa. _____ der Provinz (...) vom 17. April 2006 (act. 270) wurde beim Versicherten eine "Major Depression" diagnostiziert. - Am 10. November 2009 wurde der Beschwerdeführer vom Chefarzt der militärischen Krankenhauses Bb. _____ für untauglich erklärt (act. 272). - Einem Attest der Gesundheitskommission für Behinderte des Krankenhauses M. _____ der Universität I. _____ vom 12. Januar 2018 kann entnommen werden, dass ein Spezialist für Psychiatrie eine "paranoide Schizophrenie ohne Arbeitsmöglichkeit mit der Behandlung" diagnostizierte und ein Behinderungsgrad von 80% festgesetzt wurde (act. 275). - Ein Attest der Poliklinik für Psychiatrie des Krankenhauses M. _____ der Universität I. _____ vom 17. Januar 2018 nimmt auf frühere Atteste (16. April 2008 und 2013) Bezug. Bei der psychiatrischen Untersuchung vom 11. Januar 2018 sei festgestellt worden, dass die Selbstsorge vermindert, sein "Motorverhalten" verlangsamt, die Konversation normal, der Gedankeninhalt ein wenig verringert, die Empfindung ein wenig vermindert und auditive Annahmen vorhanden seien. Es wurde eine Schizophrenie diagnostiziert (act. 277). - Einem Bericht des ärztlichen Ausschusses des Krankenhauses M. _____ der Universität I. _____ vom 28. Dezember 2018 kann entnommen werden, dass der Versicherte mit Zapin (20mg/Tag), Ariprazol (30 mg/Tag), Sertralin (100 mg/Tag) und Forazepam (2,5 mg/Tag) behandelt werde. Es wurden auditorische Halluzinationen, unverblünte Gefühle, schlechter Gedankeninhalt, begrenzte Kommunikation, Abnahme des Urteilsvermögens und der Abstraktion festgestellt und eine unverbesserte Schizophrenie diagnostiziert (Beilage zu BVGer-act. 18).

E. 6.3

Bei den Akten liegt im Weiteren das bei der Q. _____ GmbH eingeholte psychiatrische und psychotherapeutische Gutachten vom 8. Februar 2018 (act. 278).

E. 6.3.1

Der Experte Dr. med. P. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Gutachten (Ziff. 5) folgende Diagnosen gemäss ICD-10 auf: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Schizoaffektive Störung (F25) o mit Dysthymia (F34.1) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit o bei depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, F32.4/ F33.4) o bei Status nach sonstiger Reaktion auf eine schwere Belastung (St. n. F43.8) o bei vielfältigen sozialen Belastungen Unter Berücksichtigung der klinischen Untersuchung (u.a. wurden das Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der psychischen Belastung «Symptom-Checkliste 90 revidiert, Derogatis» [SCL-90-R] sowie der «Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale [MADRS], einem Fragebogen zur Fremdbeurteilung des Schweregrads eines depressiven Syndroms, durchgeführt) und einer kritischen Würdigung der vorhandenen ärztlichen Dokumente wurde zur Begründung der Diagnosefindungen im Wesentlichen Folgendes ausgeführt (vgl. Gutachten Ziff. 6 S. 30 ff.): Es könne festgestellt werden, dass der Versicherte ab März 2005 in der Folge sozialer Belastungen (geplante Ausschaffung in die Türkei vom 15.04.2005; Angst, wegen seiner Beteiligung an der Tötung seines Vaters, von Verwandten getötet zu werden; fehlende Perspektive im Heimatland) erstmals eine psychische Dekompensation in Form einer (sonstigen) Reaktion auf eine schwere Belastung (ICD-10 F43.8) erlitten habe. Diese Dekompensation werde im weiteren Verlauf gemäss ICD 10 zeitweise als Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) bzw. als depressive Episode/Störung (ICD-10 F32/F33)

und aufgrund vom Versicherten genannten akustischen Wahrnehmungsstörungen als Schizophrenie (ICD-10 F20) eingeordnet. Eine Störung gemäss ICD-10 F20 sei jedoch zu keinem Zeitpunkt hinreichend begründet. Die (subjektiven und objektiven) Beeinträchtigungen des Versicherten würden die diagnostischen Kriterien einer paranoiden Schizophrenie gemäss ICD-10 F20 auch anlässlich der Untersuchung vom 1. Februar 2018 ausdrücklich nicht erfüllen. Die postulierte psychotische Qualität der Störung konkretisiere sich bis heute ausschliesslich in diesen vom Versicherten unregelmässig angegebenen Wahrnehmungsstörungen. Bei einer schizoaffektiven Störung gemäss ICD-10 F25 handle es sich, wie im Fall des Versicherten formal begründbar, um eine psychische Störung, die Symptome der Schizophrenie und der manisch-depressiven Störung (bipolaren affektiven Störung) in sich vereine. Zusätzlich zu Symptomen einer affektiven Störung (ICD-10 F 3) würden Symptome aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F 2) wie z.B. Wahn, Beeinflussungserleben oder Wahrnehmungsstörungen auftreten. Die vorliegenden Berichte würden ab 2005 neben einer depressiven Störung ausschliesslich die vom Versicherten stereotyp deklarierten Wahrnehmungsstörungen beschreiben und dokumentieren. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht stehe dabei die depressive Störung weit überwiegend im Vordergrund. Die in den Akten postulierte depressive Episode/Störung sei remittiert. Das depressive Syndrom verlaufe ebenfalls unregelmässig ausgeprägt, was weit überwiegend von vielfältigen sozialen Belastungen (bspw. Wegweisung/Einreiseverbot, sozioökonomische Lebensumstände, familiäre/eheliche Konflikte) abhängig sei und gegenwärtig eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) begründe. Eine relevante (>20% von 100%) anhaltende (längerfristige) Arbeitsunfähigkeit für die bislang in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten und für Hausarbeiten sei im Fall des Versicherten aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht aufgrund einer leichten schizoaffektiven Störung mit Dysthymia und den damit verbundenen objektiv maximal gering ausgeprägten Defiziten für keinen Zeitraum anzunehmen. Für Zeiten stationärer Behandlungen sei bereits aus formalen Gründen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

E. 6.3.2

In der Folge nahm der medizinische Dienst der Vorinstanz zum Gutachten Stellung. Dr. med. O. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, geht in seinem medizinischen Schlussbericht vom 27. April 2018 (act. 284) - gestützt auf das Gutachten von Dr. med. P. _____ der Q. _____ GmbH - ebenfalls von einer Dysthymia bei schizoaffektiver Störung (ICD-10: F34.1, F25) als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus. Bezüglich der von Dr. med. P. _____ vorgenommenen Begutachtung hielt er fest, diese erfülle die geforderten Qualitätsanforderungen. Insbesondere würden aus psychiatrischer Sicht die in den verschiedenen früheren Berichten und Dokumenten angegebenen Diagnosen anhand der anamnestischen Angaben und der Vorgeschichte sowie der aktuellen Befunderhebung überprüft und unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien der ICD-10 bewertet.

E. 6.4

In seiner im Laufe des Beschwerdeverfahrens verfassten Stellungnahme vom 7. Februar 2019 hielt Dr. med. O. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, am Schlussbericht des RAD vom 27. April 2018 fest. Er führte weiter aus, aus dem Bericht des Zentrums für seelische Gesundheit der Universität I. _____ vom 28. Dezember 2018 und weiteren Schreiben mit Attestdatum bzw. Datum vom 17. Januar 2018, 5. Februar 2013, 14. Juni 2011, 10. November 2009 und 19. Juni 2008, ausgestellt von der Universität

I._____, und 17. April 2006 des Staatlichen Spitals Aa._____, sowie des Schreibens des Verteidigungsministerium an den Versicherten vom 29. April 2010 würden sich keine relevanten neuen Gesichtspunkte ergeben. Es werde wie bereits in früheren Berichten aus der Türkei eine Schizophrenie interpretiert. Eine kritische Abwägung und Begründung für diese Einschätzung sei nicht vorgenommen worden (Beilage zu BVGer-act. 16).

E. 7

Katatone Symptome wie Erregung, Haltungsstereotypen oder wächsender Biessamkeit (Flexivilitas cerea), Negativismus, Mutismus, Stupor.

E. 7.2

Der Beschwerdeführer rügt, er könne das Gutachten von Dr. med. P._____ und somit eines einzigen Arztes nicht akzeptieren und wünsche, nochmals einem Gremium von sieben Ärzten vorgestellt zu werden. Er verwies auf verschiedene ärztliche Beurteilungen aus der Türkei, welche ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 80% bescheinigt hätten.

E. 7.3

7.3.1 Dem Attest der Erwachsenenpsychiatrie und sechs weiteren Abteilungen des Krankenhauses M._____ der Universität I._____ vom 23. Januar 2018 kann entnommen werden, dass ein Spezialist für Psychiatrie eine paranoide Schizophrenie ohne Arbeitsmöglichkeit mit einem Behinderungsgrad von 80 % diagnostizierte (act. 275). Dieses Attest wurde von sieben Fachärzten unterschrieben, wovon jedoch nur ein Arzt Spezialist für Psychiatrie ist. Die anderen Experten sind Fachärzte für Physikalische Therapie und Rehabilitation, Neurologie, Innere Krankheiten, Hals-Nasen-Ohren (HNO), Augenkrankheiten und allgemeine Chirurgie. Die Spezialisten für Augenkrankheiten und HNO gaben normale klinische Befunde an und unter der Rubrik der anderen Experten steht Folgendes: "keine zusätzlichen Untersuchungsergebnisse".

E. 7.3.2

Inwiefern der Beschwerdeführer sich aus einer weiteren Beurteilung durch ein "Gremium von sieben Ärzten" ein Vorteil erhofft, kann aus diesem Attest nicht geschlossen werden, wurde er doch lediglich von einem Facharzt für Psychiatrie untersucht und somatische Beschwerden macht er keine geltend.

E. 7.3.3

Demzufolge ist festzuhalten, dass sich keine Hinweise für die Notwendigkeit einer pluridisziplinären Begutachtung ergeben, wie dies der Beschwerdeführer sinngemäss fordert. Die Aktenlage ist - wie auch nachfolgend aufgezeigt wird - bezüglich der gesundheitlichen Beschwerden vollständig, der Sachverhalt ist rechtsgenügend erhoben und lässt eine abschliessende Beurteilung der gesundheitlichen Situation bis zum 16. Juli 2018 zu, weshalb der entsprechende Antrag des Beschwerdeführers in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. E. 3.5) abzuweisen ist.

E. 7.4

Vorliegend ist bestritten, ob der Beschwerdeführer an einer Schizophrenie leidet. Während der Gutachter Dr. med. P._____ davon ausgeht, dass eine Schizophrenie zu keinem Zeitpunkt hinreichend zu begründen sei, sind sich die behandelnden Fachärzte darin einig, dass eine paranoide Schizophrenie vorliege.

E. 7.4.1

Dr. med. P._____ hat unter Bezugnahme auf die im Klassifikations-system ICD-10 enthaltene Umschreibung (S. 34 des Gutachtens) detailliert dargelegt, weshalb seiner Ansicht nach die subjektiven und objektiven Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers die diagnostischen Kriterien einer paranoiden Schizophrenie auch anlässlich der Untersuchung vom 1. Februar 2018 ausdrücklich nicht erfüllen. Gemäss ICD-10 sind die schizophrenen Störungen im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch kognitive Defizite entwickeln. Die Störung beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 10. Aufl. 2015, S. 127). Der Gutachter hielt fest, dass bereits diese Eingangsdefinition im Fall des Versicherten nicht erfüllt sei. Entsprechende Beeinträchtigungen würden zu keinem Zeitpunkt in den Akten beschrieben. Auch anlässlich der Untersuchung vom 1. Februar 2018 sei er im Denken und Wahrnehmen, in der Affektivität und Kognition sowie in seinen "menschlichen Grundfunktionen" objektiv unauffällig gewesen. So führte der Gutachter aus, im formalen Denken sei er logisch und kohärent. Es bestünden auch auf Nachfrage keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen (Wahn- und/oder Zwangphänomene). Auffassung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration seien gut. Das Gedächtnis sei intakt und Ich-Störungen seien keine vorhanden. Im Affekt sei er ernst, ruhig, ausgeglichen und dysthym und dabei wenig moduliert (vgl. Gutachten S. 23). Er nahm weiter Bezug auf ICD-10 F20 und dort aufgeführte Symptome, die eine besondere Bedeutung für die Diagnose haben: 1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung. 2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- und Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahrnehmungen. 3. Kommentierende oder diagnostische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten spreche, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen. 4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen. 5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken oder deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend. 6. Gedankenabreissen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden und Neogismen führt.

E. 7.4.2

Die Feststellungen des Gutachters werden durch die fachärztlichen Berichte vor der Ausreise des Beschwerdeführers in die Türkei im Jahr 2006 untermauert (vgl. E. 6.1.1). Die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit grossmehrheitlich zunächst eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) oder eine Anpassungsstörung (F43.2; bei drohender Ausschaffung aus der Schweiz, befürchteter Rache durch Familienangehörige, fehlende Perspektive im Heimatland; mit depressiver Reaktion bei stark belastender sozialer Situation; mit Angst und depressiver Reaktion, gemischt). Formale und allfällig inhaltliche Denkstörungen (Wahn und/oder Zwang) und Wahrnehmungsstörungen/Sinnestäuschungen sowie Ich-Störungen wurden ausdrücklich verneint (act. 6, 9 S. 24 ff.). Als psychotische

Symptome wurden in den Berichten ausschliesslich die vom Beschwerdeführer genannten Wahrnehmungsstörungen aufgeführt. Im Verlauf der Behandlungen sei es zu einer Verminderung des psychotischen Erlebens bzw. zu einem dreitägigen Unterbruch von Wahrnehmungsstörungen (act. 6, 29 S. 4 ff.) bzw. einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen (act. 8 S. 1). Der Beschwerdeführer habe von widersprüchlichen und unregelmässigen Wahrnehmungsstörungen berichtet (act. 24 S. 1 f.). Es wurde festgehalten, dass beim Beschwerdeführer keine psychotische Symptomatik bestehe (act. 8 S. 1). In der Folge erwähnten die Fachärzte den Verdacht auf (nachfolgend: V.a.) paranoide Schizophrenie (F20.0; 29 S. 4 ff., 29 S. 16 ff.). Assistenzarzt Dr. med. X._____ hielt in einem vorläufigen Austrittsbericht am 8. März 2006 als Diagnosen paranoide Schizophrenie und schwere psychosoziale Belastungssituation fest (act. 29 S. 1). Die Diagnosen hatte er nicht begründet und es wurde ein abschliessender Austrittsbericht in Aussicht gestellt. Dieser erfolgte dann am 17. März 2006 (act. 30 S. 1 ff.), worin wiederum lediglich ein Verdacht auf paranoide Schizophrenie diagnostiziert wurde. Als psychotisches Zustandsbild wurden lediglich die vom Beschwerdeführer genannten imperativen Stimmen und sein beschriebener Beobachtungswahn genannt (act. 29. S. 4 ff.).

E. 7.4.3

Nach der Ausreise in die Türkei wurde beim Beschwerdeführer am 17. April 2006 (act. 270) zunächst eine "Major Depression diagnostiziert (act. 270). Sein Hausarzt berichtete am 28. August 2007 von einer rezidivierenden depressiven Störung (F22; act. 53 S. 1). Insoweit türkische Psychiater ab Juni 2008 eine Schizophrenie erkannten, kann festgehalten werden, dass diese Diagnosen lediglich mit den vom Beschwerdeführer angegebenen Wahrnehmungsstörungen (u.a. würden ihm andere Menschen Böses wünschen, sein Onkel wolle ihn töten, er höre Stimme, die sagten er solle vom Balkon springen, eine dunkelhäutige Person würde ihn im Schlaf) begründet wurden (vgl. E. 6.1.2 (act. 90 und 91), E. 6.1.3 (150, 173) und E. 6.2 (27, 277 und Beilage zu BVGer-act. 18). Deren Vorhandensein konnte auch anlässlich der Begutachtung in der Schweiz nicht in einem für das Vorliegen einer Schizophrenie genügenden Mass und Häufigkeit dargelegt werden. Zudem führte Dr. N._____ in seinem Gutachten vom 9. Oktober 2014 aus, die geschilderten Wahrnehmungsstörungen seien "Pseudohalluzinationen". Überdies wurden diese Symptome im Gutachten von Dr. med. K._____ vom 27. Oktober 2008 als psychische Phänomene erklärt, die im Rahmen von Alpträumen, als Fehlwahrnehmungen oder in beengenden Lebenssituationen auftreten könnten.

E. 7.4.4

Aus den Akten gehen ausserdem wenig Angaben zu einer laufenden medizinischen Behandlung (ärztliche Konsultationen, Psychotherapie) von 2006 (Rückkehr in die Türkei) bis Juli 2018 (angefochtene Verfügung) hervor (vgl. E. 7.7.2)

E. 7.4.5

Aufgrund dieser Feststellungen, ist es nachvollziehbar, dass der Gutachter das Vorliegen einer Schizophrenie verneint hat. 7.57.5.1 Eine schizoaffektive Störung ist gemäss ICD-10 eine episodische Störung, bei der sowohl affektive als auch schizophrene Symptome in derselben Krankheitsphase auftreten, aber die weder die Kriterien für Schizophrenie noch für eine depressive oder manische Episode erfüllen (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 133). Unter einer Dysthymie wird gemäss ICD-10 eine chronische depressive Verstimmung verstanden, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend

genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 183). Dr. med. P._____ hat unter Bezugnahme auf die im Klassifikationssystem ICD-10 enthaltene Umschreibung (vgl. Gutachten S. 31 ff.) dargelegt, weshalb seiner Ansicht nach in casu die diagnostischen Kriterien einer schizoaffektiven Störung mit Dysthymia vorliegen. So führte er aus, die vorliegenden Berichte würden ab 2005 neben einer depressiven Störung ausschliesslich die vom Versicherten stereotyp deklarierten Wahrnehmungsstörungen beschreiben und dokumentieren. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht stehe neben der formal begründbaren schizoaffektiven Störung die depressive Störung weit überwiegend im Vordergrund. 7.5.2 Dr. P._____ legt in der Folge detailliert dar, weshalb aus seiner Sicht die Kriterien einer depressiven Episode gemäss ICD F32/F33 nicht (mehr) erfüllt seien und auch keine Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge, vorliegen würden, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können (vgl. Gutachten S. 31 ff.). Er begründet das Vorliegen einer Dysthymia mit den aktuellen objektiven Untersuchungsergebnissen u.a. im Psychostatus und der MADRS. Die Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung und den objektivierbaren depressiven Befunden erklärte er sich nachvollziehbar durch eine Aggravation (bspw. Angaben ausweichend, pauschal, oberflächlich, vage und allgemein sowie schlicht, stereotyp und mehrdeutig) bei einem Rentenbegehren und anhaltenden bzw. neuen sozialen Belastungen. Auch Dr. N._____ führte in seinem Gutachten vom 9. Oktober 2014 aus, die geschilderten Wahrnehmungsstörungen durch den Versicherten wirkten übertrieben. 7.5.3 Zu den teilweise abweichenden Einschätzungen der Fachärzte vor der Ausreise des Beschwerdeführers aus der Schweiz im Jahr 2006, welche eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen diagnostiziert hatten, ist festzuhalten, dass die entsprechenden Berichte Dr. med. P._____ vorlagen. Er hat sich in seinem Gutachten mit den abweichenden Diagnosen auseinandergesetzt und überzeugend dargelegt, weshalb er die Einschätzung der damals behandelnden Ärzte hinsichtlich des Schweregrads des depressiven Geschehens sowie deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht übernommen hat. Allein die abweichende diagnostische Einordnung des Leidens erweckt damit keine Zweifel am Gutachten von Dr. med. P._____, zumal er auch ausführlich erörtert hat, weshalb er trotz der festgestellten depressiven Symptomatik zu einer anderen Einschätzung der Situation gelangt ist. Zu beachten ist auch, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. Urteile des BGer 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1; 9C_761/2013 vom 16. Dezember 2013 E. 3.3.1).

E. 7.6

Angesichts der diagnostizierten schizoaffektiven Störung (ICD-10: F25) mit Dysthymia (ICD-10: F34.1) hat grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409). Der psychiatrische Gutachter hat sich lediglich rudimentär mit den Standardindikatoren auseinandergesetzt (vgl. Gutachten S. 39 ff.). Auf Beschwerdeebene wurde sodann vom RAD eine umfassende Prüfung sämtlicher Standardindikatoren vorgenommen (vgl. BVGer-act. 23). Nachfolgend wird dargelegt, ob die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt.

E. 7.6.1

Hinsichtlich des in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» zu prüfenden Komplexes «Gesundheitsschädigung» ergibt eine Analyse des Gutachtens von Dr. med. P. _____ und die Stellungnahme des RAD folgendes Bild:

E. 7.6.1.1

Zum Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» ist festzuhalten, dass die vom Gutachter diagnostizierte schizoaffektive Störung, die sich gegenwärtig als Dysthymia konkretisierte, und die gegenwärtig remittierte depressive Störung sich mit den im objektiven Psychostatus beschriebenen Befunden in Einklang bringen lässt. So nannte der Gutachter im Wesentlichen (vgl. Gutachten S. 23 f.), im Affekt sei der Versicherte dysthym und wenig moduliert. Beim Bericht über die Umstände der Tötung seines Vaters, über seine aktuellen Ehekonflikte und den Streit mit seinem Bruder reagiere er angespannt und deutlich bedrückt. Der Versicherte nenne akustische, optische und taktile Wahrnehmungsstörungen (einen Mann sehen, der spreche und ihn anfasse). Ein klinisches depressives Syndrom sei aber auch mit Hilfe der MADRS nicht zu erkennen (vgl. Gutachten S. 30). Ferner führte der Gutachter (vgl. S. 39) in Übereinstimmung mit dem RAD aus, depressive Syndrome seien beim Versicherten Ausdruck prekärer sozialer Verhältnisse, deren Veränderung im Sinne der Erwünschtheit aus Sicht des Versicherten (bspw. Zuspache einer Invalidenrente, Niederlassungsbewilligung in der Schweiz) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu einer Remission der Dysthymia führen werde.

E. 7.6.1.2

In Zusammenhang mit dem Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» hielt der RAD fest, dass der Versicherte während seines Gefängnisaufenthaltes regelmässig beim psychiatrisch-psychologischen Dienst der Justizvollzugsanstalt des Kantons C. _____ in Behandlung gewesen sei. Die Berichte würden jedoch keine Hinweise auf psychotische Symptome enthalten. Der Versicherte habe zudem gegenüber Dr. N. _____ angegeben, er sei nicht so krank gewesen, dass er Medikamente habe nehmen müssen. Zwischen Februar 2005 (Mitteilung des BFM über die Ausschaffung des Versicherten) bis im April 2006 (Ausschaffung des Versicherten) seien neben ambulanten Behandlungen auch wiederholt stationäre psychiatrische Krankenhausaufenthalte von ca. einer Woche bis zu einem Monat erfolgt, wobei er zwei Aufenthalte eigenmächtig abgebrochen habe. Es seien ihm Antipsychotika verordnet worden. Über die Compliance und Adhärenz bzgl. der Medikamenteneinnahme und vorgenommenen Serumbestimmungen fänden sich keine Angaben. Dem medizinischen Gutachten von Dr. med. K. _____ vom 27. Oktober 2008 könne entnommen werden, dass die behandelnden Ärzte dem Versicherten nie Antidepressiva verschrieben hätten. In den Berichten aus der Türkei wird mehrfach erwähnt, dass er eine medikamentöse Therapie mit Zuclopentixol erfahren habe, eine Verbesserung der psychotischen Symptomatik aber nicht erkennbar gewesen sei. Detaillierte Angaben zur Behandlung und zur Verordnung von Medikamenten seien diesen Berichten nicht zu entnehmen. Dem Bericht von Dr. med. Z. _____ vom 5. Februar 2013 könne entnommen werden, dass der Versicherte seit zwei Jahren weder irgendeine psychiatrische Behandlung erhalten habe noch zu ärztlichen Kontrollen erschienen sei. Die angegebene Behandlung seit 2008 alle zwei bis drei Wochen bei Dr. Cc. _____ sei nicht nachgewiesen. Bei der Laborkontrolle vom 1. Februar 2008 habe der Wert für Olanzapin innerhalb des Referenzbereichs gelegen, was für eine Einnahme des Medikaments spreche. Der Wert für Desmethyl-Olanzapin, einem Abbauprodukt des Olanzapins, sei unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze gelegen, was für eine Einnahme der (Ursprungs- Substanz

Olanzapin erst kurze Zeit vor der Blutentnahme spreche. Ganz ähnlich verhalte es sich bei Lorazepam. Aufgrund dessen sei zweifelhaft, ob die angegebene regelmässige Therapie seit 2008 tatsächlich erfolge. Wenn eine solche dennoch stattfinden sollte, wäre bei Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie eine Gesprächstherapie alleine nicht ausreichend. Hierzu bedürfe es einer antipsychotischen Medikation, deren Erfolg durch in Abständen vorgenommenen Nachkontrollen überprüft werden sollte. Demzufolge hat der Beschwerdeführer nicht sämtliche ihm zumutbaren Therapieoptionen ausgeschöpft, so dass keine Therapieresistenz gegeben ist. Ferner führte der RAD aus, nach Erhalt der Mitteilung betreffend die Ausschaffung habe der Versicherte spätestens am 15. April 2005 Ängste und Wahrnehmungsstörungen entwickelt, die ihm die Fortsetzung seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht mehr möglich erscheinen lasse. Unklar bleibe, warum er nach der Rückkehr in die Türkei zunächst eine Arbeit als Baustellenwärter aufgenommen habe, die er dann aber nach neun Monaten beendet habe. Somit haben weder in der Schweiz noch in der Türkei irgendwelche Eingliederungsmassnahmen stattgefunden, obwohl gemäss RAD der Leidensdruck beim Versicherten nicht derart ausgeprägt vorhanden gewesen sei und solche, laut Gutachter, aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar seien.

E. 7.6.1.3

Zum Indikator «Komorbiditäten» ist dem Gutachten sowie der Stellungnahme des RAD zu entnehmen, dass neben der Dysthymia im Rahmen einer leichten schizoaffektiven Störung keine sonstigen, schweren, ausgeprägten und intensiven komorbiden Störungen vorliegen würden.

E. 7.6.2

Bezüglich dem Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) kann festgehalten werden, dass der Gutachter und der RAD eine Persönlichkeitsstörung verneinten. Der Gutachter erwähnte akzentuierten Persönlichkeitszüge (antisozial, "kriminell"), diagnostizierte sie jedoch nicht. Auch der RAD ist der Ansicht, dass sich allenfalls akzentuierte Persönlichkeitszüge beschreiben liessen. Die erwähnten akzentuierten Persönlichkeitszüge sind zu berücksichtigen, da sie den Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen beeinflussen können (Urteile des BGer 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.; 9C_345/2017 vom 30. August 2017 E. 3.3.3). Hierzu lässt sich der Stellungnahme des RAD entnehmen, dass das Verhalten des Versicherten bei den Straftaten und bei der Nicht-Aufnahme in der Psychiatrischen Universitätsklinik T._____ für nicht unerhebliche Probleme, aufkommende Affekte und Impulse angemessen kontrollieren und steuern zu können, spreche. Bei offensichtlich nicht sehr stark ausgeprägtem Selbstbewusstsein scheine er in seinem Selbstwertgefühl schnell verunsicherbar und verletzbar, sodass er bei von ihm empfundenen Kritik und Ablehnung rasch kränkbar sei und dann auch zu überschüssendem, aufbrausendem und aggressivem Verhalten neigen könne. Aufgrund dieser Angaben ist davon auszugehen, dass sich die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers leicht ressourcenhemmend auswirkt.

E. 7.6.3

Mit Blick auf den Komplex «sozialer Kontext» der Kategorie «funktio-neller Schweregrad» ergibt sich aus dem Gutachten und der Stellungnahme des RAD, dass der Beschwerdeführer seit der Ausschaffung in die Türkei im Jahr 2006 mit seiner Tante zusammenlebt. Er sei familiär mit engen Kontakten zu Verwandten, aber auch Freunden und Bekannten vernetzt und erfahre Unterstützung und Hilfe. Mit seiner Ehefrau, welche in Deutschland lebe, gebe

es Konflikte und der Kontakt sei weitgehend abgebrochen. Er sei in den Aktivitäten des täglichen Lebens nicht eingeschränkt und könne die Anforderungen des Alltags selbständig, eigenverantwortlich und kompetent erledigen, sodass ausreichende persönliche und soziale Ressourcen vorhanden seien. Zwar sei der soziale Kontext teilweise wenig strukturiert, ein ausgewiesener sozialer Rückzug sei aber nicht erkennbar. Mit diesem Umfeld verfügt der Beschwerdeführer über mobilisierbare Ressourcen.

E. 7.6.4

Bezüglich der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens: «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» und «Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen») gaben der Gutachter und der RAD an, es bestehe keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in Beruf, Haushalt, Freizeit sowie den sozialen Aktivitäten. Aufgrund des normalen Aktivitätsniveaus im Privatleben sowie der Lebensführung, sei nicht nachvollziehbar, warum er dieses nicht auch in einem Beruf umsetzen könne.

E. 7.7

Angesichts des leichten Grads des diagnostizierten Gesundheitsschadens mit nicht ausgeschöpften Therapieoptionen und ohne Komorbiditäten, der fehlenden Konsistenz, vorhandener mobilisierbarer Ressourcen und der lediglich leicht ressourcenhemmenden Persönlichkeitsstruktur, ist die Einschätzung des Gutachters nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden ist zu verneinen.

E. 8

Die Vorinstanz ist aufgrund des Gesagten für den vorliegend bis zum Verfügungserlass zu beurteilenden Zeitraum gestützt auf das beweiskräftige psychiatrische Gutachten von Dr. med. P. _____ vom 8. Februar 2018 zu Recht (auch retrospektiv) von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten ausgegangen. Damit durfte sie ohne Durchführung eines Einkommensvergleichs das Vorliegen einer anspruchsbegründenden Invalidität verneinen. Die angefochtene Verfügung vom 16. Juli 2018 ist damit nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen. 9.9.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Trotz Unterliegens des Beschwerdeführers sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung mit Zwischenverfügung vom 9. November 2018 stattgegeben worden ist (Art. 65 Abs. 1 VwVG). 9.2 Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die IVSTA jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, 173.320.2]). Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). (Urteilsdispositiv nächste Seite)