

BVGer C-5010/2016 vom 4. September 2018

Bundesverwaltungsgericht, 2018-09-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5010_2016

FR: TAF C-5010/2016 du 4 septembre 2018

IT: TAF C-5010/2016 del 4 settembre 2018

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; 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. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Infolge seines Gesuchs um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wurde die Verfügung vom 22. August 2016 betreffend Kostenvorschuss mit Verfügung vom 23. September 2016 aufgehoben. Damit ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. Juni 2016, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründender Invalidität abgelehnt hat. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

E. 3

Zunächst sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden rechtlichen Bestimmungen darzulegen.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Mazedonien, weshalb das Abkommen vom 9. Dezember 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.520.1; nachfolgend:

Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung gelangt. Nach Art. 4 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 Bst. a in Verbindung mit Art. 2 A Bst. ii des Sozialversicherungsabkommens auch die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Mangels vorliegend anwendbarer, abweichender Vorschriften bestimmt sich der Anspruch des

Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung demnach ausschliesslich nach schweizerischem Recht.

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Juni 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Somit finden vorliegend jene Vorschriften Anwendung, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 14. Juni 2016 in Kraft standen, weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist. Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (IV-act. 12), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer invalid im Sinne des Gesetzes (geworden) ist.

E. 4.1

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch 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. Altersjahrs folgt, entsteht.

E. 4.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht ein Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein

solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht staatsvertragliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Für den Beschwerdeführer besteht keine staatsvertragliche abweichende Regelung von diesem Grundsatz (vgl. E. 3.1).

E. 4.3

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 dabei, 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 m.w.H.). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

E. 4.4

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc m.w.H.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist

grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 5

Die Vorinstanz stützt sich in der angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2016 auf die von ihr eingeholten Stellungnahmen des medizinischen Dienstes. Der medizinische Dienst begründete seine Schlussfolgerungen seinerseits basierend auf den im Straf- respektive Massnahmenvollzug des Beschwerdeführers eingeholten Gutachten (vgl. Sachverhalt Bst. B.a). Die Vorinstanz führt in der angefochtenen Verfügung aus, es gehe aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen hervor, dass die Schizophrenie unter der Medikation vollständig remittiert sei. Eine Untersuchung in der Schweiz sei daher nicht erforderlich.

E. 5.1

Sämtliche Gutachten, auf die sich die IVSTA sowie der medizinische Dienst stützen, waren im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bereits mindestens vier Jahre alt. Überdies liegen diese Gutachten mehrheitlich unvollständig sowie in nicht sortierter Seitenreihenfolge in den vorliegenden Akten. Wie nachfolgend zu sehen sein wird, bilden diese älteren Gutachten keine aussagekräftige Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung. Die Vorinstanz hat damit den vorliegend relevanten Sachverhalt nicht hinreichend erstellt. Unter diesen Umständen erübrigt es sich ausnahmsweise, die vorinstanzlichen Akten an die Vorinstanz zurückzusenden zur Verbesserung dieser hinsichtlich der darin mehrheitlich unvollständig sowie in nicht sortierter Seitenreihenfolge enthaltenen Gutachten aus der Zeit der Strafuntersuchung sowie des Straf- respektive Massnahmenvollzuges des Beschwerdeführers.

E. 5.2

In der Stellungnahme vom 2. November 2014 stellte Dr. med. S._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes, aufgrund der vorliegenden Akten die Diagnosen paranoide Schizophrenie, vollständig remittiert (ICD-10 F20.05) und dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2). Der Versicherte sei ab dem 28. Februar 2012 in der bisherigen Tätigkeit voll arbeitsfähig. Ebenfalls bestünden keine funktionellen Einschränkungen. Die beim Versicherten diagnostizierte Schizophrenie sei über all die Jahre im Gefängnis lege artis behandelt worden und sei unter Medikation seit Jahren vollständig remittiert. Dem Versicherten sei die weitere Einnahme der neuroleptischen Medikation zumutbar. Unter dieser Medikation bestehe keine durch die Schizophrenie begründete Arbeitsunfähigkeit, da die Symptomatik vollständig remittiert sei. Die Persönlichkeitsstörung sei schon bei Antritt der Haftstrafe nicht derart stark ausgeprägt gewesen. Überdies verzeichne der Versicherte auch diesbezüglich während der Haftstrafe eine positive Veränderung. Er sei kritikfähig, wirke gutgelaunt und fröhlich, habe unter den Mithäftlingen die Rolle als geschätzten Ratgeber eingenommen. Er stehe im Zentrum und habe einen grossen Einfluss, ohne dabei offen dominant-bestimmend zu wirken. Somit sei auch die Persönlichkeitsstörung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten (IV-act. 43).

E. 5.3

In der Stellungnahme vom 13. August 2015 ergänzte Dr. med. S. _____ aufgrund des E-Mails des AJV B. _____ vom 13. August 2012 (vgl. Sachverhalt Bst. B.c) sowie des Berichtes der Sozialarbeiterin vom 2. März 2012 (vgl. Sachverhalt Bst. B), weder ein Amtsleiter des Amtes für Justizvollzug noch eine Sozialarbeiterin seien kompetent, Aussagen über den Gesundheitszustand des Versicherten zu machen. Es lägen ärztliche Berichte vor, welche besagten, dass die Schizophrenie unter der Medikation vollständig remittiert sei. Andererseits seien beide Aussagen zu alt, als dass sie heute noch gelten würden (IV-act. 50)

E. 5.4

Während der Strafuntersuchung sowie des Straf- respektive Massnahmenvollzuges des Versicherten ergingen im Zeitraum von 2001 bis 2012 die nachfolgenden medizinischen Beurteilungen (vgl. Sachverhalt Bst. B.a).

E. 5.4.1

Im psychiatrischen Gutachten vom 15. November 2001 (IV-act. 1 S. 1-23) diagnostizierte Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine erhebliche Persönlichkeitsstörung des Versicherten mit auffälligen Charaktermerkmalen respektive einer Desintegration gewisser impuls- und triebhafter Anteile seiner Persönlichkeit. Dies zeige sich am auffälligsten im Bereich der Aggressionen (S. 14 des Gutachtens in IV-act. 1 S. 14). Er hielt fest, der Versicherte habe gerade in der mit der Haft einhergehenden Isolation ein sehr phantastisches Innenleben entwickelt, um mit der schwierigen Realität zurechtzukommen. Die histrionischen Charakterzüge zeigten sich durch einen sehr schlechten Realitätsbezug und die fortlaufende Konstruktion einer eigenen Scheinwelt (S. 15 des Gutachtens in IV-act. 1 S. 16). Hingegen verneinte er das Vorliegen einer eigentlichen Geisteskrankheit, zum Beispiel aus dem schizophrenen Formenkreis. Die produzierten Halluzinationen und Zwiegespräche über eine kurze Zeit (wenige Tage) seien nicht spezifisch genug für eine echte psychotisch-schizophrene Störung, sondern vielmehr im Rahmen einer histrionisch gefärbten Haftreaktion zu interpretieren (S. 16 des Gutachtens in IV-act. 1 S. 15).

E. 5.4.2

Im Ergänzungsgutachten vom 12. Juni 2003 (IV-act. 2; in den vorliegenden Akten lediglich in Auszügen sowie in gänzlich unsortierter Seitenreihenfolge vorhanden) stellte Dr. med. F. _____ - auf die entsprechende Rückfrage des Kreisgerichts C. _____ hin - fest, im Therapiebericht vom 29. Oktober 2002 sei eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie diagnostiziert worden. Hiernach habe der Versicherte seit dem 14. September 2001 Hinweise auf Wahnsymptome gezeigt, welche jedoch nicht so massiv ausgeprägt gewesen seien, dass sie sich störend im sozialen Raum der Gefängnisabteilung geäussert hätten. Unter Neuroleptikamedikation sei innert kurzer Zeit eine Vollremission der Beschwerden erreicht worden (S. 4 des Gutachtens in IV-act. 2 S. 2). Der zuständige Arzt des somatischen Arztdienstes der Strafanstalt W. _____ habe sodann in einem kurzen Bericht vom 21. Mai 2003 eine medikamentös (seit Februar 2002) substituierte Hypothyreose bei Status nach Thyreoiditis Hashimoto (anamnestisch ca. 1997) diagnostiziert. Laborkontrollen hätten bis heute (unter Substitution des Schilddrüsenhormones, Anm. Dr. med. F. _____) eine euthyreote Stoffwechsellage gezeigt (S. 6 des Gutachtens in IV-act. 2 S. 4). Schliesslich liege auf der Grundlage des Austrittsberichtes der Kantonalen Psychiatrischen Klinik R. _____ (Aufenthalt vom 28. November bis zum 18. Dezember

2002) die Diagnose des Verdachts auf eine paranoide Schizophrenie im Bereich des Möglichen. Allerdings seien die psychotischen und wahnhaften Symptome erst während der Belastung des Strafvollzuges aufgetreten und vor der Haft und insbesondere zum Zeitpunkt der Tat hätten keinerlei Hinweise auf eine solche Erkrankung bestanden. Es sei jedoch grundsätzlich denkbar, dass sich unter den sehr belastenden Bedingungen des geschlossenen Vollzuges eine schizophrene Störung zu manifestieren beginne. Ausser dem Wahn seien indessen keine weitere typische schizophrene Symptome (wie zum Beispiel Denk-, Abgrenzungs- und Körperfühlstörungen, verflachte inadäquate Affekte, Störungen des Gedankenflusses oder katatone Symptome) festzustellen. Dass der Versicherte auf hohe Dosen Neuroleptika mit Beruhigung seines gesamten psychischen Verhaltens reagiere und sich auch allfällige psychotische/angsterfüllte Zustände besserten, liege auf der Hand und sei nicht spezifisch. Hingegen würden gerade paranoide Schizophrenien auf Neuroleptika eher schlecht ansprechen, da es sich bei diesen um kognitive, meist recht differenzierte Abwehrstrategien des Kranken handle, was beim Versicherten gerade nicht der Fall sei (S. 8 des Gutachtens in IV-act. 1 S. 6). Das psychisch sehr auffällige Verhalten des Versicherten könne nach wie vor als eine histrionisch-paranoide Fehlverarbeitung (auf der Basis der schweren Persönlichkeitsstörung) interpretiert werden. Aufgrund der Persistenz der Symptome seit mehr als einem Jahr lasse sich jedoch der Verdacht auf eine sich unter der gegenwärtigen Belastung entwickelnde schizophrene Störung nicht von der Hand weisen. Eine definitive Diagnose könne jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt, unter Berücksichtigung des weiteren Verlaufs und der Entwicklung der psychischen Störung, gestellt werden (S. 11 des Gutachtens in IV-act. 1 S. 8).

E. 5.4.3

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten vom 28. Mai 2004 (IV-act. 3) hat Prof. Dr. med. H. _____, Klinischer Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik E. _____, in der durchgeführten körperlichen neurologischen Untersuchung keine pathologischen Befunde gefunden (S. 42 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 49). In somatischer Hinsicht gelte die im Jahr 2002 diagnostizierte Schilddrüsenentzündung, eine Autoimmunthyreoiditis nach Hashimoto, als "ausgebrannt", was bedeute, dass keine Entzündungsaktivität mehr festzustellen sei und eine lebenslange hormonelle Substitution - in Abhängigkeit der stattgehabten Gewebsschädigung und der Restproduktion körpereigener Schilddrüsenhormone - erfolgen sollte. Eine nennenswerte Beeinträchtigung des körperlichen oder psychischen Gesundheitszustandes ergebe sich im Falle einer noch ausreichenden körperabhängigen Produktion oder bei Substitution nicht. In psychischer Hinsicht seien beim Versicherten seit ungefähr vierzehn Jahren Verhaltensauffälligkeiten (drohendes und aggressives Verhalten, Trotzreaktionen, elterliche Erziehungsschwierigkeiten und geringe schulische Leistung) aktenkundig. Die Auseinandersetzung mit seiner eigenen Aggressivität bleibe mangelhaft; Schuldgefühle seien nicht zu erkennen (S. 43 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 48). Die Charakter- und Verhaltensauffälligkeiten erlaubten es, für den Tatzeitraum eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F91) zu diagnostizieren. Aktuell könne - trotz der Besonderheit der Haftsituation und des Auftretens einer Haftpsychose - die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit vorwiegend paranoiden (Neigung, Handlungen anderer als feindlich zu deuten), schizoiden (emotionale Kühle und flache Affektivität) und vor allem dissozialen Anteilen (mangelnde Empathie, niedrige Schwelle für aggressives Verhalten) gestellt werden (S. 44 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 50). Die in der Haft aufgetretenen Halluzinationen, das Auftreten von Wahnphänomenen, aber auch das rasche

Auftreten und rasche Abklingen der Symptomatik innerhalb weniger Wochen, liessen diese Haftreaktion als eine akute polymorph-psychotische Störung (ICD-10 F23.0) einordnen (S. 47 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 44). Das von dem behandelnden Psychiater beschriebene Symptombild sei jedoch keineswegs eindeutig einer Schizophrenie zuzuordnen: es seien nie deutliche und überdauernde Denkstörungen angegeben, beobachtet oder vermutet worden; ein lang andauerndes und ausgestaltetes, gar systematisiertes Wahnerleben lasse sich nicht erkennen; über Symptome einer Ich-Störung (Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung, Gefühl des Gemachten, Fremdbeeinflussung, Derealisation oder Depersonalisation) habe der Versicherte ebenso wenig berichtet. Das angegebene Stimmenhören habe nicht die Qualität dialogischer oder kommentierender Stimmen, wie sie bei einer Schizophrenie typisch sei, geschweige denn die Intensität, die beim Mangel anderer Symptome zu fordern wäre. Halluzinationen seien unter Haftbedingungen häufig anzutreffen (S. 48 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 47). Insgesamt lasse sich eine Schizophrenie-erkrankung aktuell nicht überzeugend und hinreichend belegen (S. 49 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 46; S. 50-53 sowie S. 56 ff. fehlen gänzlich in den vorinstanzlichen Akten).

E. 5.4.4

In dem Privatgutachten vom 14. September 2005 (IV-act. 4; in den vorliegenden Akten lediglich in Auszügen sowie in gänzlich unsortierter Seitenreihenfolge vorhanden) erklärte Dr. med. I. _____, der Ausschluss einer paranoiden Schizophrenie sei zweifellos nicht berechtigt. Bei der Würdigung aller beschriebenen Symptome sowie des psychotischen Krankheitsverlaufes sei entweder eine chronifizierende Haftpsychose oder eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie als Diagnose anzuerkennen (S. 6 f. des Gutachtens in IV-act. 4 S. 9 f.). Im Übrigen setzt sich das Gutachten - soweit in den vorinstanzlichen Akten enthalten - mit der Schuldfähigkeit des Versicherten im Tatzeitpunkt auseinander und ist daher für die vorliegende Beurteilung einer allfälligen Invalidität des Versicherten nicht von entscheidender Bedeutung.

E. 5.4.5

In dem Gutachten vom 21. April 2009 (IV-act. 5 S. 9 ff.; vollständig sowie in sortierter Seitenreihenfolge nachgereicht durch die Vorinstanz in BVGer-act. 25) stellte Dr. med. K. _____, Oberarzt, im Einverständnis mit Prof. Dr. med. X. _____, Leiter Forensische Psychiatrie, in psychiatrischer Hinsicht die nachfolgenden Diagnosen: eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit überwiegend dissozialen und impulsiven Anteilen (ICD-10 F61.0) und mehrere frühere überwiegend halluzinatorische psychotische Episoden, differenzialdiagnostisch im Rahmen o einer (unter Medikation gut remittierten) paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.05); o einer (chronifizierten) psychotischen Haftreaktion (ICD-10 F43.8) oder o einer Simulation (ICD-10 Z76.5). An der internistischen Diagnose einer abgelaufenen Hashimoto-Thyreoiditis (ICD-10 E06.3) hielt Dr. med. K. _____ fest (S. 50 des Gutachtens in IV-act. 5 S. 48): Insgesamt spreche Vieles (gravierende Verhaltensstörung nach Medikamentenunterbrüchen in der Strafanstalt W. _____, Berichte der Klinik R. _____) für das Vorliegen einer schizophrenen Störung. Die Diagnose der Schizophrenie könne jedoch nicht mit letzter Sicherheit gestellt werden (S. 61 des Gutachtens in IV-act. 5 S. 58). Das Vorliegen der kombinierten Persönlichkeitsstörung, nach der aktuellen Bewertung mit vorrangig dissozialen und impulsiven Anteilen, könne in Übereinstimmung mit allen Vorgutachten bestätigt werden. Ebenfalls seien die beim Versicherten mehrfach aufgetretenen psychotischen Phasen zu bestätigen. Retrospektiv

könne indessen nicht festgestellt werden, dass diesen zweifelsfrei eine chronische prozesshaft verlaufende schizophrene Störung zugrunde gelegen hätte und dass die Kriterien nach modernen psychiatrischen Klassifikationen wie ICD-10 oder DSM-IV-TR zweifelsfrei erfüllt wären. Die Schizophrenie sei damit als eine wahrscheinliche Verdachtsdiagnose einzuordnen (S. 62 des Gutachtens in IV-act. 5 S. 57).

E. 5.4.6

Daneben liegen in den vorinstanzlichen Akten sieben Seiten des insgesamt 15 Seiten umfassenden, wissenschaftlich begründeten forensisch-psychiatrischen Prognosegutachtens von Dr. med. L._____ vom 21. April 2009 (IV-act. 5 S. 3-8). Hiernach sei im Zeitpunkt der Verfassung des Gutachtens eine schon seit etwa Sommer 2000 bestehende Psychose zu diagnostizieren, wobei entweder eine paranoid halluzinatorische Schizophrenie oder eine sich chronifizierende Haftpsychose bestehe. Diese sei unter Neuroleptikabehandlung geheilt respektive deutlich gemindert, breche aber bei Absetzen der Medikation wieder aus (S. 14 des Gutachtens in IV-act. 5 S. 3). Die weiteren, in den vorinstanzlichen Akten befindlichen Seiten des Gutachtens enthalten keine für die vorliegende Beurteilung massgeblichen Informationen.

E. 5.4.7

Im Behandlungsbericht vom 28. Februar 2012 stellten Dres. med. M._____, Chefarzt, und Y._____, leitende Ärztin/stellvertretende Chefärztin der psychiatrischen Universitätsklinik E._____, die Diagnosen chronisch paranoide Schizophrenie, vollständig remittiert (ICD-10 F20.05); dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2) und Hypothyreose bei Status nach Hashimoto-Thyreoiditis (ICD-10 E03.9). Hinsichtlich der Psychopharmakotherapie sei es gelungen, unter der neuroleptischen Behandlung mit Clazapin 500 mg/d eine komplette Remission der schizophrenen Symptomatik zu erreichen. Ausserdem erhalte der Versicherte das Antidepressivum Venlafaxin 75 mg in einer relativ niedrigen Dosierung. Letzteres werde nach einer kritischen Überprüfung in den nächsten Wochen möglicherweise komplett abgesetzt. Die Substitution der Hypothyreose mit dem Schilddrüsenhormon Euthyrox 125 Mikrogramm pro Tag habe ebenfalls eine stabilisierende Wirkung auf die Psyche des Versicherten. Insgesamt sei die schizophrene Erkrankung unter der aktuellen Medikation sehr gut behandelt. Der Versicherte verfüge über ein hinreichendes Wissen über seine Erkrankung, sei medikamentencompliant und motiviert, die neuroleptische Behandlung langfristig, auch nach einer allfälligen Rückkehr in sein Heimatland Mazedonien, fortzusetzen (IV-act. 6).

E. 5.5

In den vorinstanzlichen Akten liegt ausserdem der - nicht-medizinisch begründete - Bericht über den Behandlungsverlauf (Bericht zur jährlichen Überprüfung) vom 25. März 2013 (IV-act. 24). In diesem führten P._____, Leiter soziale Integration, und Dr. phil. Q._____, Direktor O._____, aus, der Versicherte habe sich bezüglich seiner Schizophrenie unter der etablierten Psychopharmakotherapie durchgehend stabil und kompensiert gezeigt. Die effiziente Behandlung der Schizophrenie mittels Pharmakotherapie stelle den wesentlichen Eckpfeiler der mittel- bis langfristigen Deliktprävention dar (S. 17 des Berichtes in IV-act. 24 S. 16).

E. 5.6

Im Vorbescheidverfahren reichte der Beschwerdeführer acht verschiedene Medikamentenverordnungen von Dr. med. Z._____, Facharzt für Psychiatrie,

Krankenhaus T._____, von Dezember 2014 bis Dezember 2015 ein, welche als Diagnosen jeweils mehrheitlich die ICD-10 F20.0 (Schizophrenie), respektive davon abweichend die ICD-10 F20.3 (undifferenzierte Schizophrenie), F20.5 (schizophrenes Residuum), F20.9 (Schizophrenie, nicht näher bezeichnet) oder F21 (schizotype Störung) sowie (in einem Bericht zusätzlich) die ICD-10 E20 (Hypoparathyreoidismus) - aufführten (IV-act. 56-63). Keiner der Berichte enthält eine Begründung der Diagnose oder eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

E. 5.7

In seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2016 hielt Dr. med. S._____ fest, "der neu eingereichte Bericht (in mehrfacher Ausfertigung)" (recte: tatsächlich hat der Versicherte acht verschiedene Medikamentenverordnungen eingereicht) besage lediglich, dass eine Pharmakotherapie durchgeführt werde. Er hielt an seinen Stellungnahmen vom 2. November 2014 sowie vom 13. August 2015 fest (IV-act. 66).

E. 5.8

Mit der Beschwerdeschrift vom 17. August 2016 (BVGer-act. 1) reichte der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht die nachfolgenden beiden neuen medizinischen Berichte ein:

E. 5.8.1

Im Bericht vom 28. Juni 2016 stellte Dr. med. Z._____, Facharzt für Psychiatrie, die Diagnosen ICD-10 F20.5 (schizophrenes Residuum) und E03 (sonstige Hypothyreose). Der Versicherte werde seit drei Jahren regelmässig in der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses in T._____ wegen chronischer psychischer Erkrankung behandelt. Der Bericht enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten.

E. 5.8.2

Im Bericht (Vorschlag für eine medizinische Beurteilung) vom 1. Juli 2016 erklärte der behandelnde Arzt Dr. med. U._____, der Versicherte sei auf unbestimmte Zeit "arbeitslos wegen schlechtem Gesundheitszustand". Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er Schizophrenie (ICD-10 F20) und Hypothyreosis (ICD-10 E03) auf.

E. 5.8.3

Im Bericht vom 7. Dezember 2016 hielt Dr. med. S._____ des medizinischen Dienstes fest, die beiden neu eingereichten Dokumente brächten keine neuen Erkenntnisse und beschränkten sich auf die Behauptung einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Diagnose. Nachdem der Versicherte unter Medikation während Jahren im Gefängnis symptomfrei gewesen sei, gebe es keinen Grund daran zu zweifeln, dass es in Freiheit genauso sei (IV-act. 69).

E. 5.9

In der Replik vom 19. April 2017 (BVGer-act. 13) reichte der Beschwerdeführer dem Bundesverwaltungsgericht die nachfolgenden medizinischen Unterlagen ein.

E. 5.9.1

Gemäss dem Bericht von Dr. med. V._____, Facharzt Psychiatrie, Krankenhaus T._____, vom 20. März 2017, kommt der Versicherte aufgrund der Diagnose ICD-10

F20.5 (schizophrenes Residuum) regelmässig zur psychiatrischen Kontrolluntersuchung. Der psychologische Zustand sei unverändert. Der Versicherte nehme regelmässig die verordneten Medikamente ein. Er sei manchmal verbal und körperlich aggressiv gegenüber den Familienangehörigen. Der Versicherte sei immer noch nicht in der Lage, zu arbeiten. Eine weitere Untersuchung finde in zwei oder drei Monaten statt, wenn erforderlich, auch früher. Die Behandlung im Zentrum für psychische Gesundheit in (...) werde fortgesetzt. Der Versicherte nehme täglich Venlafaxine 75 mg (eine Tablette), Flurazepam 30 mg (eine Tablette), Promazine 100 mg (insgesamt zwei Tabletten) und Clozapine 100 mg (drei Tabletten) ein.

E. 5.9.2

Dr. med. V. _____ bestätigte im Bericht vom 21. März 2017 die Diagnose Schizophrenia residualis (ICD-10 F20.5). Der Versicherte nutze regelmässig die Dienste im Zentrum für psychische Gesundheit in (...) und erhalte regelmässig die vorgeschriebenen Medikamente. Im Zeitpunkt der Untersuchung sei er von gepflegtem Äusseren, entsprechender Psychomotorik, bewusst und in alle Richtungen orientiert. Das formale Denken sei leicht verlangsamt und es seien nicht-systematisierte paranoide Ideen vorhanden. Der Affekt sei leicht abgeflacht. Es bestehe kein Wahn. Der Versicherte verneine auditorische oder perzeptive Sinnestäuschungen. Er arbeite mit dem Personal im Zentrum zusammen, akzeptiere die Behandlung und komme regelmässig zur Untersuchung beim Facharzt für Psychiatrie. Aufgrund der Krankheit sei der Versicherte arbeitsunfähig.

E. 5.10

In der Stellungnahme vom 3. Juni 2017 hielt Dr. med. S. _____ des medizinischen Dienstes fest, die neu eingegangenen Berichte von Dr. med. V. _____ seien infolge ihrer mangelnden Qualität und Aussagekraft nicht als Grundlage geeignet, auf eine Arbeitsunfähigkeit zu schliessen. Aufgrund der Berichte sei das Bewusstsein ungestört und die Orientierung erhalten. Das formale Denken sei leicht verlangsamt und es seien nicht-systematisierte paranoide Ideen vorhanden. Der Affekt sei leicht abgeflacht. Es bestehe kein Wahn. Dieser Psychostatus sei keineswegs derart pathologisch, dass von einer die Arbeitsfähigkeit einschränkenden psychiatrischen Störung ausgegangen werden müsste (Beilage zu BVGer-act. 17).

E. 6

Der medizinische Dienst der IVSTA hat in seiner Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit des Versicherten offenbar im Wesentlichen auf den Behandlungsbericht der Dres. med. M. _____ und Y. _____ vom 28. Februar 2012 abgestellt, wonach die beim Versicherten diagnostizierte chronisch paranoide Schizophrenie unter entsprechender Medikation vollständig remittiert sei (E. 5.3.7). Dieser Bericht war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bereits über vier Jahre alt. Der in Mazedonien lebende Beschwerdeführer hat im Beschwerdeverfahren neuere Berichte seiner ihn behandelnden mazedonischen Ärzte eingereicht. Diese besagen, dass der Beschwerdeführer auch nach respektive trotz der Behandlung seiner Schizophrenie arbeitsunfähig geblieben sei (vgl. Bericht vom 1. Juli 2017 in E. 5.7.1 sowie Berichte vom 20. und 21. März 2017 in E. 5.7.1 f.). Die mazedonischen Ärzte stellten hierbei die Diagnose schizophrenes Residuum (ICD-10 F20.5). Dies impliziert, dass nicht die (medikamentös behandelte) Schizophrenie für die von den mazedonischen Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit verantwortlich sei, sondern die Folgen der behandelten

Schizophrenie. Mit diesem Umstand hat sich der medizinische Dienst der Vorinstanz nicht auseinandergesetzt.

E. 6.1

In den vorliegenden Unterlagen fehlt sodann eine Überprüfung der möglichen Auswirkungen der in den Medizinalakten einheitlich gestellten Diagnose Hypothyreose bei Status nach Hashimoto-Thyreoiditis (ICD-10 E03.9) auf den - in den vorliegenden Akten unterschiedlich beurteilten - psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Es ist medizinisch anerkannt, dass eine Hypothyreose unter anderem Müdigkeit, depressive Verstimmungen, oder sogar - zum Beispiel infolge unzureichender Behandlung - Halluzinationen als Symptome zur Folge haben kann. Es ist damit nicht auszuschliessen, dass die Beeinträchtigungen in somatischer Hinsicht jene in psychischer Hinsicht beeinflussen. Eine solche Gesamtwürdigung der psychischen sowie somatischen Befunde (interdisziplinäre Begutachtung) fehlt in den vorliegenden medizinischen Akten.

E. 6.2

Die Kurzberichte aus Mazedonien reichen nicht aus, um den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im aktuellen Zeitpunkt zu klären. Die verschiedenen, während der Strafuntersuchung sowie des Straf- respektive Massnahmenvollzuges des Beschwerdeführers eingeholten Gutachten sind demgegenüber zu alt, um Jahre später noch eine verlässliche Grundlage für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu bilden. Überdies ist den vorliegenden psychiatrischen Gutachten keine widerspruchsfrei übereinstimmende Diagnose zu entnehmen. Aufgrund dieser Ausgangslage drängt sich vorliegend die Einholung einer umfassenden interdisziplinären Begutachtung des Versicherten auf, wobei namentlich Experten in den Fachdisziplinen Psychiatrie/Psychotherapie und Endokrinologie (betreffend die diagnostizierte Hypothyreose bei Status nach Hashimoto-Thyreoiditis, ICD-10: E03.9) beizuziehen sind. Ob noch weitere Gutachter beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen (vgl. Urteil des BGer vom 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

E. 6.3

Das Bundesgericht hat mit BGE 143 V 409 (vom 30. November 2017) die Anwendung des strukturierten, indikatorengeliteten Beweisverfahrens (vgl. hierzu BGE 141 V 281) grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen ausgedehnt. Präzisierend hielt es in BGE 143 V 418 (ebenfalls vom 30. November 2017) fest, dass sich Störungsbilder wie zum Beispiel Schizophrenie aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen liessen. Hierbei zeige sich die Beweisproblematik, wenn überhaupt, vor allem bezüglich der funktionellen Auswirkungen. Ob deshalb ein strukturiertes Beweisverfahren entbehrlich bleibe, bedürfe stets einer einzelfallweisen Beurteilung aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik. Diese einzelfallweise Beurteilung wird vorliegend von den mit der einzuholenden psychiatrischen Begutachtung zu betrauenden Fachpersonen vorzunehmen sein.

E. 6.4

Unter diesen Umständen erscheint es als angezeigt, die umfassende interdisziplinäre Begutachtung, insbesondere in den Fachbereichen Psychiatrie/Psychotherapie und Endokrinologie (sowie gegebenenfalls nach pflichtgemässen Ermessen der Gutachter

weiterer Fachrichtungen), in der Schweiz durchführen zu lassen, wo die psychiatrischen Fachgutachterinnen und Fachgutachter mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin sowie insbesondere mit den Anforderungen des indikatorenorientierten Abklärungsverfahrens (als Grundlage für das strukturierte Beweisverfahren) vertraut sind (vgl. Urteil des BVGer C-3905/2016 vom 20. Oktober 2017 E. 5.2). Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt. Es sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Wie die Rechtsvertreterin im Einwand vom 30. Januar 2015 (IV-act. 48) ausführte, bestehe für den Versicherten zwar eine Einreisesperre in die Schweiz. Es werde jedoch möglich sein, für eine medizinische Abklärung eine Einreiseerlaubnis zu erwirken (vgl. Sachverhalt Bst. B.f).

E. 6.5

Im vorinstanzlichen Abklärungsverfahren hat die Vorinstanz mit Schreiben vom 7. Oktober 2013 beim Beschwerdeführer die Fragebögen für den Versicherten sowie den im Haushalt tätigen Versicherten eingeholt (IV-act. 32). Mit Anfrage vom 30. Januar 2014 bat die Sektion Leistungsgesuche II der Vorinstanz den Psychiater des medizinischen Dienstes, die spezifische Methode anzuwenden, da der Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte vom Rechtsvertreter ausgefüllt worden sei (IV-act. 40). In der Stellungnahme vom 2. November 2014 äusserte sich Dr. med. S. _____ des medizinischen Dienstes lediglich zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit, nicht jedoch zur Arbeitsfähigkeit für Arbeiten im Haushalt (IV-act. 43). Mit Vorbescheid vom 18. November 2014 begründete die Vorinstanz demgegenüber die in Aussicht gestellte Abweisung des Leistungsbegehrens damit, dass dem Beschwerdeführer trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigung die Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich immer noch in rentenausschliessender Weise zumutbar sei (IV-act. 44). Dies bestätigte sie in der angefochtenen Verfügung (IV-act. 67). Die Vorinstanz ging damit vorliegend offenbar von der spezifischen Methode aus. Eine entsprechende Begründung lässt sich den vorliegenden Akten indessen nicht entnehmen. Für die Festlegung des Status des Versicherten ist seine individuelle Situation (Schule abgebrochen, kein Berufsabschluss, langjähriger Straf- respektive Massnahmenvollzug, während welches er weder einer beruflichen oder vergleichbaren Tätigkeit nachgehen noch den eigenen Haushalt machen konnte/musste) eingehend zu würdigen. Mangels entsprechender Begründung ist davon auszugehen, dass die Vorinstanz den Status des Beschwerdeführers nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Sie wird diesen daher im Rahmen der erneuten Beurteilung im Detail abzuklären, festzulegen sowie einlässlich zu begründen haben.

E. 7

Zusammenfassend fehlt in den vorliegenden Akten eine aktuelle sowie rechtlich genügende Beurteilung (namentlich in den Fachdisziplinen Psychiatrie/Psychotherapie und Endokrinologie) des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie eine rechtsgenügende Festlegung des Status des Beschwerdeführers. Damit hat die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG).

E. 7.1

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung hat das Gericht, das den Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet, die Wahl, die Sache zur weiteren Beweiserhebung an die Verwaltung zurückzuweisen oder selber die nötigen Instruktionen vorzunehmen. Bei festgestellter Abklärungsbedürftigkeit verletzt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung als solche weder den Untersuchungsgrundsatz noch das Gebot eines einfachen und raschen Verfahrens. Anders verhielte es sich nur dann, wenn die Rückweisung an die Verwaltung einer Verweigerung des gerichtlichen Rechtsschutzes gleichkäme (beispielsweise dann, wenn auf Grund besonderer Gegebenheiten nur ein Gerichtsgutachten beziehungsweise andere gerichtliche Beweismassnahmen geeignet wären, zur Abklärung des Sachverhalts beizutragen, vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4), oder wenn die Rückweisung nach den konkreten Umständen als unverhältnismässig bezeichnet werden müsste (BGE 122 V 163 E. 1d; vgl. zum Ganzen: Urteil des BVGer C-1767/2015 vom 7. Februar 2017 E. 4.5).

E. 7.2

Nachdem vorliegend eine eingehende, interdisziplinäre Beurteilung des psychischen und somatischen Gesundheitszustandes sowie darauf basierend der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, wie auch eine rechtsgenügeliche Festlegung des Status des Beschwerdeführers, fehlt, erscheint nach dem Gesagten eine Rückweisung an die Vorinstanz gerechtfertigt - dies auch unter dem Gesichtspunkt, dass damit dem Beschwerdeführer der doppelte Instanzenzug gewahrt bleibt (vgl. BGE 137 V 210, E. 3.4). Die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2016 ist daher aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese eine interdisziplinäre Begutachtung, namentlich in den Fachbereichen Psychiatrie/Psychotherapie und Endokrinologie, in der Schweiz einhole, den Status des Beschwerdeführers rechtsgenügelich bestimme, und anschliessend neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verfüge. Ob noch weitere Gutachter beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen (vgl. E. 6.2 letzter Satz).

E. 8.1

Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Das von ihm gestellte Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege vom 20. September 2016 (vgl. Sachverhalt Bst. D) ist daher als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

E. 8.2

Der obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung (Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.n. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ([VGKE, SR 173.320.2]). Da er keine Kostennote eingereicht hat, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Verfahrens sowie in Anbetracht der in vergleichbaren Fällen gesprochenen Entschädigungen ist eine Parteientschädigung von Fr. 2800.- (inkl. Auslagen) gerechtfertigt (Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

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