

BVGer C-5619/2016 vom 19. Februar 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-02-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5619_2016

FR: TAF C-5619/2016 du 19 février 2020

IT: TAF C-5619/2016 del 19 febbraio 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht beurteilt gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG (SR 172.021), sofern eine Vorinstanz gemäss Art. 33 VGG entschieden hat und keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Im Streit liegt die Verfügung der IVSTA vom 18. Juli 2016; die IVSTA ist Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]), eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist für die Beurteilung der Beschwerde zuständig.

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Ebenfalls keine Anwendung findet das VwVG soweit das ATSG (SR 830.1) anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Dies ist für die Invalidenversicherung (Art. 1a-26bis und 28-70 IVG) der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich vom ATSG abweicht (Art. 1 Abs. 1 IVG).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen, sein Leistungsbegehren abweisenden Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Er ist im Sinne von Art. 59 ATSG zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.4

Die Beschwerde erfolgte frist- und formgerecht (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 4 Bst. b ATSG und Art. 52 i.V.m. Art. 22a Abs. 1 Bst. b VwVG). Der Gerichtskostenvorschuss wurde innert der angesetzten Frist geleistet (Art. 63 Abs. 4 VwVG i.V.m. Art. 69 Abs. 1bis und Abs. 2 IVG). Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2.1

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

E. 2.2

Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung auf die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung (hier: 18. Juli 2016)

entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 3

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger und in Deutschland wohnhaft. Folglich sind das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die Verordnungen gemäss Anhang II des FZA anwendbar. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit - wie vorliegend - weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4 und Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 4

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 4.1

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG, vgl. auch E. 2.5 hiernach) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, d.h. während mindestens dreier Jahre (Art. 36 Abs. 1 IVG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Diese Bedingungen müssen kumulativ gegeben sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist. Der Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren AHV/IV-Beiträge geleistet (vgl. A.a. hiervor), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung erfüllt ist.

E. 4.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 4.3

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. 4.4

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen (Viertelsrenten), nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben; diese Bestimmung ist im Anwendungsbereich des FZA jedoch nicht anwendbar (BGE 130 V 253 E. 2.3).

E. 4.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2).

E. 4.5.1

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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Berichte (vgl. dazu das Urteil des EVG I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3.a).

E. 4.5.2

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 medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 4.5.3

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2, 1999 KV Nr. 22 E. 3b; AHI 2001 S. 115 E. 3b ee).

E. 4.5.4

Versicherungsexterne Gutachten haben vollen Beweiswert, wenn sie den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen und nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465; 125 V 351 E. 3b/bb). Werden solche Expertisen demnach durch anerkannte Spezialärzte aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet und gelangen diese Arztpersonen bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen, so kommt diesen Gutachten volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 122 V 157 E. 1 c; 104 V 209 E. c; vgl. auch Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25, Rz. 1721).

E. 4.5.5

Bei einem polydisziplinären Gutachten einer MEDAS-Stelle handelt es sich um ein versicherungsexternes Gutachten (BGE 132 V 376 E. 6.2; Müller, a.a.O., 2010, § 25, Rz. 1725). Wie erwähnt haben sie dann vollen Beweiswert, wenn sie die allgemeinen Anforderungen erfüllen und nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen. Der Umstand einer allfälligen wirtschaftlichen Abhängigkeit von MEDAS-Ärzten lässt für sich alleine betrachtet indessen nicht auf mangelnde Objektivität oder Voreingenommenheit schliessen (BGE 132 V 376 E. 6.2 S. 381 f.; 123 V 175 E. 4b S. 179; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 69, 9C_67/2007 E. 2.4; vgl. auch Urteil 9C_304/2010 vom 12. Mai 2010 E. 2.2).

E. 4.5.6

Auf Berichte des regionalärztlichen Dienstes (RAD) kann ebenfalls nur abgestellt werden, sofern sie den beweisrechtlichen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; 125 V 351 E. 3b/ee). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7). Die Ärzte des RAD müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist jedoch, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Das Fehlen eigener Untersuchungen vermag daher einen RAD-Bericht für sich alleine nicht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung der erwerblichen Folgen eines bereits feststehenden medizinischen

Sachverhaltes geht, folglich die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2; 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1, je m. w. H.).

E. 4.5.7

Bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen kann auch auf die formalisierte Berichterstattung durch behandelnde Ärzte sowie Spitäler abgestellt werden, da auch diese der freien Beweiswürdigung unterliegen. Sind daher keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes zu erschüttern vermögen, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärzte einer Universitätsklinik ausser Acht zu lassen (unveröffentlichtes Urteil des EVG [heute: BGer] I 498/89 vom 19. April 1990; Müller, a.a.O., § 25, Rz. 1741, 1747 m. w. H.). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht aber der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt nicht nur für die allgemein praktizierenden Hausärzte, sondern auch für die behandelnden Spezialärzte (vgl. z.B. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m. H.).

E. 4.6

Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.).

E. 5.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass aufgrund der psychischen und körperlichen Symptomatik von einer weit überwiegenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist und dies zur Zuspreehung einer ganzen IV-Rente führen muss (BVGer-act. 1, S. 9). Hierzu beruft er sich insbesondere auf die psychiatrischen Gutachten von Dr. U._____ (IVSTA-act. 86 und 96) sowie Dr. O._____ und widerspricht damit gleichzeitig den psychiatrischen Befunden des T._____ -Gutachtens (IVSTA-act 101; Beschwerde S. 6). Die Vorinstanz geht zwar ebenfalls von einer depressiven Störung aus, qualifiziert diese im Unterschied zum Beschwerdeführer jedoch als leicht bis mittelgradig (F33.0/33.1; IVSTA-act. 119, S. 5) und sieht dies als in Übereinstimmung mit den eingereichten medizinischen Akten, da unterschiedliche Intensitätszustände üblich seien (IVSTA-act. 101, S. 16).

E. 5.1.1

Die Vorinstanz begründet den festgestellten Schweregrad damit, dass das Antriebsdefizit pharmakologisch noch etwas verbessert und die Verbitterungsproblematik therapeutisch bearbeitet werden könne. Zum einen sei die bisherige psychopharmakologische Medikation nicht ausreichend gewesen (IVSTA-act. 50, S. 12) und zum anderen fehlt es an der Einsicht des Beschwerdeführers in die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung (IVSTA-act. 50, S. 14). Die Depression schränkt die Arbeitsfähigkeit nach Ansicht der Vorinstanz somit nicht in rentenbegründendem Ausmass ein (IVSTA-act. 119, S. 5).

E. 5.1.2

Diese Vorbringen werden vom Beschwerdeführer bestritten, da er die unzureichende psychopharmakologische Medikation auf eine allergische Reaktion zurückführt (Beilage 4 zur Beschwerde, S. 5; Beschwerde, S. 8). Der behandelnde Arzt Dr. U._____ hatte infolgedessen die Medikation angepasst und ein verträgliches Antidepressivum verschrieben (IVSTA-act. 64, S. 1; IVSTA-act. 86, S. 2), ohne dass dies zu einer Verbesserung geführt hätte (IVSTA-act. 96, S. 2).

E. 5.1.3

Die mangelnde Einsicht in die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung ist nach Ansicht des Beschwerdeführers hingegen Teil der Erkrankung (Beschwerde, S. 7). Er bezieht sich dabei auf dasselbe Gutachten von Dr. O._____ wie die Vorinstanz (IVSTA-act. 50, S. 14).

E. 5.2

Die beim Beschwerdeführer diagnostizierte depressive Störung kann nach Ansicht der Vorinstanz zudem durch eine psychosoziale Belastung erklärt werden (BVGer-act. 119, S. 5). Demzufolge handle es sich nicht um eine invalidisierende Störung. Dem widerspricht der Beschwerdeführer, indem er aufführt, dass es sich bei seiner depressiven Störung um eine verselbständigte psychische Störung handelt (Beschwerde, S. 7), so dass sie als invalidisierend gelten kann (Beschwerde, S. 6).

E. 5.3

In körperlicher Hinsicht argumentiert der Beschwerdeführer, dass ihm infolge der Operation aufgrund seiner ausgeprägten Spinalkanalstenose in Höhe LWK 3/4 und LWK 4/5 von den operierenden Ärzten attestiert wurde, dass er nicht mehr als drei Stunden pro Tag körperlicher Arbeit nachgehen kann (Beilage 6 zur Beschwerde). Diese Einschränkung findet in der ablehnenden Verfügung vom 18. Juli 2016 keine Erwähnung (IVSTA-act. 119, S. 4 ff.), da das T._____ -Gutachten hierzu keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festhielt (IVSTA-act. 101, S. 19).

E. 6

Nachfolgend werden zunächst die medizinischen Akten betreffend den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und den daraus resultierenden Leistungseinschränkungen zusammenfassend dargestellt.

E. 6.1

In somatischer Hinsicht ist lediglich die Einschätzung zur Arbeitsunfähigkeit infolge von Rückenbeschwerden umstritten, weswegen auf die weiteren somatischen Beschwerden nicht weiter eingegangen werden muss, zumal keine Hinweise für weitere massgebliche somatische Beschwerden ersichtlich sind. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich hierzu im Wesentlichen wie folgt:

E. 6.1.1

Den Akten kann entnommen werden, dass am 30. September 2014 im Rahmen eines MRT eine Spinalstenose L3/4 diagnostiziert wurde. Gemäss des behandelnden Dr. R._____ resultiert aus einer medialen Bandscheibenprotrusion sowie einer spondylarthrotisch bedingten Hypoplasie der Ligamenta flava eine höhergradige segmentale Spinalkanalstenose (IVSTA-act. 72, S. 4).

E. 6.1.2

Die von Dr. R. _____ vorgeschlagene mikrochirurgische Dekompression fand am 17. Juni 2015 komplikationslos statt. Nach Aussagen der behandelnden Ärzte hatte sich die Beschwerdesymptomatik postoperativ deutlich gebessert (IVSTA-act. 94, S. 3).

E. 6.1.3

Dr. V. _____ kommt in seinem Bericht vom 1. Oktober 2015 zum Schluss, dass sich bei L3/4 eine kleine mediale Diskusprotusion findet, jedoch ohne Hinweis auf eine foraminale oder rezessale Nervenwurzelaffektion. Seiner Ansicht nach liegt keine Beugung des Spinalkanals vor, sondern es zeigt sich ein regulärer postoperativer Status (IVSTA-act. 93, S. 3).

E. 6.1.4

Das T. _____-Gutachten vom 9. Februar 2016 stützt sich namentlich auf den medizinischen Bericht von Dr. V. _____. Die Gutachter halten hierbei fest (IVSTA-act. 101, S. 19): "Leichtgradige, breitbasige Diskusprotusion LWK3/4 und LWK5/SWK1 ohne Hinweis für Neurokompression. Regelrechte Weite des Spinalkanals. Keine relevante Veränderung an den Fazettengelenken. Status nach Hemilaminektomie LWK 3/4 rechts. Iliosakralgelenke regelrecht." Die T. _____-Gutachter stellten fest, dass auf radiologischer Ebene regelrechte Verhältnisse an Lendenwirbelsäule und Iliosakralgelenken bestehen, so dass in Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet werden kann (IVSTA-act. 101, S. 20). Aus diesem Grund wird in der Schlussfolgerung des T. _____-Gutachtens festgehalten, dass eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere Verrichtungen besteht (IVSTA-act. 101, S. 20). Dennoch hält die RAD-Ärztin Dr. S. _____ fest, dass sich auf der orthopädischen Ebene die vom Beschwerdeführer beklagten lumbalen Beschwerden keinesfalls vollständig durch die klinischen und radiologischen Befunde begründen lassen (IVSTA-act. 102, S. 3).

E. 6.1.5

Im Nachgang zum T. _____-Gutachten vom 9. Februar 2016 fand am 1. September 2016 eine Operation betreffend die ausgeprägte Spinalkanalstenose in Höhe LWK3/4 und LWK4/5 statt. Dr. W. _____ stellte darauf am 6. September 2016 fest, dass es dem Beschwerdeführer nicht möglich sei, mehr als drei Stunden pro Tag körperlich belastende Arbeit zu erledigen (Beilage 6 zur Beschwerde).

E. 6.2

In psychiatrischer Hinsicht präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

E. 6.2.1

Vom 31. Oktober 2013 bis zum 5. Dezember 2013 war der Beschwerdeführer in der Klinik X. _____ für Psychiatrie in (...) hospitalisiert. Dort wurden ihm eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine mittelgradige Episode diagnostiziert (F32.1; IVSTA-act. 61, S. 3 und 6.). Der Beschwerdeführer wurde als arbeitsfähig eingeschätzt, was diesen krisenhaft destabilisierte (S. 8).

E. 6.2.2

Am 10. März 2014 wurde zuhanden der Visana Versicherungen ein bidisziplinäres Gutachten erstellt (IVSTA-act. 9.1). Durch den Psychiater med. pract. H._____ wurde eine partiell remittierte mittelgradige depressive Episode (F32.1) diagnostiziert (S. 25). Aus psychiatrischer Sicht wurde ihm attestiert, dass er unter einer leitliniengerechten Therapie spätestens per Ende März 2014 eine 50%-Arbeitstätigkeit aufnehmen könnte und per Ende April 2014 eine 100%-Arbeitstätigkeit in der bisherigen und in anderen Tätigkeiten (S. 31).

E. 6.2.3

Der Hausarzt Dr. K._____ stellte in seinem Arztbericht zuhanden der IV-Stelle C._____ am 8. Mai 2014 folgende Diagnosen: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F32.1), mittelgradige depressive Episode, Wirbelsäulensyndrom, Gonarthrose, Schwindel, Tinnitus und chronische Schmerzen. Somit bestünde eine 100%-Arbeitsunfähigkeit seit dem 16. September 2013 in angestammten und verwiesenen Tätigkeiten (IVSTA-act. 17, S. 3).

E. 6.2.4

Der Bericht von Dr. M._____ (Psychologe) vom 20. Juni 2014 zuhanden der IV-Stelle C._____ hält fest, dass der Beschwerdeführer depressive Symptome vorweist sowie unter einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leidet (F32.1 und F45.41). Zur Arbeitsunfähigkeit hat er sich nicht geäußert (IVSTA-act. 26).

E. 6.2.5

Die Deutsche Rentenversicherung N._____ erhielt zur Beurteilung des (deutschen) Rentenanspruchs von Dr. O._____ ein Gutachten per 7. August 2014. In diesem stellt sie folgende Diagnosen: "Funktionell mittelgradig agitiert-depressiv-somatisierendes Syndrom im Rahmen einer Depression mit psychosozialen Zuflüssen (F32.1 und Z73), Wirbelsäulenbeschwerden ohne radikuläre Ausfälle, Status nach Teilamputation und Versteifung linker Mittelfinger, PAVK III und Schwindel unklarer Genese." Sie beurteilte, dass die Arbeitsfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit unter drei Stunden betragen würde (IVSTA-act. 50, S. 7 ff.).

E. 6.2.6

Im Verlaufsbericht von Dr. K._____ zuhanden der IV-Stelle C._____ wurde am 16. August 2014 festgehalten, dass der Gesundheitszustand bei unveränderten Diagnosen stationär wäre (IVSTA-act. 40, S. 1).

E. 6.2.7

Der Psychiater Dr. Y._____ stellt im Bericht vom 8. Oktober 2014 die Diagnose einer gegenwärtig leichten Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (dies entspricht F33.0; IVSTA-act. 61, S. 2).

E. 6.2.8

Der Psychiater Dr. U._____ stellt in seinem Bericht vom 2. März 2015 die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode (F32.1; IVSTA-act. 61, S. 1). Im Bericht vom 3. August 2015 erweitert er diese Diagnose um DD Angst und Depression gemischt (F32.1 und F41.2; IVSTA-act. 86, S. 2).

E. 6.2.9

In einem zweiten Gutachten zugunsten der Deutschen Rentenversicherung N. _____ vom 3. Juni 2015 hielt Frau Dr. O. _____ fest, dass der Beschwerdeführer unter einem funktionell hochgradig depressiv-somatisierendem Syndrom im Rahmen einer chronifizierten Depression leidet (F32.2). Die bereits am 7. August 2014 festgehaltenen weiteren Beschwerden bleiben bestehen, wobei neu noch ein Schlafapnoe-Syndrom (G47.3) diagnostiziert wurde. Sie verbleibt bei ihrer Einschätzung, dass die Arbeitsfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeit unter drei Stunden betragen würde (Beilage 4 zur Beschwerde, S. 5). Im Unterschied zu ihrem ersten Gutachten beobachtete sie eine Verschlechterung hinsichtlich der äusseren Erscheinung des Beschwerdeführers, jedoch punktuelle Verbesserungen im psychopathologischen Befund. Die Ärztin kam zum Schluss, dass die komplexe schlafbezogene Störung die Depression akzentuieren könne und es sich letztlich beim Beschwerdeführer um einen gebrochenen Mann handle. Im Zusammenhang mit den gescheiterten Behandlungsbemühungen diagnostizierte sie deswegen neu sein Leiden als F32.2 (chronifizierten Depression) statt F32.1 (mittelgradig depressiven Episode).

E. 6.2.10

Das psychiatrische T. _____-Gutachten erfolgte am 9. Februar 2016 unter Beachtung der Rechtsprechung von BGE 143 V 418 (gemäss Auftrag der Vorinstanz vom 21. Oktober 2015, IVSTA-act. 95, S. 1), wonach sämtliche psychischen Erkrankungen, so auch depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen und die funktionellen Folgen sämtlicher psychischer Befunde anhand des strukturierten Beweisverfahrens gesamthaft zu beurteilen waren. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung wurde eine rezidivierende depressive Störung festgestellt, wobei es sich gegenwärtig um eine leichte bis mittelgradige Episode handelte (F33.0/33.1). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, diese liege in der bisherigen Tätigkeit bei 70%, da der Beschwerdeführer unter einem verminderten Antrieb, Schlafstörung sowie sexuelle und allgemeine Lustlosigkeit leidet. Die angepasste Tätigkeit in Form einer leichten und rückschonenden Tätigkeit wäre um 20% eingeschränkt (IVSTA-act. 101, S. 16).

E. 6.2.11

Frau Dr. S. _____ vom RAD würdigte am 18. Februar 2016 das T. _____-Gutachten und hielt in psychiatrischer Sicht fest, der Beschwerdeführer leide unter einer leichten bis mittelschweren Symptomatik im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung, welche seit September 2013 bestehe. Sie ging zudem davon aus, dass die Rückenbeschwerden des Versicherten ein somatisierter Ausdruck der depressiven Störung seien (IVSTA-act. 102, S. 4).

E. 6.2.12

Im Nachgang an das T. _____-Gutachten hielt Dr. U. _____ am 21. April 2016 fest, dass der Beschwerdeführer unter einer mittelgradig bis schweren depressiven Episode (F32.2) sowie DD Angst und Depression gemischt (F41.2) leide. Dies hänge namentlich mit dem ablehnenden Bescheid der Vorinstanz zusammen, welche den Beschwerdeführer absolut schockiert habe und ihn verzweifeln lasse (IVSTA-act. 110, S. 1). Infolge der Einwände des Beschwerdeführers gegen den Vorbescheid und im Zusammenhang mit dem neuen Bericht von Dr. U. _____ sowie des vorbestehenden Gutachtens von Dr. O. _____ bat die Vorinstanz das T. _____ um eine Stellungnahme (IVSTA-act. 113, S.

1). Dieses hielt fest, dass die von Dr. U._____ diagnostizierte Zustandsverschlechterung nicht der psychischen Grundstörung zugerechnet werden kann, da es sich um eine häufig zu beobachtbare Reaktion auf einen ablehnenden Entscheid handelt. Desweiteren sei der von Dr. U._____ festgehaltene psychopathologische Befund mit der Grunddiagnose vereinbar, da die affektive Schwingungsfähigkeit erhalten ist und keine Suizidimpulse beschrieben werden (IVSTA-act. 114, S. 1). Hinsichtlich des Gutachtens von Dr. O._____ hielt das T._____ fest, dass in ihrem Gutachten gar keine schwerwiegenden depressiven Symptome beschrieben würden, sondern eine mässiggradige Symptomatik. Demnach bestünde eine nicht nachvollziehbare Diskrepanz zwischen den geschilderten Befunden und dem Schweregrad der Diagnose (IVSTA-act. 114, S.1). Auf die von Dr. O._____ diagnostizierte komplexe schlafbezogene Störung, welche die Depression akzentuieren könne (Beilage 4 zur Beschwerde, S. 5), gingen die T._____ -Gutachter in ihrer Stellungnahme nicht ein, obwohl diese der massgebende Unterschied zum 1. Gutachten von Dr. O._____ darstellte (IVSTA-act. 50, S. 7 ff.). Dieses Gutachten von Dr. O._____ widerspricht jedoch den Feststellungen des T._____ -Gutachtens, welches aufgrund der Daten aus dem CPAP-Gerätespeicher sowie der nächtlichen Pulsoxymetrie vom 15. Dezember 2015 von guten Resultaten ausging (IVSTA-act. 101, S. 32). Da die Behandlung am 23. Februar 2015 startete, ist sie zeitlich vor das zweite Gutachten von Dr. O._____ zu setzen und als ihr bekannt vorauszusetzen. Die Stellungnahme der T._____ -Gutachter vom 31. Mai 2016, wonach lediglich von einer mittelschweren Depression auszugehen ist, ist somit nachvollziehbar. Dies gilt umso mehr, als die diagnostizierten Schlafschwierigkeiten behandelbar sind und diese Behandlung vom Beschwerdeführer selbständig reduziert wurde (IVSTA-act. 101, S. 32).

E. 7

Basierend auf der der Vorinstanz vorliegenden Informationslage zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung bestand aus somatischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere Verrichtungen. Dies umfasste die orthopädische, angiologische (mit Hinweis auf die Gefäss-Risikofaktoren), ORL (mit Hinweis auf eine rechts akzentuierte Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit), pneumologischer (mit Hinweis auf die vom Beschwerdeführer nachgelassene CPAP-Therapie) sowie neurologische Sicht (IVSTA-act. 101, S. 36).

E. 7.1

Die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Spinalkanalstenose in Höhe LWK 3/4 und LWK 4/5 (Beschwerde, S. 8) war zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung "regelrecht" (IVSTA-act. 101, S. 19). Diese medizinische Einschätzung stand in Übereinstimmung mit den vorangehenden Berichten zu ebendiesem Aspekt, weswegen die IVSTA von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere Verrichtungen auch aus orthopädischer Sicht ausgehen konnte.

E. 7.2

Der vom Beschwerdeführer vorgelegte medizinische Bericht, welcher eine Arbeitsunfähigkeit ab 3 Stunden täglich angibt, war Teil der Beschwerdeschrift, datierte aber nachgängig zur Verfügung (Beilage 6 zur Beschwerde). In Ermangelung detaillierter Angaben von Dr. W._____, welcher ebendiesen eine Seite umfassenden Bericht verfasste, ist es nicht möglich, festzustellen, ob diese gesundheitliche Beeinträchtigung bereits vorbestehend und somit Teil des der Beschwerde unterworfenen Sachverhalts ist

oder lediglich eine andere Darstellung des Gesundheitszustandes darstellt. Nach ständiger Rechtsprechung beschränkt sich die Prüfung letztlich auf diejenigen Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verwaltungsverfügung (hier: 18. Juli 2016) entwickelt haben (vgl. Urteil des BGer 8C_489/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2 m.H. auf BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). Alternativ dazu könnte die Gesundheitsverschlechterung zeitlich auch erst nach der Verfügung aufgetreten sein und insoweit für die Beurteilung der Beschwerde nicht massgeblich sein, aber allfällig einen Revisionsgrund darstellen (siehe hierzu BVGer-Urteil C-5144/2017 vom 12. September 2018, E. 4.3.1). Dies ist zwingend ärztlich abzuklären.

E. 8

Aus psychiatrischer Sicht ist insbesondere strittig, welcher Grad der Arbeitsunfähigkeit aus der depressiven Störung resultiert.

E. 8.1

Die Resultate der verschiedenen Berichte und Gutachten zeigen folgendes Bild: Datum Arzt/Institut Diagnose AUF 16.12.2013 Klinik X. _____ F32.1 0% 10.03.2014
D. _____ F32.1 50%; 0% 08.05.2014 Dr. K. _____ F32.1 100% 20.06.2014 Dr.
M. _____ F32.1 - 07.08.2014 Dr. O. _____ F32.1 65% (3 Stunden) 08.10.2014 Dr.
Y. _____ F33.0 - 02.03.2015 Dr. U. _____ F32.1 - 03.06.2015 Dr. O. _____ F32.2
65% (3 Stunden) 03.08.2015 Dr. U. _____ F32.2 - 09.02.2016 T. _____ -Gutachten
F33.0/33.1 30%; 20% 18.02.2016 Dr. S. _____ F33.0/33.1 30%; 20% 21.04.2016 Dr.
U. _____ F32.2 -

E. 8.1.1

Das T. _____ -Gutachten hält mit F33.0 bzw. F33.1. fest, dass eine rezidivierende depressive Störung vorliegt, wobei zum Untersuchungszeitpunkt gegenwärtig eine leichte bis mittlere Episode vorlag. Dies deckt sich grundsätzlich mit den Feststellungen der weiteren Berichte, welche auch stets depressive Episoden diagnostizierten. Dennoch bestehen in Bezug auf die Schwere und Ausprägung der Episoden Diskrepanzen.

E. 8.1.2

Grundsätzlich kommt dem polydisziplinären versicherungsexternen Gutachten der T. _____ voller Beweiswert zu, ausser es sprechen konkrete Indizien gegen seine Zuverlässigkeit. Da lediglich Dr. Y. _____ am 8. Oktober 2014 eine leichte Episode diagnostiziert hat und alle anderen Berichte von mindestens einer mittleren Episode ausgingen, bestehen konkrete Zweifel an der Einschätzung des T. _____ -Gutachtens.

E. 8.1.3

Das T. _____ -Gutachten begründet die diagnostizierte Schwere indirekt damit, dass das Antriebsdefizit pharmakologisch noch etwas verbessert und die Verbitterungsproblematik therapeutisch bearbeitet werden könne (so explizit widergegeben in der Verfügung der Vorinstanz; IVSTA-act. 119, S. 5). Gleichzeitig bestehe eine hohe subjektive Krankheitsüberzeugung durch den Beschwerdeführer (IVSTA-act. 101, S. 13). Dies steht jedoch unter dem Vorbehalt, dass dessen Selbstanamnese korrekt ist, was aufgrund des negativen Medikamentennachweises von den Gutachtern hinterfragt wird (trotz der Angabe, dass regelmässig Ibuprofen [Schmerzmittel] eingenommen wird, konnte dies bei der Serumspiegelmessung nicht nachgewiesen werden; S. 36).

E. 8.1.4

Es bleibt unklar, inwiefern beim Versicherten eine Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit fehlt. Während Frau Dr. O. _____ am 7. August 2014 davon ausgeht, dass der Versicherte krankheitsbedingt die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung nicht sehen kann (IVSTA-act. 50, S. 14), attestiert sie ihm am 3. Juni 2015 hierzu eine eher ablehnende Haltung (Beilage 4 zur Beschwerde, S. 6). Demgegenüber geht das T. _____-Gutachten davon aus, dass der Beschwerdeführer mit der psychiatrischen Behandlung kooperiert (IVSTA-act. 101, S. 15). Den Versicherten trifft indes eine Pflicht zur Schadenminderung insbesondere im Sinne der Wahrnehmung der obgenannten möglichen und zumutbaren Therapieoptionen (Art. 7 Abs. 2 Bst. d IVG, vgl. auch Urteil des BGer 9C_334/2019 vom 6. September 2019, E. 5.4) unabhängig von einer allfälligen Einsichtsfähigkeit in die Behandlungsnotwendigkeit. Inwieweit eine solche Einsichtsfähigkeit nicht besteht, ist indes im Rahmen der Indikatorenprüfung von Relevanz und deshalb in diesem Zusammenhang zu prüfen (vgl. E. 9.2).

E. 8.2

Desweiteren gilt es zu klären, inwiefern die Depression als durch einen psychosozialen Faktor bedingt zu betrachten ist und somit nicht als invalidisierend gilt (entspricht der Ansicht der Vorinstanz; IVSTA-act. 119, S. 5), oder aber als verselbständigte psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu qualifizieren ist (gemäss der Argumentation des Beschwerdeführers; Beschwerde, S. 7).

E. 8.2.1

Die Vorinstanz macht geltend, dass gemäss T. _____-Gutachten die depressive Entwicklung auf den psychischen Zusammenbruch 2013 infolge einer Mobbing-Situation zurückzuführen ist, gegen welche sich der Beschwerdeführer nicht wehren konnte (IVSTA-act. 101, S. 15). Sofern eine psychische Störung im Wesentlichen durch psychosoziale Belastungen erklärt werden kann, liegt keine Invalidität vor (BGE 127 V 294 E. 4b/c). Genau dies macht die Vorinstanz im Rahmen ihrer abweisenden Verfügung subsidiär aber geltend und verweist gleichzeitig auf die mangelnde Resistenz in der Behandlung, wobei diese Rechtsprechung mittlerweile überholt ist (früher namentlich: BGer-Urteil 8C_842/2013 vom 11. März 2014 E. 4.2; neu explizit: BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2, welcher den Behandlungserfolg bzw. -resistenz dem Komplex der Gesundheitsschädigung zuordnen).

E. 8.2.2

Dieser Einschätzung widerspricht der Beschwerdeführer, welcher von einer verselbständigten psychischen Störung ausgeht (Beschwerde, S. 7). Er beruft sich dabei auf die Gutachten von Dr. U. _____ und Dr. O. _____. Dr. U. _____ nennt die Arbeitssituation des Beschwerdeführers als Mitauslöser der depressiven Störung (IVSTA-act. 64, S. 2). Dr. O. _____ argumentiert ähnlich und spricht von einer Depression mit psychosozialen Zuflüssen, wobei sie die Arbeitslosigkeit, das höhere Alter sowie die finanziellen Probleme meint (IVSTA-act. 50, S. 12). In ihrem zweiten Gutachten stellt sie zudem fest, dass sich die Störung chronifiziert hat (Beilage 4 zur Beschwerde, S. 6).

E. 8.2.3

Zu dieser Einschätzung kam bereits Dr. H. _____ im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung vom 10. März 2014. Er hielt dabei fest, dass der Konflikt am Arbeitsplatz wahrscheinlich mitauslösend war, ansonsten das Krankheitsbild aber als selbstständiges anzusehen ist (IVSTA-act. 54, S. 57).

E. 8.2.4

Inwiefern die Vorinstanz bzw. die T. _____-Gutachter zu einem anderen Schluss kamen, ist nicht nachvollziehbar und bedarf einer abschliessenden ärztlichen Beurteilung im Rahmen eines Ergänzungsgutachtens.

E. 9

Die materiellen (inhaltlichen) Anforderungen an die zu erstattende ärztliche Expertise ergeben sich aus dem im Einzelfall zur Diskussion stehenden Beweisgegenstand in Verbindung mit den darauf bezogenen Fragestellungen.

E. 9.1

Erscheint dem zuständigen Justizorgan die Schlüssigkeit einer Expertise in wesentlichen Punkten zweifelhaft, hat es nötigenfalls ergänzende Beweise zur Klärung dieser Zweifel zu erheben. Dafür können sich namentlich eine Ergänzung des bestehenden Gutachtens oder die Anordnung eines neuen Gutachtens, allenfalls einer Oberexpertise anbieten. Das Abstellen auf eine nicht schlüssige Expertise im Rahmen der Beweiswürdigung kann Verstösse gegen das Willkürverbot oder gegen die Verfahrensrechte der Parteien nach sich ziehen (vgl. BGE 130 I 337 E. 5.4.2; 129 I 49 E. 4; 118 Ia 144 E. 1c). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts hat die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Es ist dem Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantie) jedoch unbenommen, eine Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Letzteres ist vorliegend der Fall, geht es doch um die Ergänzung der gutachtlichen Ausführungen bezüglich des Schweregrades der Depression, der Verselbständigung des Leidens, der Einsichtsfähigkeit in die Behandlungsnotwendigkeit sowie hinsichtlich der Invaliditätskonsequenzen aus der Operation vom 01. September 2016.

E. 9.2

Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht abschliessend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und zur vollständigen Abklärung des Sachverhaltes und zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Dabei ist es der Vorinstanz überlassen, ob sie den Mangel des T. _____-Gutachtens durch ein ergänzendes Gutachten der gleichen Gutachter beheben oder ob sie ein neues externes Ergänzungsgutachten in Auftrag geben will. Beides hat unter vollständiger Vorlage aller vom Beschwerdeführer eingereichten und aller sich bei den Vorakten befindlichen, potenziell relevanten ärztlichen Unterlagen zu geschehen. Das Gutachten hat dabei im Speziellen festzustellen, ob und in welchem Schweregrad eine psychische Störung vorliegt. Der Beizug weiterer Spezialisten wird in das pflichtgemässe Ermessen der Vorinstanz bzw. der Gutachter gestellt, wobei die Modalitäten der Gutachterbestimmung gemäss Art. 59 Abs. 3 IVG sowie Art. 72bis Abs. 1 und 2 IVV jedenfalls zu beachten sind (vgl. zum Ganzen BGE 139 V 349 E. 2.2). Die Vorinstanz hat auch die erwerblichen Auswirkungen

der neu festzustellenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers neu zu beurteilen.

E. 10

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). Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG).

E. 10.1

Dem obsiegenden und im Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht vertretenen Beschwerdeführer ist zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung für die ihm erwachsenen notwendigen und verhältnismässig hohen Kosten zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

E. 10.2

Der Rechtsbeistand reichte keine Kostennote ein. Der notwendige Vertretungsaufwand lässt sich indes aufgrund der Aktenlage zuverlässig abschätzen, weshalb praxisgemäss auf die Einholung einer solchen verzichtet wird (Art. 14 Abs. 2 VGKE). In Anwendung der genannten Bestimmungen und unter Berücksichtigung der massgeblichen Bemessungsfaktoren (Art. 8 ff. VGKE) ist die Parteientschädigung von Amtes wegen auf pauschal Fr. 2'800.- (inklusive Auslagen und Mehrwertsteueranteil) festzusetzen.

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