



Urteil vom 23. März 2017

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richterin Madeleine Hirsig-Vouilloz,
Richter Beat Weber,
Gerichtsschreiberin Giulia Santangelo.

Parteien

A. _____,
vertreten durch lic. iur. Lukas Nater, Rechtsanwalt,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente,
neuer Entscheid nach Rückweisung an die IVSTA,
Verfügung IVSTA vom 23. Februar 2015.

Sachverhalt:**A.**

Der 1976 geborene türkische Staatsangehörige A._____ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer) erhielt 1994 die Niederlassungsbeurteilung in der Schweiz. Wegen verschiedener Delikte (Totschlag, Freiheitsberaubung, Vergewaltigung, Entführung, Tötlichkeit, einfache Körperverletzung sowie Drohung) wurde er mehrmals strafrechtlich verfolgt und zu insgesamt über sieben Jahren Gefängnis oder Zuchthaus verurteilt. Mit Beschluss des B._____ vom 26. Mai 2004 wurde er für die Dauer von zehn Jahren aus der Schweiz ausgewiesen; die hiergegen eingereichte Beschwerde wurde mit Entscheiden des Verwaltungsgerichts C._____ vom 24. November 2004 und des Bundesgerichts vom 7. Februar 2005 abgewiesen. Nachdem er die gesetzte Ausreisefrist ungenutzt hatte verstreichen lassen und daraufhin zwecks Sicherstellung der Rückführung verhaftet worden war, verfügte das Migrationsamt am 28. März 2006 die sofortige Wegweisung und ordnete die Ausschaffungshaft an. Letztere Anordnung wurde mit Verfügung des Bezirksgerichts D._____ vom 29. März 2006 bestätigt (act. im Verfahren C-7817/2009 [C-act.] 1, Beilage 3).

B.

Der Versicherte war vom 17. Juli 2001 bis Ende Oktober 2005 im Restaurant E._____ als Buffetmitarbeiter beschäftigt (Akten der Vorinstanz zum Verfahren C-7817/2009 [V-act.] 26). Zuzolge psychischer Beschwerden meldete er sich mit Datum vom 6. Mai 2005 (V-act. 2) zum Bezug von Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) an. Im Rahmen der Abklärungen betreffend die Beurteilung des Leistungsanspruchs wurden insbesondere folgende medizinische Unterlagen zu den Akten gereicht:

- ein Überweisungsschreiben zur stationären Aufnahme an F._____ vom 19. März 2005 (V-act. 6 S. 1) sowie ein Arztbericht Eidgenössische Invalidenversicherung IV vom 1. September 2005 (V-act. 12 S. 1 bis 4) von Dr. G._____, Facharzt für Innere Medizin;
- ein Arztbericht mit Beilagen zu Händen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) sowie eine medizinische Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit des F._____ vom 23. Mai 2005 (V-act. 7);
- drei Berichte des H._____, betreffend die zweite, dritte und vierte stationäre Einweisung zur Behandlung vom 27. Juni 2005 (V-act. 12 S. 6 und 7), vom 12. Juli 2005 (V-act. 9 S. 6 bis 11) und vom 31. August 2005 (V-act. 11 S. 8 und 9);

- ein Kurzaustrittsbericht der I. _____ vom 8. Juli 2005 (V-act. 9 S. 5);
- eine ärztliche Beurteilung inklusive medizinische Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit vom 17. August 2005 (V-act. 13) sowie einen Kurzaustrittsbericht vom 19. August 2005 (V-act. 11 S. 4 und 5) des J. _____;
- ein Arztbericht der K. _____ vom 28. August 2005 (V-act. 11 S. 6 und 7).

C.

Nach Durchführung der für die Beurteilung des Leistungsanspruchs massgeblichen Abklärungen (V-act. 1 bis 17) erliess die IV-Stelle des Kantons L. _____ (im Folgenden: IV-Stelle) wegen Nichterfüllens der einjährigen gesetzlichen Wartezeit (ab März 2005) am 14. September 2005 eine abweisende Verfügung (V-act. 17).

D.

Am 13. Februar 2006 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (V-act. 32). Dabei wurden insbesondere die nachfolgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten gereicht:

- zwei vorläufige Austrittsberichte vom 23. September 2005 (V-act. 19) und vom 8. März 2006 (V-act. 28 S. 1), eine medizinische Beurteilung der Arbeitsbelastung vom 14. März 2006 (V-act. 29 S. 5 und 6), ein Bericht über die stationäre Behandlung vom 17. März 2006 (Akten der Vorinstanz [act.] 32) sowie ein Arztbericht Eidgenössische Invalidenversicherung IV vom 21. März 2006 (V-act. 36 S. 1 bis 4) der M. _____;
- ein Verlegungsbericht des N. _____ vom 23. Februar 2006 (V-act. 25 S. 1 und 2);
- ein Kurzaustrittsbericht der I. _____ vom 15. Februar 2006 (V-act. 25 S. 6 und 5);
- ein Arztbericht Eidgenössische Invalidenversicherung IV des H. _____, vom 1. Juni 2006 (V-act. 31).

E.

Mit Vorbescheid der IV-Stelle vom 4. Juli 2006 wurde dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. März 2006 eine ganze IV-Rente in Aussicht gestellt (V-act. 33).

F.

Nachdem die Pensionskasse O._____ hiergegen am 2. August 2006 ihre Einwendungen vorgebracht hatte (V-act. 37) und – da der Versicherte die Schweiz per April 2006 verlassen musste (vgl. Bst. A. hiervor) – das Dossier während des laufenden Vorbescheidsverfahrens an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz) überwiesen worden war (V-act. 48), liess der Versicherte durch seinen Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Lukas Nater, am 9. Mai 2007 mitteilen, dass er mit dem Vorbescheid vom 4. Juli 2006 einverstanden sei (V-act. 62). Daraufhin vertrat der Psychiater P._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst Rhone (im Folgenden: RAD) am 26. Juli 2007 die Ansicht, es sei zufolge der unklaren Diagnosen ein psychiatrisches Gutachten nach Möglichkeit in der Schweiz zu erstellen (act. 64). In der Folge konnte die beabsichtigte Begutachtung durch Dr. Q._____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nicht durchgeführt werden, da das damalige Bundesamt für Migration (im Folgenden: BFM; heute: Staatssekretariat für Migration SEM) am 11. Dezember 2007 das erforderliche Visum verweigert hatte (act. 68 bis 85; C-act. 1, Beilage 4). Aufgrund dieser Sachlage wurde die türkische Verbindungsstelle mit der Begutachtung beauftragt (act. 86 bis 93, 95 bis 101). Infolge der Untersuchung des Beschwerdeführers sprach sich Dr. R._____, Dekan und Mitglied des Lehrerkollegiums Psychiatrie und Experte in Psychiatrie der Ia._____ am 10. und 19. Juni 2008 für das Vorliegen einer Schizophrenie aus und beurteilte die Arbeitsunfähigkeit auf 80% (V-act. 99 und 100). Nach Einsicht der entsprechenden medizinischen Akten durch den RAD (V-act. 103) hielt Dr. S._____, Psychiater, am 21. August 2008 dafür, dass zufolge einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10: F20.0) sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit ab dem 5. März 2005 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe (V-act. 104). Hierauf stellte die IVSTA dem Versicherten mit Vorbescheid vom 26. August 2008 erneut die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente mit Wirkung ab 1. März 2006 in Aussicht (V-act. 105).

G.

Während sich der Versicherte mit dem vorgesehenen Entscheid einverstanden erklären konnte (V-act. 106), zeigte die O._____ mit Schreiben vom 22. September und 28. Oktober 2008 kein Einverständnis mit der beabsichtigten Berentung (V-act. 109, 110 und 112). Sie stützte sich dabei auf das von ihrem Vertrauensarzt Dr. T._____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, am 27. Oktober 2008 erstellte Aktengutachten (V-act. 111), worin die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt und hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgeführt worden war, sowohl in der

Tätigkeit als Buffetmitarbeiter als auch in einer adaptierten Verweisungstätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit mit 20-30%iger (in hektischen Arbeitsphasen 50%iger) resp. 20%iger Verminderung der Leistungsfähigkeit. In der Folge wurde das Dossier erneut dem RAD zur Stellungnahme unterbreitet (act. 117). Am 25. Februar 2009 berichtete der RAD-Arzt Dr. U._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, er schliesse sich ohne Vorbehalte der Auffassung von Dr. P._____ vom 26. Juli 2007 an und vertrete die Meinung, dass nur ein Gutachten eines klinisch und versicherungsrechtlich gewieften Schweizer Psychiaters definitive Klarheit schaffen könne (V-act. 119).

H.

Aufgrund der Stellungnahme von Dr. U._____ vom 25. Februar 2009 ersuchte die IVSTA mit Schreiben vom 29. April 2009 das BFM um Erteilung eines Visums, damit der Versicherte in der Schweiz psychiatrisch begutachtet werden könne (V-act. 123). Am 12. Mai 2009 teilte das BFM der IVSTA mit, dass man bereit sei, unter Auflagen (Garantie der Reise- und Aufenthaltskosten, genaues Ein- und Ausreisedatum, Einreise auf dem Luftweg [Flugplan], gültiges Reisedokument, Betreuung während der Anwesenheit [bspw. durch die Polizei; V-act. 128]) eine Suspendierung der Einreisesperre für maximal drei Tage vorzunehmen (V-act. 124).

I.

Mit Schreiben vom 20. November 2009 teilte die IVSTA dem Rechtsvertreter des Versicherten unter anderem mit, aufgrund der jetzigen Aktenlage könne kein Entscheid getroffen werden, weshalb die Überprüfung des Leistungsgesuchs vom 13. Februar 2006 bis zur Aufhebung der Einreisesperre in die Schweiz suspendiert werde (V-act. 133). Am 3. Dezember 2009 verfügte die IVSTA die entsprechende Sistierung (V-act. 135). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, man sei nicht in der Lage, die durch das BFM gestellten Bedingungen zu erfüllen. Eine Betreuung über 24 Stunden während dreier Tage für die medizinische Abklärung sei mit überhöhtem Kostenaufwand verbunden. Durch die Vorgeschichte des Versicherten würde man auch ein unkalkulierbares Risiko eingehen.

J.

Die dagegen erhobene Rechtsverzögerungsbeschwerde beim Bundesverwaltungsgericht vom 16. Dezember 2009 (Akten der Vorinstanz [act.] 1 S. 3-8) wurde mit Urteil C-7817/2009 vom 23. Juni 2010 gutgeheissen und die Sache wurde im Sinne der Erwägungen zum Erlass einer materiellen Verfügung an die zuständige IV-Stelle überwiesen (act. 5).

K.

Im Laufe des Abklärungsverfahrens wurde ein Arztbericht des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes des Justizvollzugs L. _____ vom 31. Januar 2011 (act. 33) sowie ein ärztlicher Bericht der Ia. _____, vom 14. Juni 2011 (act. 20) eingeholt.

L.

Nach verschiedenen Abklärungen kam die IV-Stelle zum Schluss, dass eine Begutachtung in der Schweiz nicht durchgeführt werden könne und leitete die Akten am 10. September 2012 an die IVSTA weiter (act. 11).

M.

Der Beschwerdeführer reichte nach Aufforderung durch die IVSTA am 20. November 2012 einen weiteren ärztlichen Bericht der Ia. _____, vom 5. Februar 2013 zu den Akten (act. 52).

N.

In seinen Schlussberichten vom 17. Mai 2013 (act. 57) und 18. Juni 2013 (act. 60) nahm der RAD-Arzt Dr. U. _____ zu den medizinischen Unterlagen Stellung. Dabei stellte er fest, dass die ärztlichen Berichte der Ia. _____ vom 14. Juni 2011 und vom 5. Februar 2013 im Wesentlichen deckungsgleich seien. Es handle sich um kurze Arztberichte und es finde sich keinerlei kritische Auseinandersetzung mit den Vorakten.

O.

Die Vorinstanz erteilte am 16. Juni 2014 den Auftrag zur Begutachtung des Beschwerdeführers in der Türkei (act. 76) durch Dr. V. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser erstellte am 9. Oktober 2014 ein entsprechendes Gutachten (act. 85). Nach Würdigung des Gutachtens durch den RAD-Arzt Dr. W. _____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gelangte dieser am 26. November 2014 zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. 89).

P.

Mit Verfügung vom 23. Februar 2015 wurde das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen (act. 93).

Q.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer am 14. März 2015 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der vorinstanzlichen Verfügung und das Zusprechen der gesetzlichen Leistungen der IV. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, das Gutachten von

Dr. V. _____ vom 9. Oktober 2014 sei nicht schlüssig, es gehe auf die effektiven Leiden nicht ein und vieles werde pauschalisiert. Zudem beantworte der Gutachter die gestellten Fragen nicht. Aus diesem Grund werde ein weiteres Gutachten verlangt, welches den Anforderungen entspreche. Der Beschwerdeführer ersuchte zudem um unentgeltliche Rechtspflege samt Rechtsverteidigung durch seinen Rechtsvertreter (Akten im Beschwerdeverfahren [B-act.] 1).

R.

Mit Vernehmlassung vom 30. April 2015 beantragte die Vorinstanz die Abweisung der Beschwerde. Sie brachte im Wesentlichen vor, der IV-Stelle sei es unbesehen der vorgebrachten Mängel möglich gewesen, anhand des Gutachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, dass in psychiatrischer Hinsicht Funktionseinschränkungen vorhanden seien, welche die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in relevanter Weise beeinflussten (B-act. 7).

S.

Mit Zwischenverfügung vom 9. September 2015 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege im Beschwerdeverfahren gutgeheissen (B-act. 13).

T.

Das dem Beschwerdeführer mit Instruktionsverfügung vom 9. September 2015 (B-act. 14) gewährte Replikrecht blieb ungenutzt, sodass der Schriftenwechsel mit Instruktionsverfügung vom 27. Oktober 2015 (B-act. 15) abgeschlossen wurde.

U.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften der Parteien ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen weiter einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht prüft von Amtes wegen, ob die Prozessvoraussetzungen erfüllt sind und ob auf eine Beschwerde einzutreten ist (BVGE 2007/6 E. 1 mit Hinweisen).

1.1 Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG, SR 172.021, sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (vgl. Art. 31 und 32 VGG). Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland ist eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831. 20]). Deren Verfügung vom 23. Februar 2015 stellt eine Verfügung nach Art. 5 VwVG dar. Eine Ausnahme nach Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

1.2 Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen, ist als Adressat durch die angefochtene Verfügung in besonderer Weise berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse (Art. 48 Abs. 1 VwVG; vgl. auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Er ist zur Beschwerde legitimiert.

1.3 Die angefochtene Verfügung datiert vom 23. Februar 2015 und wurde dem Beschwerdeführer am 3. März 2015 zugestellt. Die Beschwerdeschrift wurde am 14. März 2015 aufgegeben und ging am 16. März 2015 beim Bundesverwaltungsgericht ein (B-act. 1; Umschlag). Die Beschwerde wurde fristgerecht innerhalb von dreissig Tagen nach Eröffnung der angefochtenen Verfügung eingereicht (Art. 60 ATSG in Verbindung mit Art. 38 Abs. 1 und 3 ATSG und Art. 39 Abs. 1 ATSG).

1.4 Die Beschwerde enthält einen Antrag und eine Begründung und wurde vom bevollmächtigten Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unterschrieben. Die angefochtene Verfügung und weitere Beweismittel wurden beigelegt (BVGer act. 1, Beilage). Die Beschwerde wurde formgerecht eingereicht (Art. 52 Abs. 1 VwVG). Nachdem das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung mit Zwischenverfügung vom 9. September 2015 gutgeheissen und der Beschwerdeführer von der Bezahlung von Verfahrenskosten befreit wurde (BVGer act. 13), ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

Zum Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht ist Folgendes vorzuschicken:

2.1 Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG bleiben in den sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Gemäss Art. 2 ATSG sind die Bestimmungen dieses Gesetzes auf die bundesgesetzlich geregelten Sozialversicherungen anwendbar, wenn und soweit die einzelnen Sozialversicherungsgesetze es vorsehen. Nach Art. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a - 26^{bis} und 28 - 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. In formellrechtlicher Hinsicht finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

2.2 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; Kognition, vgl. BENJAMIN SCHINDLER, in: Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren, Zürich 2008, Rz. 1 ff. zu Art. 49). Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 212; vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, BGE 127 II 264 E. 1b).

2.3 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung. 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 streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). Dabei sind die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden (AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E. 2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.).

2.4 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1).

2.5 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet zum einen sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (Art. 28 ff. ATSG; BGE 125 V 195 E. 2, BGE 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (GYGI, a.a.O., S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des EVG I 520/99 vom 20. Juli 2000).

3.

3.1 Am 1. Mai 1969 unterzeichneten die Schweiz und die Republik Türkei das Abkommen zwischen der Schweiz und der Republik Türkei über soziale Sicherheit (Sozialversicherungsabkommen, SR 0.831.109.763.1, in Kraft getreten am 1. Januar 1972 mit Wirkung ab 1. Januar 1969).

3.2 Angehörige der jeweiligen Staaten sind den Angehörigen des Partnerstaates in Rechten und Pflichten betreffend die angeführten Sozialversicherungen, darunter die Invalidenversicherung (Art. 1 Ziff. 1 Bst. B lit. b Sozialversicherungsabkommen), gleichgestellt, insoweit nicht das Abkommen selbst eine Differenzierung vorsieht (Art. 2 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen).

3.3 Als Abweichung von diesem Gleichbehandlungsgebot sieht das Sozialversicherungsabkommen vor, dass schweizerische IV-Renten türkischen Staatsangehörigen nach deren endgültigem Verlassen der Schweiz nur ausgerichtet werden, wenn diese mindestens zur Hälfte invalid sind (Art. 10 Abs. 2 Sozialversicherungsabkommen).

3.4 Zur Anwendung kommt das Recht desjenigen Vertragsstaates, in dessen Gebiet eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde (Art. 4 Abs. 1 Sozialversicherungsabkommen). Das Abkommen sieht lediglich für den Fall der Zusammenrechnung von Beitragszeiten eine parallele Anwendung der Gesetzgebung beider Vertragsstaaten vor (Art. 10 Abs. 3 und 4 Sozialversicherungsabkommen).

3.5

3.5.1 Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger eines Vertragsstaats und beansprucht Leistungen aus der Invalidenversicherung. Persönliche und sachliche Geltung des Sozialversicherungsabkommens sind damit erstellt.

3.5.2 Sowohl die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2015 wie auch der zugrundeliegende Sachverhalt fallen in die Geltungszeit des Sozialversicherungsabkommens. Seine zeitliche Anwendbarkeit steht deshalb ausser Frage.

3.5.3 Strittig ist die Berechtigung auf eine Rente der Schweizer Invalidenversicherung aufgrund einer früheren Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers in der Schweiz. Es ist nach dem Sozialversicherungsabkommen,

im Rahmen der konventionsrechtlichen Schranken, ausschliesslich Schweizer Recht anwendbar.

3.6 In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsvorschriften anwendbar, die bei Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 134 V 315 E. 1.2; BGE 130 V 329 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (*pro rata temporis*; vgl. BGE 130 V 445). Damit finden grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Februar 2015 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Rentenanspruchs von Belang sind. Neben dem IVG (ab 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision]) und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201; in der entsprechenden Fassung) sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar. Die im ATSG enthaltenen Formulierungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und des Einkommensvergleichs (Art. 16) entsprechen den bisherigen von der Rechtsprechung zur Invalidenversicherung entwickelten Begriffen und Grundsätzen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 ff.). Daran hat sich auch nach Inkrafttreten der 5. und 6. IV-Revision nichts geändert, weshalb im Folgenden auf die dortigen Begriffsbestimmungen verwiesen wird.

4.

Nach schweizerischem Recht ist folgender Invaliditätsbegriff massgebend:

4.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, verstanden (vgl. Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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

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).

4.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2; BGE 130 V 352 E. 2.2.1; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

4.3 Zur Annahme einer Invalidität ist - auch bei psychischen Erkrankungen - ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das klinische Beschwerdebild darf nicht einzig aus Beeinträchtigungen bestehen, welche von belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, etwa eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und in diesen aufgehen, liegt kein invalidisierender psychischer

Gesundheitsschaden vor (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des BGer 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

4.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

5.

5.1 Der Beschwerdeführer hat sich am 6. Mai 2005 erstmals zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet (V-act. 2). Sein Gesuch wurde mit Verfügung der IV-Stelle vom 14. September 2005 abgewiesen. Zur Begründung wurde vorgebracht die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit März in seiner Arbeitsfähigkeit zu 100% eingeschränkt sei. Daher laufe die gesetzliche Wartefrist frühestens im März 2006 ab.

5.2 Obwohl damit in Bezug auf den Beschwerdeführer bereits eine rechtskräftige Verfügung vorliegt, handelt es sich bei der anschliessend anhand genommenen Prüfung nicht um die Beurteilung einer Neuanschuldung. Eine solche liegt nur vor, wenn ein bestimmter Leistungsanspruch rechtskräftig explizit verneint wurde. Ein allfälliger Rentenanspruch wurde jedoch von der IV-Stelle nicht geprüft, womit folglich noch keine rechtskräftige Ablehnung eines Rentenanspruchs vorliegt. Bezieht sich die Ablehnung auf eine andere Frage, liegt später bezüglich der Rente keine Neuanschuldung vor (vgl. Urteil des BVerfG C-2218/2013 vom 16. November 2015 E. 7). Nachfolgend gilt es daher nicht zu beurteilen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach der Verfügung der IV-Stelle vom 14. September 2005 wesentlich verändert hat, sondern es gilt einen erstmaligen Antrag zu überprüfen.

6.

Zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit finden sich in den vorinstanzlichen Akten Einschätzungen, die im Zeitpunkt vor der Ausreise des

Beschwerdeführers aus der Schweiz im Jahr 2006 gemacht wurden. Dazu ist folgendes erwähnenswert:

6.1 In seinem Überweisungsschreiben an das F. _____ vom 19. März 2005 stellte Dr. G. _____ anamnestisch fest, der Beschwerdeführer habe eine lange und komplizierte Lebensgeschichte. Seit mehreren Jahren habe er in einem Restaurant gearbeitet und keine Probleme gehabt. Seit zwei bis drei Wochen habe er massive vegetative Dystonie mit Schlafstörungen, Unwohlsein, massive Nervosität, Aggressionsausbrüche und Suizidideen, gelegentlich konkrete Pläne. Der depressiv, nervös und machtlos wirkende Beschwerdeführer sei in recht gutem Allgemeinzustand. Die Grundstimmung sei depressiv mit Insuffizienzgefühlen. Der Versicherte spreche ständig vom Suizid, könne sich im Moment jedoch davon distanzieren (V-act. 6 S. 1). Dr. G. _____ stellte in seinem Arztbericht vom 1. September 2005 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen sowie einen Status nach (nachfolgend: St.n.) Gefängnisstrafe und beurteilte die Arbeitsunfähigkeit als Küchenhilfe zu 100% seit 5. März 2005 bis auf weiteres. Schliesslich wies er daraufhin, er könne sich zum aktuellen Zustand des Beschwerdeführers nicht korrekt äussern, da sich der Beschwerdeführer in stationärer psychiatrischer Behandlung befinde (V-act. 12 S. 1-4).

6.2 Das F. _____ stellte im Arztbericht vom 23. Mai 2005 eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Beschwerden wurden aufgeführt, Todeswünsche seien erstmals drei Wochen vor Aufnahme aufgetreten, konkrete Suizidphantasien habe der Versicherte aber verneint. Seit einem Monat leide er zudem unter Stimmenhören, die beim Einschlafen und in der Nacht aufträten und seinen Namen ruffen. Er sehe in der Nacht während des Schlafes auch eine Person, welche ihn würgte. Seit Wochen leide er an Schlaflosigkeit und Appetitmangel. Er schlafe noch zwei Stunden pro Nacht und habe in den letzten Wochen zehn Kilogramm Körpergewicht verloren. Während der Arbeit im Restaurant leide er an Konzentrationsmangel. Die Befunderhebung bei der Aufnahme ergab im Wesentlichen, dass der Versicherte im Affekt starr, ratlos, deprimiert, traurig, hoffnungslos und innerlich unruhig sei. Der Antrieb sei vermindert und psychomotorisch sei er gehemmt. Von der akuten Suizidalität habe er sich glaubhaft distanziert. Hinsichtlich der therapeutischen Massnahmen wurde festgehalten, unter neuroleptischer Medikation mit Seroquel habe sich eine Verminderung des psychotischen Erlebens gezeigt. In prognostischer Hinsicht

wurde davon ausgegangen, dass bei unveränderter psychosozialer Problematik (drohende Ausschaffung) von keiner wesentlichen Besserung des Zustandsbildes ausgegangen werden dürfe. Die Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit im bisherigen Beruf wurde auf mindestens halbtags festgesetzt (V-act. 7).

6.3 Dr. X._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie des H._____, stellte in seinem Überweisungsschreiben, „2. stationäre Einweisung“, an die I._____ vom 27. Juni 2005 die Diagnosen schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) sowie St.n. Gefängnisstrafe (Z65.1; V-act. 12 S. 6-7). Gemäss Kurzaustrittsbericht der I._____ vom 8. Juli 2005 wurde beim Beschwerdeführer eine depressive Anpassungsstörung bei belastender sozialer Situation (drohende Ausschaffung aus der Schweiz) diagnostiziert. Die Medikation betrug 200 mg Seroquel (Quetiapin) am Abend sowie 50 mg Truxal (Chlorprothixen) zur Nacht (V-act. 9 S. 5).

6.4 In ihren Überweisungsschreiben, „3. stationäre Einweisung“, an das Psychiatrie-Zentrum Hard vom 12. Juli 2005 (V-act. 9 S. 6-8) sowie „4. stationäre Einweisung“, an die M._____ vom 31. August 2005 (V-act. 11 S. 8 und 9) diagnostizierten Dr. Y._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. Z._____, Klinischer Psychologe und Supervisor des H._____, eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) sowie einen St.n. Gefängnisstrafe (Z65.1). Schliesslich nannten Dr. Y._____ und Dr. phil. Z._____ im Arztbericht vom 1. Juni 2006 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) und einen Verdacht auf (nachfolgend: V.a.) paranoide Schizophrenie (F20.0) sowie ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen St.n. Gefängnisstrafe (Z65.1). Es wurde festgestellt, dass der Beschwerdeführer seit März 2005 elf stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken hinter sich habe und bisher die Arbeitsfähigkeit nicht habe wiederhergestellt werden können. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei er zu 100% arbeitsunfähig. Er sei auch auf längere Sicht als zu 100% arbeitsunfähig zu beurteilen, da er nur Tage ausserhalb des stationären Rahmens habe verbringen können, dann aber wegen Rückzug, Stimmen, Angst und Suizidalität wieder habe eingewiesen werden müssen. Psychosozial belastend sei die drohende Ausweisung aus der Schweiz, was die Situation sicherlich aggraviere. Wie sich die Situation entwickle, wenn die Belastung nicht mehr vorhanden sei, sei gegenwärtig nicht abschätzbar. Mit der Belastung bestehe bis auf weiteres, auch auf längere Sicht eine 100% Arbeitsunfähigkeit.

6.5 Im Arztbericht für die Beurteilung des Anspruchs von Erwachsenen auf: Rente, Berufliche Massnahmen vom 17. August 2005 diagnostizierten Dr. Aa._____, Oberarzt, und Dr. Ba._____, Assistenzarzt des J._____, eine Anpassungsstörung F43.2. Es wurde vermerkt, dass keine relevanten psychiatrischen Diagnosen gesehen würden, welche eine IV-Berentung rechtfertigten. In prognostischer Hinsicht wurde aufgrund des hochgradigen Verdachts auf überwertige Ideen bei psychosozialer Belastungssituation eine eher gute Prognose gesehen. In der medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastung vom 17. August 2005 wurde entsprechend der Einschätzungen die Wiederaufnahme der bisherigen Berufstätigkeit zu 100% als zumutbar erachtet (V-act. 13). Im kurzen Austrittsbericht von med. pract. Ca._____, stv. Oberärztin des J._____, vom 19. August 2005 schliesslich wurden eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion und überwertigen paranoiden Ideen/Halluzinationen (F43.22) sowie St.n. Gefängnisstrafe bis 2001 (Z65.1) diagnostiziert. Dabei wurden als psychosoziale Belastung die hängige Ausschaffung (in die Türkei) sowie Angst vor Gewalt (Rache) durch die Herkunftsfamilie in der Türkei genannt. Die Austrittsmedikation betrug 500 mg Seroquel (Quetiapin) zur Nacht (V-act. 11).

6.6 Gemäss Arztbericht von Dr. G._____ lauten die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und St.n. Gefängnisstrafe. Die Arbeitsunfähigkeit wurde auf 100% ab 5. März 2005 bis auf weiteres festgesetzt. Der Arzt betonte dabei jedoch, dass er, da sich der Versicherte in stationärer Behandlung befinde, sich zum aktuellen Zustand nicht äussern könne (V-act. 12 S. 1-4).

6.7 Im vorläufigen Austrittsbericht von Dr. Da._____, Assistenzärztin der M._____, vom 23. September 2005 wurde noch einzig die Diagnose Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion bei starker belastender sozialer Situation genannt (V-act. 19). Hingegen stellten Dr. Ea._____, Oberärztin, und Dr. Fa._____, Assistenzärztin, der M._____ im Arztbericht vom 21. März 2006 ergänzend zur Diagnose der schweren psychosozialen Belastungssituation (drohende Ausschaffung) die Diagnose V.a. paranoide Schizophrenie (welche im Februar 2006 erstmals gestellt worden sei). Dabei wurde hinsichtlich des Psychostatus im Wesentlichen festgehalten, es handle sich um einen älter wirkenden, wachen, bewusstseinsklaren Patienten, der allseits orientiert sei. Die Auffassung und Merkfähigkeit seien intakt, die Konzentration geringgradig vermindert. Im formalen Denken sei er unauffällig, bis auf das Gedankenkreisen und die Stimmen des Onkels.

Er habe Ängste vor der Rache des Onkels, vor fremden Personen, im Schlaf von einer dunklen Person, die ihn würgen und am Körper schlagen. Ein Händewaschzwang werde bejaht, wirke aber unglaubwürdig. Er fühle sich von fremden Personen beobachtet und teilweise verfolgt. Der Patient höre Stimmen, die imperative Stimme des Onkels auf Türkisch, die ihm befehle, sich vom Balkon zu stürzen, sich in die Hände zu schneiden, und warum er nicht mache, was der Onkel sage. Selten höre er Stimmen von unbekannt Personen auf Türkisch. Seit drei Tagen höre er keine Stimmen mehr. Im Affekt sei der Versicherte traurig, nicht misstrauisch, kaum spürbar und die Schwingungsfähigkeit sei eingeschränkt. Psychomotorisch sei er ruhig, der Antrieb sei mittelgradig vermindert und er habe Einschlafstörungen (schlafe bis acht Uhr morgens nicht ein, dann schlafe er von acht bis elf Uhr und tagsüber mehrmals kurz). Appetit und Gewicht seien deutlich vermindert. Er habe innerhalb eines Jahres elf Kilogramm Gewicht verloren. Von akuter Suizidalität distanzieren er sich und sei bündnisfähig. Fremdaggression werde verneint. In prognostischer Hinsicht wurde die Möglichkeit einer schlüssigen Beurteilung verneint, da diese unter anderem auch von der drohenden Ausschaffung durch die Fremdenpolizei abhängen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auf längere Sicht wurde auf die Beurteilung durch den ambulanten Nachbehandler verwiesen. Eine Rückkehr in den primären Arbeitsmarkt wurde jedoch auf Grund des Krankheitsverlaufs als unwahrscheinlich eingeschätzt (V-act. 29).

6.8 Med. pract. Ga. _____ stellte im Kurzaustrittsbericht der I. _____ vom 15. Februar 2006 die Diagnosen: V.a. paranoide Schizophrenie (F20.0) und differentialdiagnostisch (DD) Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion, gemischt (F43.22). Hinsichtlich der Situation des Beschwerdeführers wurde festgehalten, dieser habe sich bei Eintritt glaubhaft von Suizidalität distanzieren können. Zu den akustischen Halluzinationen habe er widersprüchliche Angaben gemacht. Teilweise habe er sie als beeinflussbare eigene Gedanken, andererseits als akustische Halluzinationen im eigentlichen Sinne beschrieben (V-act. 25 S. 6). Im Verlegungsbericht des N. _____ vom 23. Februar 2006 diagnostizierte Dr. Ha. _____, Oberärztin, Anpassungsstörungen, längere depressive Reaktion (F43.21). Der Versicherte habe bei Eintritt über eine Zunahme von depressiven Symptomen wie Angst, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit und Suizidgedanken seit dem Austritt aus der I. _____ am 15. Februar 2006. Dies sei einhergegangen mit dem vermehrten Auftreten von imperativen Stimmen. Der Versicherte lebe relativ isoliert in seiner Wohnung und sei in den letzten Jahren mehrfach in verschiedenen psychiatrischen Kliniken hospitalisiert gewesen. Er habe einen kleinen Bekanntenkreis, der mit der

Unterstützung an seine Grenzen stosse. Eine drohende Ausweisung aus der Schweiz mache, neben der psychiatrischen Grunderkrankung, die aktuelle Situation besonders schwierig (V-act. 25 S. 1 und 2).

7.

Für den Zeitraum nach Ausreise des Beschwerdeführers aus der Schweiz und dem Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 23. Februar 2015 finden sich im Wesentlichen Beurteilungen von Schweizer Ärzten, die sich auf die bestehende medizinische Dokumentation stützen sowie medizinische Unterlagen von Ärzten aus der Türkei:

7.1 Dr. P._____, Psychiater des RAD Rhone, stellte in seiner Stellungnahme vom 26. Juli 2007 die Hauptdiagnose der Anpassungsstörung F 43.2. In seiner Beurteilung der medizinischen Aktenlage stellte er fest, die Diagnosen reichten von einer Anpassungsstörung über eine Depression bis zu einem V.a. Schizophrenie. Es seien durchaus relevante Diagnosen vorhanden. Eine depressive oder Anpassungsstörung sollten jedoch innerhalb von zwei Jahren deutlich gebessert sein und eine Schizophrenie sei nicht gesichert gewesen. Er empfahl daher die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens, nach Möglichkeit in der Schweiz (V-act. 64).

7.2 Dr. R._____ diagnostizierte am 10. Juni 2008 eine Schizophrenie und beurteilte einen Verlust der Arbeitsfähigkeit von 80% (V-act. 99). Im Bericht vom 19. Juni 2008 schliesslich führte er aus, die Untersuchung des Beschwerdeführers habe ergeben, dass dieser seit 1996 unter Ängsten leide, dass ihm andere Menschen etwas Schlechtes anhaben wollten, dass sein Onkel ihm sage, er werde ihn töten, dass er Stimmen höre, die ihm sagten, er solle vom Balkon springen, dass er introvertiert sei, mit niemandem spreche, sich im Haus einschliesse und mit sich selber spreche. Auf der anderen Seite fehlende Reflexion, Rückzug aus dem sozialen Leben, fehlende Kommunikation mit anderen und Probleme bei der Differenzierung. Zuvor seien ihm Antipsychotika verschrieben worden. Da die medikamentöse Behandlung keine positive Reaktion hervorgerufen habe, sei beim Beschwerdeführer eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert worden mit einem Verlust der Arbeitsfähigkeit von 80% (V-act. 100).

7.3 Im Schlussbericht des RAD-Rhone vom 21. August 2008 stellte Dr. S._____ fest, die Einschätzungen von Dr. R._____ 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. Die Symptomatik habe im Januar 2005 begonnen. Der Beschwerdeführer sei seit März 2005 mehrfach wegen Suizidalität und psychotischem Erleben hospitalisiert gewesen. Es handle sich im vorliegenden Fall um eine schwere psychiatrische Erkrankung im Sinne der IV (Vact. 104).

7.4 In einem ausführlichen, von der O._____ veranlassten Parteigutachten beurteilte Dr. T._____ 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. Bei den stationären Behandlungen sei nach kurzer Behandlungsdauer eine Besserung im Befinden des Beschwerdeführers festgestellt, aber auch auf einen möglichen Rückfall im Falle einer drohenden Ausweisung hingewiesen worden. Es sei recht gut verständlich, dass ein Mann, der seit seiner Jugendzeit in der Schweiz lebe, aus Angst vor Repressionen, vor einer Rückschaffung Angst habe und psychische Probleme entwickle. Die psychotischen Erlebnisse seien keine Halluzinationen im eigentlichen Sinne, sie träten praktisch nur in der Nacht auf, gar im Schlaf. Es handle sich dabei um Alpträume, andererseits möglicherweise um Illusionen, da bei den „Fehlwahrnehmungen“ immer das Tötungsdelikt und der Onkel das Thema gewesen seien. Der Versicherte selber gebe zudem unterschiedliche Angaben an, mal spreche er von Gedanken, die laut würden, mal von akustischen Halluzinationen. Von optischen rede er nie, die schwarze Gestalt respektive den Onkel sehe er im Traum. Solche psychischen Phänomene seien bei Menschen, in einer beengenden, bedrohlichen Lebenssituation, als Paniksymptome durchaus bekannt, erlaubten aber nicht die Diagnose der paranoiden Schizophrenie. Abgesehen davon sei das Denken nie als pathologisch beschrieben worden und es hätten keine Ich-Störungen bestanden. Dass es dem Versicherten bei den kurzen psychiatrischen Hospitalisierungen schnell besser gegangen sei, habe damit zu tun, dass er sich in einer sicheren Umgebung habe fühlen können. Es sei durchaus denkbar und auch verständlich, dass der Versicherte seine psychische Befindlichkeit aggraviert habe, um die Ausschaffung in die Türkei, eine ihn bedrohende Umgebung, zu umgehen. Vor diesem Hintergrund sei die Beurteilung von Dr. S._____ vom 21. August 2008 mit der Annahme einer paranoiden Schizophrenie mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit, auch in angepasster Tätigkeit weder verständlich noch nachvollziehbar. Zu klar sei der Zusammenhang mit der bevorstehenden Ausschaffung. 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 20% Leistungsminderung (V-act. 111).

7.5 Am 25. Februar 2009 gelangte Dr. U. _____ des RAD Rhone zur Einschätzung, dass beim Beschwerdeführer kein langandauernder psychischer oder geistiger Gesundheitsschaden im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen vorliege, schloss sich ohne Vorbehalt der Auffassung von Dr. P. _____ vom 26. Juli 2007 an und vertrat die Meinung, dass nur ein Gutachten eines klinisch und versicherungsrechtlich gewiefen 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 (V-act. 119).

8.

Nachdem das Bundesverwaltungsgericht 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 medizinische Unterlagen zu den Akten gereicht:

8.1 Dr. R. _____, Psychiater an der Ia. _____, diagnostizierte in seinem Arztbericht vom 14. Juni 2011, den er anlässlich einer am selben Tag durchgeführten Untersuchung verfasst hatte, eine Schizophrenie. Beim sich nicht in psychiatrischer Behandlung befindlichen Beschwerdeführer bestehe verminderte Selbstversorgung, Verlangsamung des motorischen Verhaltens, Spracharmut, Verminderung der Gedankeninhalte, Affektverflachung, Wahnvorstellungen, dass ihm etwas Schlimmes widerfahren werde, akustische Halluzinationen sowie nicht vorhandene Einsichtsfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit wurde auf 80% beurteilt (act. 20). Im anlässlich einer weiteren Untersuchung vom 14. Januar 2013 verfassten Arztbericht vom 5. Februar 2013 gelangte Dr. Virit zu denselben Schlussfolgerungen wie in seinem Arztbericht vom 14. Juni 2011, diagnostizierte eine therapieresistente paranoide Schizophrenie und beurteilte eine Arbeitsunfähigkeit von 80% (act. 52).

8.2 In den Schlussberichten des RAD Rohne vom 17. Mai 2013 (act. 57) und vom 18. Juni 2013 (act. 60) nannte Dr. U. _____ als Nebendiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anamnestisch eine Anpassungsstörung mit langandauernder depressiver Reaktion F43.21 im Zusammenhang mit der Ausschaffung 2005 bis 2006.

8.3 Am 9. Oktober 2014 verfasste Dr. V. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich einer Begutachtung des Beschwerdeführers in der Türkei vom 15.-16. August 2014 ein in deutscher Sprache ausgefertigtes Gutachten (act. 85; eingehend dazu nachfolgend E. 9).

9.

Der Beschwerdeführer rügt das Gutachten von Dr. V. _____ vom 9. Oktober 2014. Darin werde auf die effektiven Leiden nicht eingegangen. Vieles werde pauschalisiert und nicht nachvollziehbar dargestellt. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei in Bezug auf die körperliche Ebene nicht nachvollziehbar, worauf sich die Verweise auf zuvor gemachte Ausführungen bezögen. Die Angaben bei der psychischen Ebene seien sehr ungenau und nicht kohärent. Zudem würden die gestellten Fragen nicht beantwortet.

9.1 Das Gutachten von Dr. V. _____ umfasst 16 Seiten, erläutert den Gutachtensanlass, enthält Angaben des Beschwerdeführers zur Anamnese und zu aktuellen Beschwerden sowie Ergebnisse zu diversen Testpsychologischen Untersuchungen und einer persönlichen Untersuchung am 15. und 16. August 2014. Es folgen eine Diagnosestellung, eine Beurteilung und eine Prognose. Abschliessend wird der Punkt Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Der Aufbau des Gutachtens folgt damit weitgehend den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP von Februar 2012 (http://www.swiss-insurance-medicine.ch/tl_files/firstTheme/PDF%20Dateien%20ab%202015/4%20Fachwissen%20nachschnagen/Medizinische%20Gutachten/SIM%20Qualitaetsleitlinien%20IV%20Gutachten.pdf; abgerufen im Februar 2017; nachfolgend: Qualitätsleitlinien).

9.1.1 Der Beschwerdeführer berichtete ab dem Zeitpunkt, als er durch die Intrigen seiner Ex-Gattin wieder ins Gefängnis habe gehen und anschliessend die Schweiz habe verlassen müssen (im Jahr 2005) sei es ihm schlechter gegangen. Er sei ständig hospitalisiert worden. Nach seiner

Ausreise sei er in der Türkei, auf Veranlassung der schweizerischen Invalidenversicherung, drei Mal zur Abklärung ins Krankenhaus geschickt worden. Einmal sei ihm eine Spritze gegeben worden, worauf er sich verkrampft habe und sofort einen Arzt aufgesucht habe. Dieser habe ihm eine weitere Spritze gegeben und danach eine Schachtel Akineton erhalten. Ansonsten habe er, seit er in der Türkei lebe, weder eine Therapie besucht, noch Medikamente genommen. Er könne sich nicht konzentrieren, wenn er dunkle Gestalten sehe. Dann fühle er sich unwohl und habe Angst. Deshalb könne er sein Umfeld nicht verlassen, um zu arbeiten. Wenn er alleine sei, höre er alle zwei Tage verschiedene Stimmen. Er fühle sich niedergeschlagen, müde und kraftlos. Zudem leide er unter Kopfschmerzen, Hüft- und Rückenschmerzen, Brennen an den Füßen, einem trockenen Mund und Schwindel. Dies mache für ihn selbst das „Herumwerken“ im Garten manchmal unmöglich. Einem Beruf nachzugehen bringe er nicht fertig. Bereits das Einkaufen ohne die Unterstützung seiner Tante sei für ihn nicht möglich gewesen.

9.1.2 Der Beschwerdeführer erschien dem Begutachter allgemein gepflegt. Beim Sprechen habe er einen überlegten, scheuen und pessimistischen Eindruck gemacht und habe nicht selbstsicher gewirkt. Er sei zurückgezogen in der emotionalen Kontaktaufnahme, abwartend und gehemmt aber sachlich. Die Stimmung sei depressiv-resigniert und affektiv gespannt. Trotz anderslautender Behauptungen des Beschwerdeführers sei sowohl in der Exploration als auch im Krankenhaus mit den Mitarbeitern ein tragfähiger Kontakt herstellbar gewesen. Nach Angaben der Psychologin und des Krankenhauspersonals habe er einen kommunikativen, fröhlichen und gewitzten Eindruck gemacht. Der affektive Rapport sei während der gesamten Exploration gut herstellbar gewesen.

9.1.3 Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt eine langandauernde leichte bis mittelgradig psychoreaktive Depression (F32.1) sowie V.a. posttraumatische Belastungsstörung im Sinne traumatisierender Ereignisse mit ängstlichen Zügen (F43.22). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden Pseudohalluzinationen und eine Anpassungsstörung aufgeführt. In Bezug auf die leichte bis mittelgradige Depression wurde festgehalten, der Versicherte beschuldige sich nicht und die typischen Symptome seien nicht stark ausgeprägt. Das Vorliegen einer leichten bis mittelschweren Depression werde auch durch die Beck-und-Hamilton Depressionsskala bestätigt. Hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung wurde erwogen, der Versicherte wolle sich nicht an die Tötung seines Vaters erinnern und nicht darüber sprechen.

Versuche, das Thema anzugehen, schlage er ab, indem er angebe, sich nicht erinnern zu können oder es nicht zu wissen. Was ihn am meisten belaste sei, dass er trotz Unschuld an der Tötung seines Vaters beschuldigt worden sei. Diese Beschuldigungen und was seine Ex-Gattin ihm nach dem Gefängnisaufenthalt angetan habe, habe ihn sehr gekränkt und gebrochen. Während er über eine Niederlassungsbewilligung verfügt habe, habe die Ex-Gattin lediglich eine Aufenthaltsbewilligung gehabt. Nach seiner Haftstrafe habe man sie ausweisen wollen. Doch habe er mit dem Geld, das er im Gefängnis gespart habe, einen Anwalt für sie bezahlt. Sie aber habe ihn hintergangen, indem sie behauptet habe, dass man sie in der Türkei umbringen wolle und der Beschwerdeführer schon in der Schweiz ihr gegenüber gewalttätig gewesen sei. Diese Lügen und Intrigen hätten schliesslich dazu geführt, dass er wieder verhaftet und anschliessend aus der Schweiz ausgewiesen worden sei. Dadurch sei es erklärbar, weshalb der Beschwerdeführer unter Pseudohalluzinationen leide und sich von diesen glaubhaft distanzieren könne (Angst vor Gesichtsverlust bei Druck- und Schuldgefühlen). Eine posttraumatische Belastungsstörung habe sich sowohl in der Exploration als auch in diversen Tests, wie bspw. die PTSD-Checkliste oder dem Civilian Version (PCL-C) Test, bestätigt. Hinsichtlich einer paranoiden Schizophrenie wurde festgehalten, ausser den Behauptungen des Versicherten, dass er akustische und optische Halluzinationen habe, hätten keine weiteren Merkmale festgestellt werden können. Zudem seien die optischen Halluzinationen angeblich nachts passiert und daher eher als Alpträume zu bezeichnen. Die akustischen Halluzinationen seien in der Schweiz noch der Halbonkel gewesen, gemäss Angaben in der Türkei hingegen seien die Stimmen unbekannt gewesen. Zudem tauchten diese Stimmen nicht ständig auf, sondern regelmässig alle zwei Tage. Daher könne im vorliegenden Fall von Pseudohalluzinationen ausgegangen werden. Das Hören der Stimmen interpretierte Dr. V. _____ als eine Auswirkung auf die akute Belastungssituation, in die der Versicherte in den Jahren 2005 und 2006 gefallen sei, als er aus der Schweiz ausgewiesen worden sei.

9.2

9.2.1 In Bezug auf die aktenkundigen medizinischen Unterlagen ist festzustellen, dass das Gutachten keine chronologische Abfolge der relevanten Aktenstücke enthält. Einzig bei der Diagnosestellung werden einige der medizinischen Unterlagen zitiert, die Diagnosen aufgeführt und nach bestehender und fehlender Übereinstimmung mit den eigenen Erkenntnissen

aufgeteilt. Eine weitergehende Auseinandersetzung im Sinne einer Gegenüberstellung der anderslautenden früheren Beurteilungen, der Darlegung und Begründung der abweichenden Ergebnisse, findet hingegen nicht statt. Dabei fällt insbesondere auf, dass eine eingehende Beurteilung des wiederholt geäußerten Verdachts auf paranoide Schizophrenie (V-act. 29, 31 act. 32) sowie der gefestigten Diagnose der paranoiden Schizophrenie (V-act. 99, 100 und 104) fehlt. Einzig hinsichtlich des Arztberichts von R._____ (act. 52) wurde festgehalten, dass die darin erwähnten Symptome in der Exploration nicht hätten bestätigt werden können. Eine weitergehende Begründung findet sich hingegen nicht.

9.2.2 Die vom Beschwerdeführer genannten Leiden wurden im Gutachten berücksichtigt. Die klinischen Untersuchungen und Beobachtungen in den einzelnen Teilen erscheinen zwar umfassend, die Schlussfolgerungen sind aber nur teilweise schlüssig. Insbesondere die Ausführungen zur Verdachtsdiagnose der posttraumatischen Belastungsstörung sind nicht gänzlich nachvollziehbar. Diese Abweichung zu den Vordiagnosen wurde auch nicht weiter begründet. Zudem sind Teile des in deutscher Sprache verfassten Gutachtens nur schwer verständlich: Fachausdrücke werden wörtlich oder sinngemäss übersetzt. Zudem lässt sich teilweise aus den Formulierungen nicht mit hinreichender Sicherheit feststellen, was genau gemeint ist. Daher erscheinen auch die Zusammenhänge und medizinischen Schlussfolgerungen teilweise nicht hinreichend begründet.

9.2.3 Schliesslich werden im letzten Teil des Gutachtens die Fragen zu den Auswirkungen der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Doch werden zentrale Fragen nicht bzw. nicht hinreichend nachvollziehbar beantwortet. So wird unter anderem hinsichtlich der objektiven Beeinträchtigungen auf psychischer Ebene festgestellt, dass leichte bis keine vorhanden seien, dann aber pauschal auf die vorangehenden Ausführungen verwiesen. Ebenso verhält es sich mit den weiteren Fragen betreffend die Auswirkungen der Störungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie einer möglichen Verbesserung der Restarbeitsfähigkeit. Die wiederholten Globalverweise sowie die teilweise kurzen Antworten stehen der Nachvollziehbarkeit und Kohärenz der psychiatrischen Einschätzung diametral entgegen. Eine versicherungsmedizinische Beurteilung, wie in den „Qualitätsleitlinien“ vorgesehen, wurde nicht vorgenommen. Es ist auch nicht möglich, aus den Aussagen von Dr. V._____ oder seinen Verweisen nachvollziehbare Schlüsse hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ziehen.

9.2.4 Insgesamt fällt auf, dass das Schwergewicht des Gutachtens bei den verschiedenen durchgeführten Testmethoden liegt, aber zentrale, zwingend erforderliche Elemente – wie die versicherungsmedizinische Beurteilung – ausgelassen werden. Auch die weiteren Ausführungen im Gutachten lassen keine Schlüsse auf die Arbeitsfähigkeit zu. Somit erfüllt das Gutachten die Anforderungen an ein psychiatrisches Gutachten gemäss den „Qualitätsleitlinien“ und der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht.

9.3

9.3.1 Mit Stellungnahme vom 26. November 2014 wertete Dr. W. _____, des RAD Rhone das Gutachten von Dr. V. _____ aus. 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 (act. 89). 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.

9.3.2 Obwohl der RAD-Arzt gewisse Beanstandungen gegen das Gutachten vorgebracht hat, empfahl er die Vornahme weiterer Abklärungen nicht. Es ist somit davon auszugehen, dass er das Gutachten unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage als hinreichend für die Beurteilung des Leistungsgesuchs qualifizierte. Dies ist jedoch nach dem Gesagten unzutreffend. Unter Berücksichtigung der medizinischen Dokumentation sowie der „Qualitätsleitlinien“ hätte der RAD die Unvollständigkeit des Gutachtens von Dr. V. _____ feststellen können und müssen. Der RAD hat im Rahmen der Plausibilisierung eines externen Gutachtens zu prüfen, ob der begutachtende Arzt frühere, unter Umständen anders lautende Stellungnahmen aufgenommen und diskutiert hat. Der Gutachter hat gegebenenfalls die Gründe darzulegen, weshalb er von einer anderslautenden Einschätzung abweicht. Tut er dies nicht, ist das Gutachten unvollständig. Unvollständig ist das Gutachten auch, wenn eine versicherungs-

medizinische Beurteilung fehlt und, wie im vorliegenden Fall, der (pauschale) Verweis auf vorherige Ausführungen keine versicherungsmedizinische Einschätzung erlaubt. Mängel in einem Gutachten können unter Wahrung des Grundsatzes der Verhältnismässigkeit durch Erläuterung oder Ergänzung verbessert werden. Zur Ergänzung des Gutachtens wäre im vorliegenden Fall eine umgehende Rückfrage an Dr. V. _____ angezeigt gewesen. Auf diesem Weg hätte ihm Gelegenheit gegeben werden können, seine Ausführungen zu ergänzen. Nun aber, im Beschwerdeverfahren und zweieinhalb Jahre nach der psychiatrischen Untersuchung vom 15.-16. August 2014, ist eine entsprechende Rückfrage nicht mehr opportun.

9.4 Der psychische Gesundheitszustand zum Verfügungszeitpunkt am 23. Februar 2015 lässt sich aufgrund der Aktenlage nicht zuverlässig beurteilen. Zunächst stand in den Jahren 2005/2006 die drohende Ausschaffung des Beschwerdeführers als psychosoziale Belastungssituation im Vordergrund und erlaubte keine langfristige Beurteilung seines Gesundheitszustandes. Die Meinungen der Ärzte gingen dabei massgeblich auseinander und es wurden Diagnosen von Anpassungsstörung über unterschiedliche Schweregrade von Depression bis zur Schizophrenie gestellt. Diese Unsicherheit betreffend die Leiden des Beschwerdeführers zeigte sich auch in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, welche von 0-100% eingeschätzt wurde oder gar unbeantwortet blieb. Nach der Ausschaffung des Beschwerdeführers wurden grösstenteils Einschätzungen aufgrund der bestehenden Akten vorgenommen, welche jedoch lediglich eine Beurteilung der gesundheitlichen Situation vor der Ausschaffung erlaubten. Es besteht im Wesentlichen Einigkeit darüber, dass sich der aktuelle psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, nach Wegfall der psychosozialen Belastungssituation auch erst nachträglich beurteilen lässt. Aus diesem Grund sprachen sich die RAD-Ärzte mehrheitlich, wie auch Dr. T. _____, für eine aktuelle, persönliche und umfassende Abklärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in der Schweiz aus. Somit gelten sowohl der psychische Gesundheitszustand als auch das Leistungsvermögen als nicht rechtsgenügend abgeklärt, weshalb die Verfügung vom 23. Februar 2015 aufzuheben ist.

9.5 Die Sache ist daher gestützt auf Art. 61 Abs. 1 VwVG an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein neues, voll beweiskräftiges Gutachten zum psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vorzugsweise in der Schweiz einholen kann. Dieses Vorgehen ist insbesondere deshalb geboten, weil die erkennbare Unvollständigkeit des Gutachtens von Dr.

V._____ nicht wahrgenommen und auf eine umgehende Rückfrage verzichtet wurde, womit im Ergebnis ein vermeidbarer Mehraufwand verursacht wurde. Aufgrund dieses Versäumnisses ist denn auch kein gerichtliches Gutachten einzuholen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 und Urteil des BGer 8C_633/2014 vom 11. Dezember 2014 E. 3). Würde eine derart mangelhafte Sachverhaltsabklärung durch Einholung eines Gerichtsgutachtens im Beschwerdeverfahren korrigiert, bestünde die konkrete Gefahr der unerwünschten Verlagerung der den Durchführungsorganen vom Gesetz übertragenen Pflicht zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts auf das Gericht mit entsprechender zeitlicher und personeller Inanspruchnahme der Ressourcen. In Fällen mit Auslandsbezug ist die Gefahr der Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene umso grösser, weil die RAD-Ärzte oftmals Beurteilungen gestützt auf ausländische Arztberichte vornehmen, die nicht selten weder eine erforderliche interdisziplinäre Gesamtbeurteilung enthalten noch in Kenntnis der versicherungsmedizinischen Anforderungen verfasst wurden (vgl. Urteil des BVGer C-5862/2014 vom 5. April 2016). Mit der Begutachtung ist ein nicht vorbefasster Psychiater oder eine Psychiaterin in der Schweiz zu betrauen. Die Vorinstanz hat auf der Grundlage des neuen Gutachtens erneut über berufliche Massnahmen und den Rentenanspruch zu befinden.

10.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit aufgrund der Aktenlage nicht abschliessend beurteilen lassen. Auf das Gutachten von Dr. V._____ kann nicht abgestellt werden. Entgegen der Auffassung der Vorinstanz präsentiert sich die Sachlage nicht als klar. Die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie ein neues Gutachten zum psychischen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit veranlasst. Dieses Vorgehen ist deshalb geboten, weil die Vorinstanz die erkennbare Unvollständigkeit des Gutachtens von Dr. V._____ nicht moniert hat. Die Vorinstanz hat auf der Grundlage des neuen Gutachtens, das vorzugsweise in der Schweiz durchzuführen ist, erneut über den Rentenanspruch zu befinden. Die Beschwerde erweist sich als begründet und ist gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben.

11.

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

11.1 Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine Rückweisung praxisgemäss als volles Obsiegen der Beschwerde führenden Partei gilt (BGE 137 V 57 E. 2.1 mit Hinweisen), der Vorinstanz aber keine Verfahrenskosten auferlegt werden (Art. 63 Abs. 2 VwVG), sind im vorliegenden Fall keine Verfahrenskosten zu erheben.

11.2 Der obsiegende Beschwerdeführer hat gemäss 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) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung (vgl. Urteile des BGer 9C_122/2010 vom 4. Mai 2010 und 9C_592/2010 vom 23. März 2011). Mangels Einreichung einer Kostennote wird die Parteientschädigung unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Anwaltsaufwands auf Fr. 2'700.– (inkl. Auslagen) festgesetzt (Art. 65 Abs. 5 VwVG in Verbindung mit Art. 14 Abs. 2 VGKE [SR 173.320.2]). Die Mehrwertsteuer ist vorliegend nicht geschuldet (Art. 1 Abs. 2 i.V.m. Art. 8 Abs. 1 und Art. 18 Abs. 1 MWSTG [SR 641.20]).

Dispositiv Seite 30

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insofern gutgeheissen, als die angefochtenen Verfügungen aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zu neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Die Vorinstanz wird angewiesen, eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers in der Schweiz zu veranlassen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung von Fr. 2'700.- zugesprochen. Die Parteientschädigung ist von der Vorinstanz nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zu leisten.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Gerichtsurkunde)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Giulia Santangelo

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG gegeben sind. Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: