



## Urteil vom 4. September 2018

---

Besetzung

Richterin Franziska Schneider (Vorsitz),  
Richter David Weiss,  
Richter Beat Weber,  
Gerichtsschreiberin Marion Sutter.

---

Parteien

**A.**\_\_\_\_\_, (Mazedonien),  
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber,  
Beschwerdeführer,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch  
(Verfügung vom 14. Juni 2016).

**Sachverhalt:****A.**

A.\_\_\_\_\_ (im Folgenden: Versicherter oder Beschwerdeführer) wurde am (...) 1982 geboren und ist mazedonischer Staatsangehöriger. Im Jahr 1994 kam er im Rahmen des Familiennachzuges in die Schweiz. Der Versicherte besuchte in der Schweiz während mehrerer Jahre die Schule, bis er von dieser ausgeschlossen wurde. Er verfügt über keine Berufsausbildung (vgl. IV-act. 1 S. 5 f.). Im Jahr 2000 war er während einiger Zeit erwerbstätig; im Übrigen entrichtete er in den Jahren 2000 bis 2010 als Nichterwerbstätiger Beiträge an die obligatorische schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; IV-act. 12). Mit Urteil des Kantonsgerichts B.\_\_\_\_\_ vom 2. Juni 2006 wurde der Versicherte wegen vorsätzlicher Tötung, mehrfacher einfacher Körperverletzung, Raufhandel, falscher Anschuldigung, mehrfachem und versuchtem Diebstahl, Sachbeschädigung, Hausfriedensbruch und Beschimpfung zu zehn Jahren Zuchthaus, abzüglich 362 Tage Untersuchungshaft, verurteilt. Der Vollzug der Freiheitsstrafe wurde aufgeschoben und es wurde eine Verwahrung nach Art. 43 StGB angeordnet. Das Kreisgericht C.\_\_\_\_\_ ordnete mit Urteil vom 20. Juni 2008 nachträglich eine stationäre therapeutische Behandlung gemäss Art. 59 StGB (SR 311.0) an (vgl. IV-act. 16 und 22 S. 1).

**B.**

Mit Schreiben vom 2. März 2012 (Eingang: 6. März 2012) übermittelte die Sozialarbeiterin D.\_\_\_\_\_ die IV-Anmeldung des Versicherten an die Sozialversicherungsanstalt B.\_\_\_\_\_ (im Folgenden: kantonale IV-Stelle). Sie führte aus, es liege beim Versicherten seit Jahren eine psychische Erkrankung vor, mit welcher das Delikt und die Anordnung der stationären Behandlung in der psychiatrischen Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_ in einem unmittelbaren Zusammenhang stünden. Es lägen aktuell und auf derzeit nicht absehbare Zeit krankheitsbedingte Einschränkungen vor, auch im Hinblick auf eine Erwerbsfähigkeit des Versicherten (IV-act. 7). Im IV-Anmeldeformular vom 21. Februar 2012 gab der Versicherte eine Schizophrenie als Invaliditätsgrund an (IV-act. 8).

**B.a** In den vorinstanzlichen Akten liegen verschiedene ältere Gutachten (diese sind jeweils in unsortierter Seitenreihenfolge sowie teilweise unvollständig in den vorinstanzlichen Akten abgelegt), welche im Verlauf der Strafuntersuchung sowie des Straf- respektive Massnahmenvollzuges des Versicherten verfasst wurden: Im psychiatrischen Gutachten vom 15. November 2001 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und

Psychotherapie, im Rahmen der Strafuntersuchung zu Handen des Untersuchungsamtes G.\_\_\_\_\_ insbesondere über den Geisteszustand des Versicherten im Zeitpunkt der ihm zur Last gelegten Taten (IV-act. 1 S. 1-23). Im Ergänzungsgutachten vom 12. Juni 2003 beantwortete Dr. med. F.\_\_\_\_\_ mehrere Ergänzungsfragen des Kreisgerichts C.\_\_\_\_\_ (IV-act. 2). Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Klinischer Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_, erstellte am 28. Mai 2004 ein weiteres psychiatrisches Gutachten zu Handen des Kreisgerichts C.\_\_\_\_\_ zum Vorliegen einer Schizophrenie-Erkrankung und zur Klärung der Schuldfrage (IV-act. 3). Im Privatgutachten vom 14. September 2005 nahm Dr. med. I.\_\_\_\_\_ auf die Anfrage des Verteidigers im Strafverfahren, lic. iur. J.\_\_\_\_\_, eine Würdigung der Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vor und beantwortete Ergänzungsfragen des Strafverteidigers (IV-act. 4). Ein weiteres Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 21. April 2009 wurde eingeholt zur Überprüfung der Diagnosen, der Entwicklung des Versicherten seit der letzten Begutachtung sowie zwecks Erhalt von Empfehlungen hinsichtlich der weiteren Behandlung und einer allfälligen Rückführung in das Heimatland des Versicherten (BVGer-act. 25; IV-act. 5 S. 9 ff.). Daneben liegt in den Akten – in Auszügen – ein wissenschaftlich begründetes forensisch-psychiatrisches Prognosegutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 21. April 2009 zu Handen des Amtes für Justizvollzug des Kantons B.\_\_\_\_\_, Straf- und Massnahmenvollzug (im Folgenden: AJV B.\_\_\_\_\_; IV-act. 5 S. 1-8). Im aktuellsten Behandlungsbericht vom 28. Februar 2012 berichteten Dres. med. M.\_\_\_\_\_, Chefarzt, und Y.\_\_\_\_\_, leitende Ärztin/stellvertretende Chefärztin, über den psychischen Gesundheitszustand des Versicherten in der stationären Behandlung während der laufenden Massnahme (IV-act. 6).

**B.b** Mit Mitteilung vom 12. März 2012 informierte die kantonale IV-Stelle den Versicherten, es seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. Sie werde seinen Anspruch auf eine Invalidenrente prüfen (IV-act. 10). Mit Mitteilung vom 8. Mai 2012 teilte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten mit, es bestehe mangels Ablaufs der Wartefrist von sechs Monaten seit der Anmeldung vom 6. März 2012 kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Sie werde im August 2012 weitere Abklärungen vornehmen und den Fall neu prüfen (IV-act. 13).

**B.c** Am 8. August 2012 erkundigte sich die kantonale IV-Stelle beim AJV B.\_\_\_\_\_ unter anderem, ob der Versicherte während des Strafvollzuges einer regelmässigen Erwerbstätigkeit nachgehen könne (IV-act. 15 S. 3). Mit E-Mail vom 13. August 2012 antwortete lic. iur. N.\_\_\_\_\_ des AJV

B.\_\_\_\_\_, der Versicherte befinde sich in einem strafrechtlichen therapeutischen Massnahmenvollzug in der geschlossenen Betreuungsabteilung des Massnahmenzentrums O.\_\_\_\_\_. (im Folgenden: O.\_\_\_\_\_) und nicht im Strafvollzug. Die Dauer des Massnahmenvollzuges sei unbestimmt. Aufgrund des Gesetzes könnte der Versicherte zwar einer Erwerbstätigkeit im Rahmen eines Arbeitsexternats nachgehen, dies sei indessen aufgrund einer schweren psychischen Krankheit bisher nicht möglich gewesen und dürfte auch in Zukunft nicht in Frage kommen, zumal der Versicherte die Schweiz aus ausländerrechtlichen Gründen zu verlassen haben werde, sobald dies aufgrund des Krankheitsverlaufs verantwortet werden könne (IV-act. 15 S. 1).

**B.d** Mit Vorbescheid vom 22. August 2012 kündigte die kantonale IV-Stelle dem Versicherten an, sein Leistungsbegehren werde abzuweisen sein. Sie führte zur Begründung aus, der Versicherte werde die Schweiz aus ausländerrechtlichen Gründen verlassen müssen, sobald dies sein Gesundheitszustand zulasse. Er werde deshalb keine Arbeitsbewilligung erhalten, weshalb auch keine Einschränkungen im Erwerb vorliegen könnten (IV-act. 18). In seinem hiergegen erhobenen Einwand vom 27. September 2012 beantragte der Versicherte, nunmehr vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber, es seien weitere Informationen zu seinem Gesundheitszustand einzuholen und ihm gestützt darauf eine Rente zuzusprechen. Er machte unter anderem geltend, seine Ausweisung aus der Schweiz sei noch nicht rechtskräftig verfügt. Da die Schweiz mit dem Herkunftsland Mazedonien ein Sozialversicherungsabkommen abgeschlossen habe, sei auch bei einer allfälligen Ausweisung aus der Schweiz zu prüfen, ob ihm eine Invalidenrente zustehe (IV-act. 20).

**B.e** Mit Verfügung vom 24. Oktober 2012 wies das AJV B.\_\_\_\_\_ das Gesuch des Versicherten um bedingte Entlassung aus der stationären therapeutischen Massnahme ab und ordnete die Weiterführung der Massnahme vorerst längstens bis zum 19. Juni 2013 an. Ebenfalls verpflichtete es den Versicherten, die ärztlich verordneten Medikamente einzunehmen, was zu überwachen sei. Es führte zur Begründung aus, der Versicherte zeige unter konsequenter neuroleptischer Behandlung ein stabiles, von Seiten der schizophrenen Erkrankung vollständig remittiertes psychopathologisches Zustandsbild. Er verfüge über ein hinreichendes Wissen über seine Erkrankung, sei medikamentencompliant und motiviert, die neuroleptische Behandlung langfristig, auch nach einer allfälligen Rückkehr in sein Heimatland fortzusetzen. Das Ziel der weiteren Behandlung sei der Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung sowie die Fortsetzung der delikt-

und persönlichkeitsorientierten Behandlung im Rahmen der einzel-, gruppen- und milieuthérapeutischen Settings, damit Erkenntnisse für einen allfälligen Übertritt in die Offene Betreuungsabteilung (OBA) des O. \_\_\_\_\_ gewonnen und eine spätere Rückkehr nach Mazedonien verantwortet werden könnten. Gleichzeitig informierte es die kantonale IV-Stelle (im Verteiler), dass der Versicherte mit Verfügung des Ausländeramtes vom 10. April 2007 ab Entlassung aus der Massnahme auf unbestimmte Dauer aus der Schweiz ausgewiesen worden sowie dass diese Verfügung in Rechtskraft erwachsen sei (IV-act. 5). Im ausführlichen Bericht über den Behandlungsverlauf vom 25. März 2013 empfahlen P. \_\_\_\_\_, Leiter soziale Integration, und Dr. phil. Q. \_\_\_\_\_, Direktor O. \_\_\_\_\_, die schnellst mögliche Ausreise des Versicherten nach Mazedonien (IV-act. 24). Mit Verfügung vom 25. Mai 2013 kündigte das AJV B. \_\_\_\_\_ an, der Versicherte werde bei weiterhin korrektem Verhalten bedingt aus der stationären therapeutischen Massnahme entlassen, sobald er ausgeschafft werden könne, frühestens ab dem 10. Juni 2013. Es wies den Versicherten an, sich in seinem Heimatland ambulant therapeutisch weiterbehandeln zu lassen und die ärztlich verordneten Medikamente einzunehmen. In der Begründung führte es aus, es liege beim Versicherten eine chronisch paranoide Schizophrenie sowie eine dissoziale Persönlichkeitsstörung vor. Im Rahmen der Behandlung im Zentrum für Forensische Psychiatrie R. \_\_\_\_\_ und im O. \_\_\_\_\_ habe sich der Versicherte über viele Monate stabil und absprachefähig gezeigt. Er sei in Bezug auf seine schizophrene Grunderkrankung krankheitseinsichtig, sehe die Notwendigkeit der Pharmakotherapie ein und nehme die ärztlich verordneten Medikamente sehr zuverlässig ein (IV-act. 26). Mit Schreiben vom 28. Juni 2013 teilte das AJV B. \_\_\_\_\_ der kantonalen IV-Stelle mit, der Versicherte sei am 27. Juni 2013 bedingt entlassen beziehungsweise ausgeschafft worden (IV-act. 28). Am 20. August 2013 übermittelte die kantonale IV-Stelle die IV-Akten zuständigkeitshalber an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (im Folgenden: IVSTA oder Vorinstanz), da der Versicherte neu in Mazedonien wohne (IV-act. 30).

**B.f** Mit Schreiben vom 7. Oktober 2013 holte die IVSTA beim Beschwerdeführer die Fragebögen für den Versicherten sowie für die im Haushalt tätigen Versicherten ein (IV-act. 32), welche am 2. Dezember 2013 (IV-act. 34) respektive am 27. Januar 2014 (IV-act. 37 f.) bei ihr eingingen. Am 2. November 2014 nahm Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA, zum Dossier Stellung (IV-act. 43). Mit Vorbescheid vom 18. November 2014 kündigte die IVSTA dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens an. Sie führte

zur Begründung aus, es gehe aus den Akten hervor, dass dem Versicherten die Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigung immer noch in rentenausschliessender Weise zumutbar sei (IV-act. 44). Im Einwand vom 30. Januar 2015 beantragte die Rechtsvertreterin des Versicherten, es sei eine ärztliche Begutachtung anzuordnen. Zwar bestehe für den Versicherten eine Einreisesperre in die Schweiz. Es werde jedoch möglich sein, für eine medizinische Abklärung eine Einreiseerlaubnis zu erwirken (IV-act. 48). Aufgrund einer erneuten Stellungnahme von Dr. med. S. \_\_\_\_\_ vom 13. August 2015 (IV-act. 50) holte die IVSTA mit Schreiben vom 20. November 2015 beim Versicherten neuere medizinische Unterlagen sowie (nochmals) die Fragebögen für den Versicherten sowie den im Haushalt tätigen Versicherten ein (IV-act. 52). Die aktualisierten Fragebögen für den Versicherten sowie den im Haushalt tätigen Versicherten je vom 22. Dezember 2015 gingen am 26. Februar 2016 bei der IVSTA ein (IV-act. 55). Ausserdem reichte der Versicherte bei der IVSTA mehrere medizinische Kurzberichte ein (IV-act. 56-63). Nach Eingang einer erneuten Stellungnahme von Dr. med. S. \_\_\_\_\_ vom 28. Mai 2016 (IV-act. 66) wies die IVSTA das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 14. Juni 2016 ab. Sie führte zur Begründung aus, sie habe die neu eingereichten medizinischen Berichte dem medizinischen Dienst vorgelegt, welcher festgestellt habe, dass die Schizophrenie unter der Medikation vollständig remittiert sei. Eine Untersuchung in der Schweiz sei daher nicht notwendig (IV-act. 67).

### C.

Gegen die Verfügung vom 14. Juni 2016 erhob der Beschwerdeführer, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber, mit Eingabe vom 17. August 2016 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, sein Gesundheitszustand sei umfassend abzuklären und es sei anschliessend erneut über seinen Rentenanspruch zu entscheiden. Der Beschwerdeführer machte geltend, es lägen in den Vorakten keine ausführlichen Arztberichte zu seinem aktuellen Gesundheitszustand. Es stehe fest, dass er infolge seiner schweren psychischen Erkrankung auf eine andauernde Therapie mit starken Neuroleptika (Leponex 100 mg) angewiesen sei. Ein aktueller Arztbericht vom 28. Juni 2016 belege, dass er regelmässig in der psychiatrischen Abteilung der Klinik T. \_\_\_\_\_ behandelt werde. Ausführlichere Berichte habe er leider trotz grosser Bemühungen nicht erhalten. Der behandelnde Arzt Dr. med. U. \_\_\_\_\_ bestätige sodann im Arztbericht vom 1. Juli 2016, dass der Beschwerdeführer unter Schizophrenie und Hypothyreosis leide sowie dass diese Krankheiten die Arbeitsfähigkeit auf unbestimmte Zeit

einschränkten. Der Vater des Beschwerdeführers berichte, der Beschwerdeführer sei sehr müde und rasch erschöpft. Er sei völlig antriebslos und schlafe nach der Erledigung kleiner Arbeiten sofort ein. Diese Symptome könnten Nebenwirkungen der Medikamente sein, was jedoch ohne eine ausführliche ärztliche Stellungnahme nicht beurteilt werden könne. Wenn der Beschwerdeführer dank der Medikation seine Wahnvorstellungen unter Kontrolle habe, so bedeute dies nicht, dass er voll arbeitsfähig sei oder im bisherigen Aufgabenbereich tätig sein könne. Die Vorinstanz hätte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abklären müssen. Ihre Behauptung, die paranoide Schizophrenie sei unter Medikamenten vollständig remittiert, genüge nicht und sei überdies nicht durch aktuelle Arztberichte belegt (BVGer-act. 1).

#### **D.**

Mit Zwischenverfügung vom 22. August 2016 forderte das Bundesverwaltungsgericht den Beschwerdeführer auf, einen Kostenvorschuss von Fr. 800.– in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten zu leisten (BVGer-act. 2). Mit Eingabe vom 20. September 2016 stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sowie Rechtsverteidigung (BVGer-act. 4). Daraufhin hob das Bundesverwaltungsgericht mit Verfügung vom 23. September 2016 die Zwischenverfügung vom 22. August 2016 auf und forderte den Beschwerdeführer auf, das Formular „Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege“ ausgefüllt und mit den nötigen Beweismitteln versehen zu retournieren (BVGer-act. 5). Das Formular „Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege“ vom 10. Oktober 2016 sowie weitere Unterlagen gingen am 25. Oktober 2016 beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer-act. 7).

#### **E.**

Mit Vernehmlassung vom 25. Januar 2017 beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen und die angefochtene Verfügung sei zu bestätigen. Sie führte zur Begründung aus, es bestehe gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts keine Bindung der schweizerischen Invalidenversicherung an die Beurteilung ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, anderer Behörden und Ärzte. Sie habe die im Beschwerdeverfahren neu eingegangenen medizinischen Berichte erneut dem medizinischen Dienst unterbreitet, welcher mit Stellungnahme vom 7. Dezember 2016 seine bisherigen Feststellungen bekräftigt habe. Insgesamt habe der medizinische Dienst aufgrund der vorliegenden Dokumentation schlüssig und nachvollziehbar festgestellt, dass die bisher festgehaltene paranoide Schizophrenie dank der fachkompetenten medikamen-

tösen Behandlung im Rahmen des Strafvollzuges remittiert sei und bezüglich der dissozialen Persönlichkeitsstörung keine Auffälligkeiten vorlägen. Es bestehe damit seit dem 28. Februar 2012 keine gesundheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Von einer Begutachtung in der Schweiz seien keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten. Deshalb sei von einer solchen in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen (BVGer-act. 11).

#### **F.**

In seiner Replik vom 19. April 2017 erneuerte der Beschwerdeführer seine Beschwerdeanträge. Er habe mittlerweile aussagekräftige Arztberichte erhalten, welche er zu den Akten reiche. In diesen werde die Diagnose ICD-10 F20.5, schizophrenes Residuum, gestellt. Diese impliziere ein chronisches Stadium der schizophrenen Erkrankung. Der behandelnde Arzt, Dr. med. V. \_\_\_\_\_, habe die Symptome psychomotorische Verlangsamung, verminderte Aktivität, Affektverflachung, Passivität und Initiativmangel geschildert und den Beschwerdeführer für arbeitsunfähig befunden. Die Vorinstanz habe die Bindung an Arztberichte aus dem Ausland bestritten. Es gebe jedoch letztlich auch keine Bindungspflicht an Arztberichte aus dem Inland. Der aus der Schweiz ausgewiesene Beschwerdeführer könne zu seinem aktuellen Gesundheitszustand lediglich Arztberichte der ihn im Ausland behandelnden Ärzte beibringen. Diesen sei Beachtung zu schenken. Der IV-ärztliche Dienst könne die Situation nicht abschliessend beurteilen. Es sei deshalb der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers umfassend abzuklären (BVGer-act. 18).

#### **G.**

Mit Duplik vom 3. Juli 2017 hielt die Vorinstanz an ihren Anträgen fest und verwies zur Begründung auf die von ihr eingeholte Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 3. Juni 2017. In dieser führte Dr. med. S. \_\_\_\_\_ aus, die neu eingereichten Berichte seien infolge ihrer mangelnden Qualität und Aussagekraft nicht als Grundlage geeignet, um auf eine Arbeitsunfähigkeit zu schliessen. Gemäss der Rechtsvertreterin könne der Beschwerdeführer aufgrund seiner Straftat nicht in die Schweiz kommen, weshalb den ausländischen Berichten Glauben zu schenken sei. Sie lasse dabei die Qualität der Berichte ausser Acht. Überdies dürfe einem Versicherten, der aufgrund einer Straftat nicht in die Schweiz einreisen könne, nicht gegenüber anderen Versicherten ein Vorteil erwachsen (BVGer-act. 17).

**H.**

Mit Triplik vom 28. August 2017 wandte der Beschwerdeführer gegen die Duplik der Vorinstanz vom 3. Juli 2017 ein, der medizinische Dienst habe die eingereichten Arzt-Berichte inhaltlich nicht gewürdigt. Ausserdem habe der medizinische Dienst die Replik vom 19. April 2017 inhaltlich falsch wiedergegeben. Aufgrund seiner aktuellen Situation könne der Beschwerdeführer keine anderen Arztberichte als jene aus Mazedonien einreichen. Eine Begutachtung in der Schweiz sei angezeigt (BVGer-act. 22).

**I.**

Mit Verfügung vom 31. August 2017 schloss das Bundesverwaltungsgericht den Schriftenwechsel ab (BVGer-act. 23).

**J.**

Mit Eingabe vom 3. August 2018 übermittelte der Rechtsdienst der Vorinstanz aufforderungsgemäss das in IV-act. 5 S. 9 ff. in Auszügen liegende Gutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ vom 21. April 2009 vollständig sowie in sortierter Seitenreihenfolge an das Bundesverwaltungsgericht (BVGer-act. 25).

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG [SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 VwVG [SR 172.021]; siehe auch Art. 59 ATSG [SR 830.1]). Infolge seines Gesuchs um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wurde die Verfügung vom 22. August 2016 betreffend Kostenvorschuss mit Verfügung vom 23. September 2016 aufgehoben. Damit ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG; siehe auch Art. 60 ATSG).

**2.**

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 14. Juni 2016, mit welcher die Vorinstanz das erstmalige

Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mangels anspruchsbegründender Invalidität abgelehnt hat. Prozessthema ist somit der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine schweizerische Invalidenrente.

### **3.**

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

**3.1** Der Beschwerdeführer ist Staatsangehöriger von Mazedonien, weshalb das Abkommen vom 9. Dezember 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Mazedonien über Soziale Sicherheit (SR 0.831.109.520.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) zur Anwendung gelangt. Nach Art. 4 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens sind die Staatsangehörigen des einen Vertragsstaates in ihren Rechten und Pflichten aus den Rechtsvorschriften des anderen Vertragsstaates, zu denen gemäss Art. 1 Abs. 1 Bst. a in Verbindung mit Art. 2 A Bst. ii des Sozialversicherungsabkommens auch die Bundesgesetzgebung über die schweizerische Invalidenversicherung gehört, den Staatsangehörigen dieses Vertragsstaates gleichgestellt; abweichende Bestimmungen in diesem Abkommen bleiben vorbehalten. Mangels vorliegend anwendbarer, abweichender Vorschriften bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung demnach ausschliesslich nach schweizerischem Recht.

**3.2** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 14. Juni 2016) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Diese sind indessen soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1).

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

die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

#### **4.**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Diese Voraussetzungen müssen kumulativ gegeben sein; ist eine davon nicht erfüllt, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere zu bejahen ist.

Der Beschwerdeführer hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (IV-act. 12), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist. Zu prüfen bleibt damit, ob und gegebenenfalls ab wann und in welchem Umfang der Beschwerdeführer invalid im Sinne des Gesetzes (geworden) ist.

**4.1** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (Bst. b); und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

**4.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht ein Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht staatsvertragliche Vereinbarungen eine abweichende

Regelung vorsehen. Für den Beschwerdeführer besteht keine staatsvertragliche abweichende Regelung von diesem Grundsatz (vgl. E. 3.1).

**4.3** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 m.w.H.). Die – arbeitsmedizinische – Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidensbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 17 E. 2b).

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

**4.5** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc m.w.H.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des BGer I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a).

## **5.**

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

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

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

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

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

**5.4.1** Im psychiatrischen Gutachten vom 15. November 2001 (IV-act. 1 S. 1-23) diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine erhebliche Persönlichkeitsstörung des Versicherten mit auffälligen Charaktermerkmalen respektive einer Desintegration gewisser impuls- und triebhafter Anteile seiner Persönlichkeit. Dies zeige sich

am auffälligsten im Bereich der Aggressionen (S. 14 des Gutachtens in IV-act. 1 S. 14). Er hielt fest, der Versicherte habe gerade in der mit der Haft einhergehenden Isolation ein sehr phantastisches Innenleben entwickelt, um mit der schwierigen Realität zurechtzukommen. Die histrionischen Charakterzüge zeigten sich durch einen sehr schlechten Realitätsbezug und die fortlaufende Konstruktion einer eigenen Scheinwelt (S. 15 des Gutachtens in IV-act. 1 S. 16). Hingegen verneinte er das Vorliegen einer eigentlichen Geisteskrankheit, zum Beispiel aus dem schizophrenen Formenkreis. Die produzierten Halluzinationen und Zwiegespräche über eine kurze Zeit (wenige Tage) seien nicht spezifisch genug für eine echte psychotisch-schizophrene Störung, sondern vielmehr im Rahmen einer histrionisch gefärbten Haftreaktion zu interpretieren (S. 16 des Gutachtens in IV-act. 1 S. 15).

**5.4.2** Im Ergänzungsgutachten vom 12. Juni 2003 (IV-act. 2; in den vorliegenden Akten lediglich in Auszügen sowie in gänzlich unsortierter Seitenreihenfolge vorhanden) stellte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ – auf die entsprechende Rückfrage des Kreisgerichts C. \_\_\_\_\_ hin – fest, im Therapiebericht vom 29. Oktober 2002 sei eine paranoid-halluzinatorische Schizophrenie diagnostiziert worden. Hiernach habe der Versicherte seit dem 14. September 2001 Hinweise auf Wahnsymptome gezeigt, welche jedoch nicht so massiv ausgeprägt gewesen seien, dass sie sich störend im sozialen Raum der Gefängnisabteilung geäussert hätten. Unter Neuroleptikamedikation sei in-nerter kurzer Zeit eine Vollremission der Beschwerden erreicht worden (S. 4 des Gutachtens in IV-act. 2 S. 2). Der zuständige Arzt des somatischen Arztdienstes der Strafanstalt W. \_\_\_\_\_ habe sodann in einem kurzen Bericht vom 21. Mai 2003 eine medikamentös (seit Februar 2002) substituierte Hypothyreose bei Status nach Thyreoiditis Hashimoto (anamnestisch ca. 1997) diagnostiziert. Laborkontrollen hätten bis heute (unter Substitution des Schilddrüsenhormones, Anm. Dr. med. F. \_\_\_\_\_) eine euthyreote Stoffwechsellage gezeigt (S. 6 des Gutachtens in IV-act. 2 S. 4). Schliesslich liege auf der Grundlage des Austrittsberichtes der Kantonalen Psychiatrischen Klinik R. \_\_\_\_\_ (Aufenthalt vom 28. November bis zum 18. Dezember 2002) die Diagnose des Verdachts auf eine paranoide Schizophrenie im Bereich des Möglichen. Allerdings seien die psychotischen und wahnhaften Symptome erst während der Belastung des Strafvollzuges aufgetreten und vor der Haft und insbesondere zum Zeitpunkt der Tat hätten keinerlei Hinweise auf eine solche Erkrankung bestanden. Es sei jedoch grundsätzlich denkbar, dass sich unter den sehr belastenden Bedingungen des geschlossenen Vollzuges eine schizophrene Störung zu ma-

nifestieren beginne. Ausser dem Wahn seien indessen keine weitere typische schizophrene Symptome (wie zum Beispiel Denk-, Abgrenzungs- und Körperfühlstörungen, verflachte inadäquate Affekte, Störungen des Gedankenflusses oder katatone Symptome) festzustellen. Dass der Versicherte auf hohe Dosen Neuroleptika mit Beruhigung seines gesamten psychischen Verhaltens reagiere und sich auch allfällige psychotische/angst-erfüllte Zustände besserten, liege auf der Hand und sei nicht spezifisch. Hingegen würden gerade paranoide Schizophrenien auf Neuroleptika eher schlecht ansprechen, da es sich bei diesen um kognitive, meist recht differenzierte Abwehrstrategien des Kranken handle, was beim Versicherten gerade nicht der Fall sei (S. 8 des Gutachtens in IV-act. 1 S. 6). Das psychisch sehr auffällige Verhalten des Versicherten könne nach wie vor als eine histrionisch-paranoide Fehlverarbeitung (auf der Basis der schweren Persönlichkeitsstörung) interpretiert werden. Aufgrund der Persistenz der Symptome seit mehr als einem Jahr lasse sich jedoch der Verdacht auf eine sich unter der gegenwärtigen Belastung entwickelnde schizophrene Störung nicht von der Hand weisen. Eine definitive Diagnose könne jedoch erst zu einem späteren Zeitpunkt, unter Berücksichtigung des weiteren Verlaufs und der Entwicklung der psychischen Störung, gestellt werden (S. 11 des Gutachtens in IV-act. 1 S. 8).

**5.4.3** Gemäss dem psychiatrischen Gutachten vom 28. Mai 2004 (IV-act. 3) hat Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Klinischer Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik E.\_\_\_\_\_, in der durchgeführten körperlichen neurologischen Untersuchung keine pathologischen Befunde gefunden (S. 42 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 49). In somatischer Hinsicht gelte die im Jahr 2002 diagnostizierte Schilddrüsenentzündung, eine Autoimmunthyreoiditis nach Hashimoto, als „ausgebrannt“, was bedeute, dass keine Entzündungsaktivität mehr festzustellen sei und eine lebenslange hormonelle Substitution – in Abhängigkeit der stattgehabten Gewebsschädigung und der Restproduktion körpereigener Schilddrüsenhormone – erfolgen sollte. Eine nennenswerte Beeinträchtigung des körperlichen oder psychischen Gesundheitszustandes ergebe sich im Falle einer noch ausreichenden körperabhängigen Produktion oder bei Substitution nicht. In psychischer Hinsicht seien beim Versicherten seit ungefähr vierzehn Jahren Verhaltensauffälligkeiten (drohendes und aggressives Verhalten, Trotzreaktionen, elterliche Erziehungsschwierigkeiten und geringe schulische Leistung) aktenkundig. Die Auseinandersetzung mit seiner eigenen Aggressivität bleibe mangelhaft; Schuldgefühle seien nicht zu erkennen (S. 43 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 48). Die Charakter- und Verhaltensauffälligkeiten erlaubten es,

für den Tatzeitraum eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F91) zu diagnostizieren. Aktuell könne – trotz der Besonderheit der Haftsituation und des Auftretens einer Haftpsychose – die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit vorwiegend paranoiden (Neigung, Handlungen anderer als feindlich zu deuten), schizoiden (emotionale Kühle und flache Affektivität) und vor allem dissozialen Anteilen (mangelnde Empathie, niedrige Schwelle für aggressives Verhalten) gestellt werden (S. 44 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 50). Die in der Haft aufgetretenen Halluzinationen, das Auftreten von Wahnphänomenen, aber auch das rasche Auftreten und rasche Abklingen der Symptomatik innerhalb weniger Wochen, liessen diese Haftreaktion als eine akute polymorph-psychotische Störung (ICD-10 F23.0) einordnen (S. 47 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 44). Das von dem behandelnden Psychiater beschriebene Symptombild sei jedoch keineswegs eindeutig einer Schizophrenie zuzuordnen: es seien nie deutliche und überdauernde Denkstörungen angegeben, beobachtet oder vermutet worden; ein lang andauerndes und ausgestaltetes, gar systematisiertes Wahnerleben lasse sich nicht erkennen; über Symptome einer Ich-Störung (Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung, Gefühl des Gemachten, Fremdbeeinflussung, Derealisation oder Depersonalisation) habe der Versicherte ebenso wenig berichtet. Das angegebene Stimmenhören habe nicht die Qualität dialogischer oder kommentierender Stimmen, wie sie bei einer Schizophrenie typisch sei, geschweige denn die Intensität, die beim Mangel anderer Symptome zu fordern wäre. Halluzinationen seien unter Haftbedingungen häufig anzutreffen (S. 48 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 47). Insgesamt lasse sich eine Schizophrenieerkrankung aktuell nicht überzeugend und hinreichend belegen (S. 49 des Gutachtens in IV-act. 3 S. 46; S. 50-53 sowie S. 56 ff. fehlen gänzlich in den vorinstanzlichen Akten).

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

**5.4.5** In dem Gutachten vom 21. April 2009 (IV-act. 5 S. 9 ff.; vollständig sowie in sortierter Seitenreihenfolge nachgereicht durch die Vorinstanz in BVGer-act. 25) stellte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Oberarzt, im Einverständnis mit Prof. Dr. med. X.\_\_\_\_\_, Leiter Forensische Psychiatrie, in psychiatrischer Hinsicht die nachfolgenden Diagnosen:

- eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit überwiegend dissozialen und impulsiven Anteilen (ICD-10 F61.0) und
- mehrere frühere überwiegend halluzinatorische psychotische Episoden, differenzialdiagnostisch im Rahmen
  - einer (unter Medikation gut remittierten) paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.05);
  - einer (chronifizierten) psychotischen Haftreaktion (ICD-10 F43.8) oder
  - einer Simulation (ICD-10 Z76.5).

An der internistischen Diagnose einer abgelaufenen Hashimoto-Thyreoiditis (ICD-10 E06.3) hielt Dr. med. K.\_\_\_\_\_ fest (S. 50 des Gutachtens in IV-act. 5 S. 48):

Insgesamt spreche Vieles (gravierende Verhaltensstörung nach Medikamentenunterbrüchen in der Strafanstalt W.\_\_\_\_\_, Berichte der Klinik R.\_\_\_\_\_) für das Vorliegen einer schizophrenen Störung. Die Diagnose der Schizophrenie könne jedoch nicht mit letzter Sicherheit gestellt werden (S. 61 des Gutachtens in IV-act. 5 S. 58). Das Vorliegen der kombinierten Persönlichkeitsstörung, nach der aktuellen Bewertung mit vorrangig dissozialen und impulsiven Anteilen, könne in Übereinstimmung mit allen Vorgutachtern bestätigt werden. Ebenfalls seien die beim Versicherten mehrfach aufgetretenen psychotischen Phasen zu bestätigen. Retrospektiv könne indessen nicht festgestellt werden, dass diesen zweifelsfrei eine chronische prozesshaft verlaufende schizophrene Störung zugrunde gelegen hätte und dass die Kriterien nach modernen psychiatrischen Klassifikationen wie ICD-10 oder DSM-IV-TR zweifelsfrei erfüllt wären. Die Schizophrenie sei damit als eine wahrscheinliche Verdachtsdiagnose einzuordnen (S. 62 des Gutachtens in IV-act. 5 S. 57).

**5.4.6** Daneben liegen in den vorinstanzlichen Akten sieben Seiten des insgesamt 15 Seiten umfassenden, wissenschaftlich begründeten forensisch-psychiatrischen Prognosegutachtens von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 21. April 2009 (IV-act. 5 S. 3-8). Hiernach sei im Zeitpunkt der Verfassung des

Gutachtens eine schon seit etwa Sommer 2000 bestehende Psychose zu diagnostizieren, wobei entweder eine paranoid halluzinatorische Schizophrenie oder eine sich chronifizierende Haftpsychose bestehe. Diese sei unter Neuroleptikabehandlung geheilt respektive deutlich gemindert, breche aber bei Absetzen der Medikation wieder aus (S. 14 des Gutachtens in IV-act. 5 S. 3). Die weiteren, in den vorinstanzlichen Akten befindlichen Seiten des Gutachtens enthalten keine für die vorliegende Beurteilung massgeblichen Informationen.

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

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

**5.6** Im Vorbescheidverfahren reichte der Beschwerdeführer acht verschiedene Medikamentenverordnungen von Dr. med. Z.\_\_\_\_\_, Facharzt für

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

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

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

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

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

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

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

**5.9.1** Gemäss dem Bericht von Dr. med. V.\_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie, Krankenhaus T.\_\_\_\_\_, vom 20. März 2017, kommt der Versicherte aufgrund der Diagnose ICD-10 F20.5 (schizophrenes Residuum) regelmässig zur psychiatrischen Kontrolluntersuchung. Der psychologische Zustand sei unverändert. Der Versicherte nehme regelmässig die verordneten Medikamente ein. Er sei manchmal verbal und körperlich aggressiv gegenüber den Familienangehörigen. Der Versicherte sei immer noch nicht in der Lage, zu arbeiten. Eine weitere Untersuchung finde in zwei oder drei Monaten statt, wenn erforderlich, auch früher. Die Behandlung im Zentrum für psychische Gesundheit in (...) werde fortgesetzt. Der Versicherte nehme täglich Venlafaxine 75 mg (eine Tablette), Flurazepam 30 mg (eine Tablette), Promazine 100 mg (insgesamt zwei Tabletten) und Clozapine 100 mg (drei Tabletten) ein.

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

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

**6.**

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

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

**6.2** Die Kurzberichte aus Mazedonien reichen nicht aus, um den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im aktuellen Zeitpunkt zu klären. Die verschiedenen, während der Strafuntersuchung sowie des Straf- respektive Massnahmenvollzuges des Beschwerdeführers eingeholten Gutachten sind demgegenüber zu alt, um Jahre später noch eine verlässliche Grundlage für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu bilden. Überdies ist den

vorliegenden psychiatrischen Gutachten keine widerspruchsfrei übereinstimmende Diagnose zu entnehmen. Aufgrund dieser Ausgangslage drängt sich vorliegend die Einholung einer umfassenden interdisziplinären Begutachtung des Versicherten auf, wobei namentlich Experten in den Fachdisziplinen Psychiatrie/Psychotherapie und Endokrinologie (betreffend die diagnostizierte Hypothyreose bei Status nach Hashimoto-Thyreoiditis, ICD-10: E03.9) beizuziehen sind. Ob noch weitere Gutachter beigezogen werden, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen (vgl. Urteil des BGer vom 8C\_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1).

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

**6.4** Unter diesen Umständen erscheint es als angezeigt, die umfassende interdisziplinäre Begutachtung, insbesondere in den Fachbereichen Psychiatrie/Psychotherapie und Endokrinologie (sowie gegebenenfalls nach pflichtgemässigem Ermessen der Gutachter weiterer Fachrichtungen), in der Schweiz durchführen zu lassen, wo die psychiatrischen Fachgutachterinnen und Fachgutachter mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin sowie insbesondere mit den Anforderungen des indikatoreorientierten Abklärungsverfahrens (als Grundlage für das strukturierte Beweisverfahren) vertraut sind (vgl. Urteil des BVer C-3905/2016 vom 20. Oktober 2017 E. 5.2). Des Weiteren erfolgt die Gutachterausswahl bei polydisziplinären Begutachtungen in der Schweiz nach dem Zufallsprinzip (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354), was im Interesse der Verfahrensbeteiligten liegt.

Es sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen liessen. Wie die Rechtsvertreterin im Einwand vom 30. Januar 2015 (IV-act. 48) ausführte, bestehe für den Versicherten zwar eine Einreisesperre in die Schweiz. Es werde jedoch möglich sein, für eine medizinische Abklärung eine Einreiseerlaubnis zu erwirken (vgl. Sachverhalt Bst. B.f).

**6.5** Im vorinstanzlichen Abklärungsverfahren hat die Vorinstanz mit Schreiben vom 7. Oktober 2013 beim Beschwerdeführer die Fragebögen für den Versicherten sowie den im Haushalt tätigen Versicherten eingeholt (IV-act. 32). Mit Anfrage vom 30. Januar 2014 bat die Sektion Leistungsgesuche II der Vorinstanz den Psychiater des medizinischen Dienstes, die spezifische Methode anzuwenden, da der Fragebogen für im Haushalt tätige Versicherte vom Rechtsvertreter ausgefüllt worden sei (IV-act. 40). In der Stellungnahme vom 2. November 2014 äusserte sich Dr. med. S. \_\_\_\_\_ des medizinischen Dienstes lediglich zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen beruflichen Tätigkeit, nicht jedoch zur Arbeitsfähigkeit für Arbeiten im Haushalt (IV-act. 43). Mit Vorbescheid vom 18. November 2014 begründete die Vorinstanz demgegenüber die in Aussicht gestellte Abweisung des Leistungsbegehrens damit, dass dem Beschwerdeführer trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigung die Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich immer noch in rentenausschliessender Weise zumutbar sei (IV-act. 44). Dies bestätigte sie in der angefochtenen Verfügung (IV-act. 67).

Die Vorinstanz ging damit vorliegend offenbar von der spezifischen Methode aus. Eine entsprechende Begründung lässt sich den vorliegenden Akten indessen nicht entnehmen. Für die Festlegung des Status des Versicherten ist seine individuelle Situation (Schule abgebrochen, kein Berufsabschluss, langjähriger Straf- respektive Massnahmenvollzug, während welches er weder einer beruflichen oder vergleichbaren Tätigkeit nachgehen noch den eigenen Haushalt machen konnte/musste) eingehend zu würdigen. Mangels entsprechender Begründung ist davon auszugehen, dass die Vorinstanz den Status des Beschwerdeführers nicht rechtsgenügend abgeklärt hat. Sie wird diesen daher im Rahmen der erneuten Beurteilung im Detail abzuklären, festzulegen sowie einlässlich zu begründen haben.

## **7.**

Zusammenfassend fehlt in den vorliegenden Akten eine aktuelle sowie rechtlich genügende Beurteilung (namentlich in den Fachdisziplinen Psychiatrie/Psychotherapie und Endokrinologie) des Gesundheitszustandes

des Beschwerdeführers sowie eine rechtsgenügeliche Festlegung des Status des Beschwerdeführers. Damit hat die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt nicht vollständig festgestellt und gewürdigt (vgl. Art. 43 ff. ATSG sowie Art. 12 VwVG).

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

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

## **8.**

**8.1** Das Bundesverwaltungsgericht auferlegt die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei. Da eine

Rückweisung praxisgemäss als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei gilt (BGE 132 V 215 E. 6), sind dem Beschwerdeführer keine Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Das von ihm gestellte Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege vom 20. September 2016 (vgl. Sachverhalt Bst. D) ist daher als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

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

(Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird gutgeheissen, die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2016 wird aufgehoben und die Sache wird im Sinne der Erwägungen zur ergänzenden Abklärung sowie zum neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.

**2.**

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

**3.**

Dem Beschwerdeführer wird eine Parteientschädigung von Fr. 2800.– zu Lasten der Vorinstanz zugesprochen.

**4.**

Das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege vom 20. September 2016 wird als gegenstandslos geworden abgeschrieben.

**5.**

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.

Die vorsitzende Richterin:

Die Gerichtsschreiberin:

Franziska Schneider

Marion Sutter

**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 nach 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 die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: