

BVGer C-272/2014 vom 7. Januar 2015

Bundesverwaltungsgericht, 2015-01-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-272_2014

FR: TAF C-272/2014 du 7 janvier 2015

IT: TAF C-272/2014 del 7 gennaio 2015

Regeste

Invaliditätsbemessung

Erwägungen

E. 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).

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zuständig für die Beurteilung von Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Verwaltungsverfahrensgesetzes vom 20. Dezember 1968 (VwVG, SR 172.021), sofern kein Ausnahmetatbestand erfüllt ist (vgl. Art. 31 und 32 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG, SR 173.32]). Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA ist eine Vorinstanz im Sinne von Art. 33 Bst. d VGG (vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831. 20]). Deren Verfügung vom 27. November 2013 stellt eine Verfügung nach Art. 5 VwVG dar. Eine Ausnahme nach Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der Beschwerde zuständig.

E. 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 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Er ist zur Beschwerde legitimiert.

E. 1.3

Die angefochtene Verfügung datiert vom 27. November 2013 und wurde dem Vertreter des Beschwerdeführers am 9. Dezember 2013 zugestellt. Die Beschwerdeschrift wurde am 10. Januar 2014 beim örtlichen spanischen Sozialgericht eingereicht und ging am 20. Januar 2014 beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer act. 1). Unter Berücksichtigung des Fristenstillstands vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (vgl. Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG) wurde die Beschwerde fristgerecht innerhalb von dreissig Tagen nach Eröffnung der angefochtenen Verfügung eingereicht (vgl. Art. 22a VwVG in Verbindung mit Art. 60 ATSG).

E. 1.4

Die Beschwerde enthält einen Antrag und eine Begründung und wurde vom Vertreter des Beschwerdeführers unterschrieben. Eine Kopie der angefochtenen Verfügung wurde beigelegt (BVGer act. 1, Beilage 1). Für den Rechtsvertreter liegt eine Vollmacht vom 7. Januar 2014 in den Akten (BVGer act. 1, Beilage 2). Die Beschwerde wurde formgerecht eingereicht (Art. 52 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der vom Bundesverwaltungsgericht einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe der mutmasslichen Verfahrenskosten von Fr. 400.- vollständig und rechtzeitig einbezahlt wurde (vgl. insbesondere BVGer act. 8, 17 und 24, Beilage), ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 2

Zum Verfahren vor Bundesverwaltungsgericht ist vorab Folgendes festzuhalten:

E. 2.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 3 Bst. dbis 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 bis 70 IVG) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 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).

E. 2.3

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).

E. 2.4

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 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. 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 (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 11. Dezember 1981 i.S. D.; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 2.5

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе 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).

E. 3

Nachfolgend sind die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze zur Prüfung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung darzustellen:

E. 3.1

Der Beschwerdeführer besitzt die spanische Staatsbürgerschaft und wohnt in Spanien, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG in der Fassung gemäss Ziff. I 4 des Bundesgesetzes vom 14. Dezember 2001 betreffend die Bestimmungen über die Personenfreizügigkeit im Abkommen zur Änderung des Übereinkommens zur Errichtung der EFTA, in Kraft seit 1. Juni 2002). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der bis zum 31. März 2012 in Kraft gewesenen Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (SR 0.831.109.268.1) hatten die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnten, für die diese Verordnung galt, die gleichen Rechte und Pflichten

aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei war im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA).

E. 3.2

Mit Blick auf den Verfügungszeitpunkt (27. November 2013) finden vorliegend auch die am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) Anwendung. Gemäss Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, sofern (in dieser Verordnung) nichts anderes bestimmt ist, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Im Rahmen ihres Geltungsbereichs tritt diese Verordnung an die Stelle aller zwischen den Mitgliedstaaten geltenden Abkommen über soziale Sicherheit. Einzelne Bestimmungen von Abkommen über soziale Sicherheit, die von den Mitgliedstaaten vor dem Beginn der Anwendung dieser Verordnung geschlossen wurden, gelten jedoch fort, sofern sie für die Berechtigten günstiger sind oder sich aus besonderen historischen Umständen ergeben und ihre Geltung zeitlich begrenzt ist. Um weiterhin Anwendung zu finden, müssen diese Bestimmungen in Anhang II aufgeführt sein. Ist es aus objektiven Gründen nicht möglich, einige dieser Bestimmungen auf alle Personen auszudehnen, für die diese Verordnung gilt, so ist dies anzugeben (Art. 8 Abs. 1 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004). Die Bestimmung des anwendbaren Rechts ergibt sich aus Art. 11 ff. der Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Die Bestimmung der Invalidität und die Berechnung der Rentenhöhe richten sich auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 3.3

Die Sache beurteilt sich nach denjenigen materiellen Rechtssätzen, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. BGE 130 V 329). 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 bei Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 27. November 2013 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 (für das IVG insbesondere: ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision]; ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision]; die IVV in den entsprechenden Fassungen).

E. 3.4

Weiter 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.

E. 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 (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).

E. 4.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 4.3

Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

E. 4.4

Es sind nicht nur die Erwerbsmöglichkeiten im angestammten Beruf, sondern auch in zumutbaren Verweisungstätigkeiten zu prüfen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.). Bei der Bemessung der Invalidität ist auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen der funktionellen Behinderung abzustellen, welche nicht zwingend mit dem vom Arzt festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung übereinstimmen müssen (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2, BGE 110 V 275 E. 4a). Die Verweisungstätigkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen, wobei es unerheblich ist, ob er seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht.

E. 4.5

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine

Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 4.6

Laut Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts stellt diese Regelung nicht eine blosser Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c). Eine - hier zutreffende - Ausnahme von diesem Prinzip gilt aufgrund des FZA und der anwendbaren europäischen Verordnungen seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der Europäischen Gemeinschaft (EU), denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

E. 4.7

Wer eine Versicherungsleistung beansprucht, hat sich beim zuständigen Versicherungsträger in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form anzumelden. Für die Anmeldung und zur Abklärung des Anspruches auf Leistungen geben die Versicherungsträger unentgeltlich Formulare ab, die vom Ansprecher oder seinem Arbeitgeber und allenfalls vom behandelnden Arzt vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen und dem zuständigen Versicherungsträger zuzustellen sind. Wird eine Anmeldung nicht formgerecht oder bei einer unzuständigen Stelle eingereicht, so ist für die Einhaltung der Fristen und für die an die Anmeldung geknüpften Rechtswirkungen trotzdem der Zeitpunkt massgebend, in dem sie der Post übergeben oder bei der unzuständigen Stelle eingereicht wird (Art. 29 ATSG).

E. 4.8

Der Rentenanspruch entsteht 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. Altersjahres folgt. Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann. Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht. (Art. 29 Abs. 1, 2 und 3 IVG in der ab dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung). Der Rentenanspruch erlischt mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung oder mit dem Tod des Berechtigten (Art. 30 IVG).

E. 5.1

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 (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets 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).

E. 5.2

Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b, BGE 125 V 193 E. 2) zu betrachten und es könnten zusätzliche Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung BGE 134 I 140 E. 5.3, BGE 124 V 90 E. 4b zum Ganzen: Urteil des BGer 8C_392/2011 vom 19. September 2011 E. 2.2).

E. 5.3

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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können.

E. 5.4

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a).

E. 5.5

Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht

erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ebenso wie für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber das Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

E. 5.6

Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG stehen die ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen eines Leistungsanspruchs zur Verfügung. Versicherungsinterne Ärzte müssen über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, spielt doch die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Gestützt auf die Angaben des medizinischen Dienstes kann die IV-Stelle über die Leistungsberechtigung befinden, wobei sie auf die Stellungnahmen des medizinischen Dienstes nur abstellen kann, wenn diese den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3 mit Hinweis auf das Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2).

E. 5.7

Es ist nicht zwingend erforderlich, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der medizinische Dienst für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt der versicherungsinterne Arzt seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen an sich ist somit kein Grund, um einen Bericht des medizinischen Dienstes in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 und I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, je mit Hinweisen).

E. 5.8

Den Berichten und Gutachten der versicherungsinternen Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee mit Hinweisen). Ein Aktenbericht ist zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des

BGer 8C_653/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 5.2).

E. 6

Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Invalidenrentenanspruch des Beschwerdeführers ab dem 1. Oktober 2011. Seitens des Beschwerdeführers werden vornehmlich Einwände gegen die medizinische Sachverhaltsabklärung erhoben. Zum Gesundheitszustand liegt ein polydisziplinäres Gutachten des CE-Med vor (act. 51), auf welches die Vorinstanz in der Folge abgestellt hat. Zu diesem Gutachten, an dem ein Internist, ein Orthopäde und ein Psychiater mitwirkten, ist Folgendes festzuhalten:

E. 6.1

Anlässlich der Begutachtung gab der Beschwerdeführer zu seinem Krankheitsverlauf an, er habe 2007 bis 2008 schmerzhafte Probleme im Bereich der Lendenwirbelsäule gehabt. Die Beschwerden seien von einer Irritation am rechten Bein begleitet gewesen. Der behandelnde Arzt habe ihn deshalb an einen orthopädischen Chirurgen überwiesen. Dieser habe eine Magnetresonanztomographie (MRT) organisiert, wobei eine Diskushernie entdeckt worden sei. In der Folge habe ein Neurochirurg eine Operation der Diskushernie durchgeführt. Die Wirkung der Operation auf die Schmerzen im rechten Bein sei positiv gewesen. 2011 sei eine erneute Eskalation der Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule eingetreten. Aus diesem Anlass sei nochmals eine MRT gemacht worden, wobei ein Rückfall der Diskushernie entdeckt worden sei. Im Moment seien deswegen keine chirurgischen Massnahmen vorgesehen. Die Schmerzen im rechten Bein seien nach dem Rückfall nicht wieder aufgetreten. Stattdessen seien Schmerzen im Bereich des linken Beines aufgetreten. Davon seien auch das linke Knie und der linke Fuss betroffen. Zudem würden seit ungefähr 2009 Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule bestehen. Der Schmerz sei beidseitig, wenn auch mehr links als rechts, und strahle unter Belastung in die Ellenbogen aus. Die Schmerzen seien am Tag und in der Nacht gegenwärtig. Oftmals seien sie in der Nacht schlimmer als am Tag. Er werde ungefähr alle zwei Stunden von den Schmerzen geweckt und müsse dann eine neue Schlafposition finden. Manchmal müsse er sogar aufstehen und einige Schritte gehen. Trotzdem finde er genügend Schlaf. Wenn er morgens um neun Uhr aufstehe, habe er ausreichend Energie bis am Abend. Eine Siesta mache er nicht. Besonders nach der Operation der Diskushernie und in der gesamten Zeit nach dem Rückfall sei es um seine Moral schlecht bestellt gewesen. Er habe nicht nur an den Schmerzen viel gelitten, sondern auch im Sinne einer Depression. Manchmal habe er gedacht, das Leben sei nicht mehr lebenswert. Er habe keine direkten Suizidideen gehabt, sei aber schon ziemlich hoffnungslos gewesen. Der behandelnde Arzt habe in dieser Phase eine Konfiszierung seiner Jagdgewehre erwirkt. Die Jagd sei früher eine Leidenschaft von ihm gewesen. Derzeit gehe er nicht mehr auf die Jagd. Stattdessen habe er sich einen Hund gekauft, mit dem er regelmässig spazieren gehe. Inzwischen sei in psychischer Hinsicht insofern eine Verbesserung eingetreten, als er nur noch an Stimmungsschwankungen leide, ohne dass die Einnahme von Antidepressiva erforderlich sei (act. 51, Seite 3 ff.).

E. 6.2

Nach Erhebung der persönlichen, familiären und beruflichen Daten sowie unter Berücksichtigung der Ergebnisse der internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung (objektive Befunde) hielten die involvierten Fachärzte im Rahmen der interdisziplinären Diskussion fest, der Beschwerdeführer sei bis 2008 während rund 22

Jahren auf dem Bau als selbständiger Maler erwerbstätig gewesen. Bis zur Aufgabe dieser Tätigkeit würden sich keine Anzeichen auf eine soziale, persönliche oder psychische Störung finden lassen. Die Operation der Diskushernie habe eine gute Wirkung auf die Schmerzen im rechten Bein gezeigt. Zum Zeitpunkt der Diskushernie habe er eine depressive Reaktion entwickelt. Diese Reaktion sei auf die Intensität des Schmerzes, die Schwere der Einschränkung und auf die dadurch erzwungene Geschäftsaufgabe zurückzuführen. Der damit verbundene Verarbeitungsprozess sei durch die Tatsache erschwert worden, dass die persönliche und berufliche Identität des Beschwerdeführers eng mit dem eigenen Malergeschäft verknüpft gewesen sei. Auch die Suizidideen seien in diesem Zusammenhang aufgetreten. Die Suizidideen hätten Anlass zur Konfiszierung der Jagdgewehre gegeben, weshalb der vormals leidenschaftliche Jäger seiner Passion nicht mehr nachgehen könne. Nach den Angaben des Beschwerdeführers habe sich seine psychische Befindlichkeit in der Folge verbessert, sodass er aktuell nur noch an Stimmungsschwankungen leide. Die Antidepressiva habe er neun Monaten nach der Operation der Diskushernie wieder absetzen können. Die geschilderte Verbesserung stehe zwar in einem gewissen Kontrast mit dem Dossier, der Beschwerdeführer habe seine Angaben anlässlich der Begutachtung jedoch mehrfach bestätigt (act. 51, Seite 10).

E. 6.3

Im Einzelnen zogen die medizinischen Sachverständigen nach vorgängiger Untersuchung des Beschwerdeführers folgende Schlussfolgerungen:

E. 6.3.1

Zum Zeitpunkt der Begutachtung konnte auf internistischem Fachgebiet keine nennenswerten Klagen festgestellt werden. Es wurde ein regulärer Status ohne Besonderheiten berichtet. Eine zurückbleibende Arbeitsunfähigkeit wurde verneint (act. 51, Seite 11).

E. 6.3.2

Auf orthopädischem Fachgebiet wurden die chronischen Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule, die Arthrose im Bereich der Halswirbelsäule und eine Gonarthrose rechts erwähnt. Es wurde festgestellt, dass die diversen chronischen Leiden am Bewegungsapparat die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Maler auf dem Bau verunmöglichen würden. Dagegen bestehe eine theoretische Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit, sofern den Beschwerdeführer keine Lasten tragen müssen und die Wirbelsäule nicht beansprucht werde. Zu den fortwährend bestehenden Schmerzen am linken Bein wurde erwähnt, dass sich diese mittels geeigneter Medikation um ungefähr 50 % reduzieren liessen (act. 51, Seite 11).

E. 6.3.3

Auf psychiatrischem Fachgebiet wurde festgestellt, dass keine besondere Störung beobachtet werden konnte. Kognitive Einschränkungen seien anlässlich der Begutachtung nicht auszumachen gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich in einem euthymen (nicht depressiven, unauffälligen) Zustand befunden. Indizien für eine psychische Kompensation würden nicht bestehen. Eine psychiatrische Behandlung und die Einnahme von Antidepressiva würde nicht mehr stattfinden. Der unbedenkliche klinische Befund korreliere mit der Beschreibung eines beschaulichen Alltags. Der spanische Beschwerdeführer lebe in einem angenehmen Rahmen mit Ehefrau, Eigenheim, Garten, regelmässigen Ausfahrten und positiven sozialen und familiären Kontakten. Dadurch werde

das dramatische Bild, welches sich aufgrund des Dossiers hinsichtlich seiner psychiatrischen und globalen Situation ergebe, erheblich relativiert. Anamnese und Status würden übereinstimmen und den Ausschluss von Affektstörungen oder anderen psychischen Probleme erlauben. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nach der Operation der Diskushernie 2008 während weniger als einem Jahr eingeschränkt gewesen. Gegenwärtig bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr, weder was das Pensum noch was das Rendement anbelange. Eine Diagnose könne nicht gestellt werden. Falls sich der psychiatrische Zustand wieder verschlimmern sollte, bestehe eine grosse Palette an denkbaren Behandlungsmöglichkeiten (act. 51, Seite 11).

E. 6.4

Zum Ablauf der Begutachtung wurde vom CEMed eingangs festgehalten, das Gutachten sei im Rahmen einer polydisziplinären Zusammenarbeit realisiert worden. Zunächst sei das Dossier von einem Arzt, der nicht an der eigentlichen Untersuchung beteiligt gewesen sei, analysiert und zusammengefasst worden. Die drei Gutachter hätten sich aufgrund der Akten und dieses Résumés aufmerksam in den Fall eingesehen. Danach hätten sie den Beschwerdeführer separat untersucht. Sie hätten nach der interdisziplinären Diskussion das Gutachten gemeinschaftlich erstellt. Der Bericht sei abschliessend dem nicht direkt beteiligten Arzt unterbreitet worden, der die Klarheit des Textes und die Stichhaltigkeit der Schlussfolgerungen beurteilt habe. Das Gutachten sei nach den Regeln der Kunst und in völliger Unabhängigkeit von den Parteien erstellt worden (act. 51, Seite 2). Die gewählte Vorgehensweise des CEMed ist zweckmässig und aus Sicht des Rechtsanwenders nicht zu beanstanden.

E. 6.5

Das Gutachten weist eine klare Strukturierung auf. Eingangs findet sich im ersten Teil eine Analyse des Dossiers, in der dem Leser unter Bezugnahme auf die jeweiligen Arztberichte in den Fussnoten ein kursorischer Überblick über die Vorgeschichte und den Begutachtungsanlass vermittelt wird. Im zweiten Teil folgt eine einlässliche Darstellung der subjektiven Angaben, die insbesondere auch die geklagten Beschwerden umfasst. Im dritten Teil folgt eine ausführliche Darstellung der persönlichen, familiären und beruflichen Daten. Im vierten Teil werden die konkreten, objektiven Befunde dargelegt, welche im Rahmen der internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Abklärung erhoben wurden. Im fünften Teil werden die komplementären Untersuchungen und Befunde erwähnt. Im sechsten Teil folgen die Zusammenführung der erhobenen Befunde und die interdisziplinäre Diskussion. Im siebten und letzten Teil werden abschliessend Fragen der Vorinstanz beantwortet.

E. 7

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Einwände des Beschwerdeführers geeignet sind, die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen, sodass eine erneute Begutachtung notwendig ist.

E. 7.1

Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem

Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen dann, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. die Urteile des BGer 8C_694/2008 E. 5.1 und I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2).

E. 7.2

Dies muss sinngemäss auch dann geltend, wenn - wie im vorliegenden Fall - von Seiten des Versicherten im Nachhinein Arztberichte oder Gutachten mit abweichenden Befunden und Diagnosen vorgelegt werden. Die mit der Beschwerdeergänzung vom 13. Mai 2014 (BVGer act. 11) beigebrachten, im April 2014 erstellten medizinischen Unterlagen (deutsche Übersetzung in BVGer act. 15), welche vom Beschwerdeführer als neutrale psychiatrische Gutachten bezeichnet werden, enthalten keine neuen objektiv feststellbare Gesichtspunkte, die geeignet wären, zu einer anderen Beurteilung zu führen. Inwiefern die dort erwähnten Diagnosen eines persistierenden somatoformen Schmerzsyndroms, einer Dysthymie oder einer Angstsymptomatik eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit rechtfertigen würde, wird aus den beiden Berichten in keiner Weise ersichtlich. Wie vom medizinischen Dienst der Vorinstanz in der Stellungnahme vom 22. September 2014 zutreffend festgestellt wird (Beilage zur Duplik in BVGer act. 29), reichen die mit der Beschwerdeergänzung eingereichten Unterlagen an die Qualität und Aussagekraft des CEMed-Gutachtens bei Weitem nicht heran. Sie erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung an einen Arztbericht nicht.

E. 7.3

Einer der mit der Beschwerdeergänzung vom 13. Mai 2014 (BVGer act. 11) beigebrachten Berichte wurde von einer Psychologin, Frau E._____, verfasst. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung hängt der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise davon ab, ob der Gutachter oder die Gutachterin über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Hingegen ist der FMH-Facharztstitel (bei Ärzten aus der Schweiz) nicht Voraussetzung (Urteil des BGer 9C_270/2008 vom 12. August 2008 E. 3.3). Die fachliche Qualifikation der Expertin spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse der Expertin verlassen können. Deshalb ist für die Eignung einer Ärztin als Gutachterin in einer bestimmten medizinischen Disziplin eine entsprechende nachgewiesene Fachkenntnis der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Ärztin vorausgesetzt (vgl. Urteile des BGer I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und 9C_53/2009 vom 29. Mai 2009 E. 4.2). Daraus folgt, dass der Bericht der Psychologin E._____, die über keine fachmedizinische psychiatrische Ausbildung verfügt, die beweisrechtlichen Voraussetzungen an eine spezialärztliche Expertise nicht erfüllt. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung ist dieser Bericht zwar nicht unbeachtlich. Der Beweiswert ist jedoch begrenzt und im Vergleich zu einer spezialärztlichen Expertise wie dem CEMed-Gutachten herabgesetzt.

E. 7.4

Der ebenfalls der Beschwerdeergänzung vom 13. Mai 2014 (BVGer act. 11) beigelegte Bericht von Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 13. bzw. vom 20. Dezember 2011 lag schon dem CEMed vor und wurde folglich von den an der Abklärung beteiligten Ärzten berücksichtigt. Die CEMed-Gutachter haben überzeugend dargelegt, weshalb sie im Vergleich mit dem dramatischen Bild, das sich aus dem Dossier ergibt, zu einer weitaus positiveren Einschätzung hinsichtlich des Gesundheitszustands gelangt sind. Dabei nehmen sie unter anderem auf mehrfache positive Eigenangaben des Beschwerdeführers Bezug, was vom Gericht entsprechend zu würdigen ist. Die positivere gutachterliche Einschätzung deckt sich denn auch mit den Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers (act. 51, Seite 5). Dieser steht morgens um neun Uhr auf, um zu frühstücken. Anschliessend macht er einen Spaziergang mit dem Hund. Nach seiner Rückkehr diskutiert er ein bisschen mit seiner Ehefrau. Manchmal fährt er mit ihr aus, um Kommissionen zu erledigen, wobei er den Wagen jeweils selber lenkt. Am Nachmittag geht er erneut mit seinem Hund nach draussen. Er ist seiner Ehefrau zudem bei der Zubereitung der Mahlzeiten behilflich und unternimmt mit ihr auch weitere Aktivitäten. Regelmässig pflegt er auch den Kontakt mit seinen beiden erwachsenen Kindern und mit seinem Bruder. Ferner beschäftigt er sich mit Lektüre. Die geschilderten Aktivitäten sprechen gegen ein invalidisierendes psychiatrisches Geschehen. Das CEMed-Gutachten ist stringent und widerspruchsfrei.

E. 7.5.1

Nach der Rechtsprechung muss der zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es indes in erster Linie darauf an, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des BGer 8C_942/2009 vom 29. März 2010 E. 5.2 mit Hinweisen). Trifft dies - wie hier - zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht das entscheidende Kriterium. Vorliegend konnten die wesentlichen medizinischen Feststellungen wie die psychiatrische Diagnosestellung, die Belastbarkeitsbeurteilung oder deren Auswirkung auf das Erwerbsleben anhand einer einmaligen Konsultation getroffen werden. Das Mass an gutachterlicher Eigenwahrnehmung erscheint nicht als unzureichend, zumal der Gutachter Dr. med. D._____ für die entscheidungswesentliche Folgenabschätzung unbestrittene Angaben über die Alltagsgestaltung als Beurteilungsmassstab heranziehen konnte und insofern eine weitergehende Tatsachenforschung nicht offensichtlich erforderlich war (vgl. Urteil des BGer 9C_246/2010 vom 11. Mai 2010 E. 2.2.2).

E. 7.5.2

Über das geeignete Vorgehen bei einer Begutachtung entscheidet grundsätzlich der fachkundige Experte (vgl. Urteil des BGer 8C_124/2008 vom 17. Oktober 2008 E. 6.3.1 mit Hinweis auf BGE 134 V 231 E. 5.1). Deshalb ist es seine Aufgabe zu entscheiden, wie lange das Explorationsgespräch dauern soll. Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass in Kenntnis der bereits ausgewerteten Vorakten eine gezielte Fragestellung erfolgen konnte, was sich auf die Dauer der Begutachtung auswirkte. Mithin ist nicht anzunehmen, dass am CEMed bzw. von Dr. med. D._____ ein unzureichender Aufwand betrieben wurde, um den Beschwerdeführer psychiatrisch abzuklären.

E. 7.5.3

Soweit in der Beschwerdeergänzung (BVGer act. 11) die Dauer des Explorationsgesprächs bemängelt wird, die vom Beschwerdeführer mit fünfzehn Minuten angegeben wird, ist festzustellen, dass es sich um eine reine Parteibehauptung handelt, da hierfür kein Beleg existiert. Die im Gutachten angeführten Informationen sprechen gegen eine zu kurze Begutachtungsdauer. Im Übrigen liegt es in der Natur der Sache, dass eine psychiatrische Begutachtung sich nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum stützen kann wie die Berichte behandelnder Fachleute. Dies allein vermag den Beweiswert einer Expertise allerdings nicht zu schmälern (vgl. Urteil des BGer 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.5).

E. 7.6

Die vom Beschwerdeführer gerügte fehlende Bezugnahme auf ein anerkanntes Klassifikationssystem wie das DSM oder das ICD schmälert die Aussagekraft des CEMed-Gutachtens nicht. Eine entsprechende Codierung der Diagnosen ist nicht Voraussetzung, um einen Arztbericht oder ein Gutachten als beweiswertig einzustufen. Die Diagnose muss jedoch lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Nachdem eine zurückbleibende psychiatrische Diagnose verworfen wurde, stellte sich für den Gutachter Dr. med. D. _____ die Frage nach der DSM- oder ICD-Codierung nicht. Insofern ist der Einwand des Beschwerdeführers unbehelflich. Ferner ist die Aussagekraft eines psychiatrischen Gutachtens auch nicht davon abhängig, ob testpsychologische Abklärungen zum Schweregrad einer Erkrankung vorgenommen wurden. Testpsychologische Untersuchungen - wie sie zuletzt etwa die Psychologin E. _____ durchgeführt hat (BVGer act. 11, Beilage 1) - sind lediglich ein Hilfsmittel, die über den Verlauf, den Schweregrad und die Prognose einer depressiven Störung nur Beschränktes auszusagen vermögen (vgl. Urteil des BGer I 192/09 vom 19. September 2006 E. 3). Ausschlaggebend bleibt das Ergebnis der klinischen Untersuchung. In Bezug auf den Verzicht auf die Durchführung solcher Tests ist auf die Fachkenntnis und den Ermessensspielraum des Experten hinzuweisen (vgl. Urteil des BGer 9C_811/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

E. 7.7

Die psychische Vorbelastung und Schmerzgeschehen waren den begutachtenden Fachärzten des CEMed bekannt und wurden von ihnen abgeklärt. Während eine zurückbleibende psychiatrische Diagnose verworfen wurde, wurde das Schmerzgeschehen bei der Benennung des Belastungsprofils berücksichtigt. Dabei muss es sein Bewenden haben. Auf die Ausführungen des Beschwerdeführers ist der Vollständigkeit halber anzumerken, dass eine Dysthymie eine chronische depressive Verstimmung ist, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (Urteil des BGer 8C_623/2013 vom 11. März 2014 E. 3.2). Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse der Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber, wenn sie nicht zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt, nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des IVG gleich. Eine Dysthymie, wie sie dem Beschwerdeführer in den mit der Beschwerdeergänzung vom 13. Mai 2014 (BVGer act. 11) beigebrachten, im April 2014 erstellten medizinischen Unterlagen (deutsche Übersetzung in BVGer act. 15) zugeschrieben wurde, ist allein somit nicht invalidisierend (SVR 2011 IV

Nr. 17 S. 44, vgl. Urteile des BGer 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2 mit Hinweis und 8C_303/2012 vom 6. Dezember 2012 E. 4.2 mit weiterem Hinweis). Gleiches gilt für eine Anpassungsstörung (SVR 2008, IV Nr. 15, Seite 43).

E. 7.8

Das Gutachten des CEMed ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Es ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein. Die Schlussfolgerungen des Internisten, des Orthopäden und des Psychiaters sind begründet und für den medizinischen Laien nachvollziehbar. Das Gutachten des CEMed erfüllt damit die Anforderungen der Rechtsprechung an einen Arztbericht, weshalb dem Gutachten der volle Beweiswert zukommt. Folglich ist mit den involvierten Fachärzten davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Maler auf dem Bau nicht mehr zumutbar ist. Eine adaptierte Tätigkeit ist demgegenüber vollschichtig möglich, wobei das Rendement wegen des vermehrten Pausenbedarfs um 20 % reduziert ist (act. 51, Seite 13).

E. 7.9

Nachdem die Einschätzung im CEMed-Gutachten auch vom medizinischen Dienst der Vorinstanz aufgrund der Aktenlage geprüft und für zutreffend erachtet worden ist (act. 54 und 57), erübrigen sich weitere Abklärungen in der Schweiz, wie sie vom Beschwerdeführer gefordert werden. Wenn - wie im vorliegenden Fall - die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung führen, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist in antizipierter Beweiswürdigung auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (vgl. Ueli Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz. 450; Fritz Gygi, a.a.O., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 464 E. 4a, BGE 122 III 219 E. 3c, BGE 120 1b 224 E. 2b, BGE 119 V 335 E. 3c mit Hinweisen).

E. 8

Abschliessend sind die erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens zu prüfen. Die Vorinstanz ist beim Beschwerdeführer (Jahrgang 1952), der im Verfügungszeitpunkt knapp 61 Jahre alt war, von der Verwertbarkeit des verbleibenden Leistungsvermögens ausgegangen, ohne dass vorgängig eingehendere Abklärungen stattgefunden hätten.

E. 8.1

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteil des EVG I 831/05 vom 21. August 2006 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Die im gesamten Bereich des Sozialversicherungsrechts geltende Schadenminderungspflicht und die daraus abgeleitete Selbsteingliederungslast (vgl. BGE 113 V 22 E. 4a S. 28 mit Hinweisen; Urteil des BGer

9C_916/2010 vom 20. Juni 2011 E. 2.2) gebieten grundsätzlich, die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit möglichst früh zu beantworten (Urteil des BGer 9C_272/2014 vom 30. Juli 2014).

E. 8.2

Bei der Beurteilung der Frage nach der Verwertbarkeit ist auf den Zeitpunkt abzustellen, in dem die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbsfähigkeit feststeht. Die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit steht fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E. 3.3 f). Im vorliegenden Fall stand das zumutbare Leistungsprofil mit dem Gutachten des CEMed vom 9. April 2013 zuverlässig fest (act. 51). Damals war der am (...) 1952 geborene Beschwerdeführer sechzig Jahre und vier Monate alt. Damit verblieb bis zur ordentlichen Pensionierung mit Vollendung des 65. Altersjahrs gemäss Art. 21 Abs. 1 Bst. a des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG, SR 831.10) eine Resterwerbsdauer von immerhin vier Jahren und acht Monaten.

E. 8.3

Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (vgl. Urteile des BGer 9C_153/2011 vom 22. März 2012 E. 3.1 und 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

E. 8.4

Der Beschwerdeführer ist nach der plausiblen Einschätzung des CEMed in einer angepassten Tätigkeit lediglich insofern eingeschränkt, als das Rendement wegen eines vermehrten Pausenbedarfs um 20 % eingeschränkt ist (act. 51, Seite 13). Namentlich ist ein vollschichtiges Pensum möglich. Unter Berücksichtigung der orthopädischen Beeinträchtigungen im Bereich von Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des rechten Knies wurde eine angepasste Arbeit seitens der Gutachter nachvollziehbar folgendermassen spezifiziert: sitzende Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten, keine Beanspruchung der Wirbelsäule, mit der Möglichkeit, die sitzende Position mit einer stehenden Position abzuwechseln (act. 51, Seite 11; vgl. zu den funktionellen Einschränkungen auch act. 57, Seite 2, und act. 59, Seite 2). Dieses Belastungsprofil ist nach der Einschätzung des medizinischen Dienstes mit diversen denkbaren Beschäftigungsmöglichkeiten vereinbar. In Betracht fallen namentlich die in der Stellungnahme vom 9. September 2014 (act. 57, Seite 4) nicht abschliessend aufgezählten Arbeiten: Hausmeister in einem Mehrfamilienhaus oder Betrieb, Aufsichtsperson in einem Parkhaus oder Museum, Magaziner in der Lagerbewirtschaftung, kleine Lieferungen mit einem Fahrzeug, Instandsetzung von kleinen Gerätschaften und Haushaltsartikeln, einfache Bürotätigkeiten (Protokollierung, Datenerfassung, Ablage, Archivierung), Rezeptionist und Telefonist. Nicht als zumutbar erachtet wurden vom medizinischen Dienst hingegen folgende Arbeiten: unqualifizierter Arbeiter in Fertigung und Produktion, Tätigkeiten im Versandhandel, Verkäufer im

Detailhandel, Kassierer, Billettverkäufer, Verteilung der internen Post, Botengänge.

E. 8.5

Damit ist erstellt, dass dem Beschwerdeführer trotz der gesundheitlichen Einschränkung eine nicht geringe Anzahl zumutbarer Verweistätigkeiten offensteht. Bei den bezeichneten, aus medizinischer Sicht möglichen Arbeiten handelt es sich ausnahmslos um körperlich leichte Tätigkeiten mit in jeder Hinsicht geringen Anforderungen. Entsprechend können sie ohne einen erheblichen Einarbeitungsaufwand und ohne fachliche Vorkenntnisse verrichtet werden. Die Umstellung auf eine einfache Arbeit ist dem aus psychiatrischer Sicht nicht beeinträchtigten, normal intelligenten Beschwerdeführer ebenso zumutbar wie der Wechsel in ein unselbständiges Beschäftigungsverhältnis. Gerade mit Blick auf einfache Tätigkeiten - wie sie der medizinische Dienst benannt hat - kann das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers von sechzig Jahren und vier Monaten im massgeblichen Zeitpunkt nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein.

E. 8.6

Das trotz einer gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (vgl. dazu im Einzelnen SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C_830/2007 E. 5.1). Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um einen theoretischen und abstrakten Begriff, der dazu dient, den Leistungsanspruch der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Stellenangebot und der Nachfrage. Andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre verbleibende Erwerbsfähigkeit zu verwerten. Für die Bemessung der Invalidität ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (vgl. BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 Seite 320 E. 3b und AHI 1998 S. 291 E. 2b).

E. 8.7

Auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, welcher hier massgebend ist, steht nach dem Gesagten einer Stellennachfrage ein offenes Stellenangebot gegenüber. Eine allfällige Chancenlosigkeit auf konkreten Stellenmarkt fällt nicht in den Leistungsbereich der Invalidenversicherung. Unter den Bedingungen eines ausgeglichenen Stellenmarktes wurde auf Seiten der Vorinstanz zu Recht von der wirtschaftlichen Umsetzbarkeit des verbleibenden Leistungsvermögens ausgegangen. Der Beschwerdeführer hat sich das Einkommen aus einer zumutbaren Verweistätigkeit während der verbleibende Erwerbsdauer von vier Jahre und acht Monate bzw. ab Beginn des Rentenanspruchs anrechnen zu lassen.

E. 9.1

Im Einkommensvergleich (act. 20) hat die Vorinstanz das Einkommen eines baugewerblichen Angestellten mit speziellen Berufskenntnissen (Valideneinkommen) dem

Einkommen für einfache und repetitive Tätigkeiten (Invalideneinkommen) gegenüber gestellt. Dabei wurde auf die monatlichen Durchschnittslöhne gemäss der schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik, Ausgabe 2008, abgestellt. Dieses Vorgehen ist im vorliegenden Fall sachgerecht, weil genauere Angaben zum Valideneinkommen im Rahmen der selbständigen Erwerbstätigkeit als Maler auf dem Bau nicht eruiert sind. Die Bestimmung des Invalideneinkommens hat mittels Lohnstrukturerhebung zu erfolgen, da der Beschwerdeführer nicht mehr erwerbstätig ist.

E. 9.2

Vom Invalideneinkommen wurde ein leidensbedingter Abzug von 20 % gewährt. Dieser Abzug erfolgte zur Berücksichtigung der gesamten persönlichen und beruflichen Umstände wie namentlich der Einschränkung in einer Verweistätigkeit, dem fortgeschrittenen Alter, der langen Dauer der selbständigen Erwerbstätigkeit und der fehlenden beruflichen Bildung. Die Frage, ob ein behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter Leidensabzug vorzunehmen sei, ist eine Rechtsfrage, während jene nach der Höhe des Abzuges eine typische Ermessensfrage darstellt (vgl. Urteil des BGer 8C_490/2011 vom 11. Januar 2012 E. 1.3). Das erstinstanzliche Gericht darf sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich vielmehr auf Gegebenheiten stützen können, die seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (vgl. BGE 137 V 71 E. 5.2). In Anbetracht der genannten konkreten Umstände erscheint der gewährte Abzug von 20 % insgesamt als angemessen. Eine Korrektur durch das Gericht drängt sich nicht auf.

E. 9.3

Der Einkommensvergleich der Vorinstanz (act. 20) ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden. Aufgrund des resultierenden Invaliditätsgrads von 48 % mit Wirkung ab dem 1. Juni 2009 hat die Vorinstanz dem Beschwerdeführer zu Recht eine Viertelsrente gewährt. Aufgrund der nachträglichen Gesuchstellung am 1. April 2011 (act. 1) entsteht der Rentenanspruch in Nachachtung von Art. 29 Abs. 1 IVG erst am 1. Oktober 2011.

E. 10

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einwände des Beschwerdeführers gegen das Gutachten des CEMed nicht stichhaltig sind. Entgegen seinem Vorbringen handelt es sich um ein beweiskräftiges Gutachten, weshalb sich die Vorinstanz zu Recht an der dortigen Einschätzung des Leistungsvermögens orientiert hat. Da dem Beschwerdeführer zumindest in adaptierten Verweistätigkeiten eine auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt vollschichtig verwertbare Arbeitsfähigkeit von 80 % verbleibt, hat er sich ein entsprechendes Invalideneinkommen anrechnen zu lassen. Nach Vornahme eines leidensbedingten Abzugs von 20 % resultiert ein Anspruch auf eine Viertelsrente der schweizerischen Invalidenversicherung. Die angefochtene Verfügung erweist sich gestützt auf die obigen Erwägungen als rechtmässig. Die Beschwerde ist unbegründet und vollumfänglich abzuweisen. Die angefochtene Verfügung ist zu bestätigen.

E. 11

Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 400.- festgelegt und mit dem Kostenvorschuss des Beschwerdeführers von insgesamt Fr. 408.65 verrechnet (Fr. 396.61 + Fr. 12.05; vgl. BVGer act. 8 und 17). Der verbleibende Betrag von Fr. 8.65 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Weder die obsiegende Vorinstanz noch der unterliegende Beschwerdeführer haben einen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des

Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2] und Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

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