

# **BVGer C-7530/2014 vom 16. September 2016**

Bundesverwaltungsgericht, 2016-09-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-7530\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-7530_2014)

FR: TAF C-7530/2014 du 16 septembre 2016

IT: TAF C-7530/2014 del 16 settembre 2016

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 VwVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung vom 20. November 2014 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Er ist daher zur Beschwerde legitimiert.

### **E. 1.4**

Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und der Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 VwVG und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin ist eine in Spanien wohnhafte spanische Staatsangehörige, sodass 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).

### **E. 2.2**

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art.15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates

vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit 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 abgelöst worden.

### **E. 2.3**

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitglied-staat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

### **E. 2.4**

Nach Art. 46 Abs.3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Dies trifft im Verhältnis der Schweiz zu den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht zu, weshalb die Frage des Anspruchs auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

### **E. 3.1**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG).

### **E. 3.2**

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1 und 131 V 11 E. 1). 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 E. 1.2.1).

### **E. 3.3**

Damit finden grundsätzlich jene materiellen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. November 2014 in Kraft standen; weiter aber auch solche Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung des streitigen Sachverhalts im vorliegend massgebenden Zeitraum von Belang sind (für das IVG: ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129; 5. IV-Revision] sowie in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]; die Verordnung vom 17. Januar 1961 über die

Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] in den entsprechenden Fassungen). Ferner sind das ATSG und die Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV, SR 830.11) anwendbar.

#### **E. 3.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche 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 zu 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). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch 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, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie die Beschwerdeführerin - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

#### **E. 3.5**

Gemäss Art. 7 Abs. 1 IVG muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern (Schadenminderungspflicht).

#### **E. 3.6**

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades muss beurteilt werden, ob die versicherte Person als (teil-)erwerbstätig oder nicht erwerbstätig einzustufen ist, was entsprechenden Einfluss auf die anzuwendende Methode der Invaliditätsgradbemessung hat. Zu prüfen ist, was die versicherte Person bei im Übrigen unveränderten Umständen tun würde, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestehen würde. So sind insbesondere bei im Haushalt tätigen versicherten Personen die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausreicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 3.3; BGE 133 V 477 E. 6.3; BGE 125 V 146 E. 2c, je mit Hinweisen).

#### **E. 3.7**

Bei einer erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das diese nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch ei-ne ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, Art. 16 ATSG). Die Verweisungstätigkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen, wobei es unerheblich ist, ob der Versicherte seine Restarbeitsfähigkeit tatsächlich verwertet oder nicht.

### **E. 3.8**

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, insbesondere bei Hausfrauen, wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs, Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen, nicht erwerbstätigen Personen gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV).

### **E. 3.9**

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode, Art. 28a Abs. 3 IVG; vgl. dazu aber Urteil des BVGer C-300/2014 vom 27. Juli 2016 E. 5.7.3).

### **E. 4.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Leistungsbegehren gleich wie im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung - wie vorliegend - auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 83 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 f.).

### **E. 4.2**

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die

Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

#### **E. 4.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, 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 (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

#### **E. 4.4**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 4.5**

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 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 mit Hinweisen). 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 Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2, mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 4.6**

Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung 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 351 E. 3b; AHI 2001 S. 114 E. 3b; Urteil des BGer I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen

gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Berichte der behandelnden Ärzte schliesslich sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen; vgl. aber Urteil des BGer 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

#### **E. 4.7**

Das Parteigutachten ist nicht prinzipiell wertlos. Indessen besitzt es auch nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von der Versicherung nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3c sowie UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Art. 43 Rz. 55). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten 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 (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b, 122 V 160 E. 1c, 123 V 178 E. 3.4. sowie Kieser, a.a.O.).

#### **E. 4.8**

Im Weiteren ist festzuhalten, dass die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht an die Feststellungen ausländischer Versicherungs-träger, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn gebunden sind (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch Zeitschrift für die Ausgleichskassen [ZAK] 1989 S. 320 E. 2).

#### **E. 5.1**

Vorliegend ist zu prüfen, ob im Zeitraum zwischen dem Entscheid der Vorinstanz vom 17. Juni 2005 und dem vorliegend angefochtenen Entscheid vom 20. November 2014 eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (vgl. vorne E. 4.1).

#### **E. 5.2**

Der ursprünglichen Verfügung vom 17. Juni 2005 lagen im Wesentlichen folgende medizinischen Stellungnahmen zugrunde (etliche Berichte in den Akten sind teilweise unleserlich): - Im Formular E 213 vom 1. Dezember 2003 (Dr. I.\_\_\_\_\_, doc. 15 S. 8) wurde im Wesentlichen eine degenerative Pathologie der zervikalen und lumbalen Wirbelkörper mit diversen Prolapsen diskal, ein teilweiser Riss des Supraspinatus rechts sowie eine depressive Störung festgehalten. Die Versicherte sei nur noch zu 60% arbeitsfähig (S. 10). - Der Röntgenbericht des Spitals Z.\_\_\_\_\_ vom 11. Februar 2003 (doc. 4), der Bericht des diagnostischen Zentrums Scanner Z.\_\_\_\_\_ vom 18. Juli 2003 (doc. 10), die Ultraschalluntersuchung vom 28. August 2003 (doc. 11) und der Bericht von Dr. J.\_\_\_\_\_ (Traumatologe und Orthopädischer Chirurg) vom 13. Oktober 2003 (doc. 13). - In seiner ersten Stellungnahme vom 24. November 2004 (doc. 37) hielt der IV-Arzt, Dr. B.\_\_\_\_\_, fest, die zuletzt als selbständige Landwirtin tätige Versicherte klage seit Februar 2003 über lumbale Rückenschmerzen. Die Verlaufsberichte bis Herbst 2003 erwähnten auch eine "Somatisation" und enthielten Hinweise auf den Beizug eines

Psychiater und schliesslich auf eine Operation. Er bat deshalb um ein orthopädisch/rheumatologisches Attest sowie um ein psychiatrisches Gutachten und danach um erneute Vorlage der Akten zur Stellungnahme. - Im Arztbericht von Dr. K. \_\_\_\_\_ (Psychiater) vom 16. Januar 2005 wird eine somatoforme Schmerzstörung, ohne anhaltende klinische Depression, diagnostiziert. Es bestehe keine psychisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (doc. 31). - Der Arztbericht von Dr. L. \_\_\_\_\_ (Rheumatologin) hielt am 28. Januar 2005 eine lumbale Spondylarthrose, eine Coxarthrose rechts und eine Tendinitis der Rotatorenmanschette an der rechten Schulter fest. Für einfache Gelegenheitsarbeiten sei die Beschwerdeführerin nicht gänzlich arbeitsunfähig (doc. 32). - Im Formular E 213 vom 15. März 2005 (Dr. M. \_\_\_\_\_, doc. 33) wurde eine lumbale Spondylarthrose, eine Coxarthrose rechts und eine Tendinitis der Rotatorenmanschette an der rechten Schulter festgehalten. Die Versicherte könne sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als Landwirtin als auch in einer adaptierten Tätigkeit leichte und mittelschwere Tätigkeiten vollzeitig ausführen (doc. S. 10). Auch die Arbeit im Haushalt sei ohne Hilfe möglich (S. 9). - Der IV-Arzt Dr. B. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2005 gestützt auf die neu eingegangenen Unterlagen fest, dass keine invalidisierenden Leiden vorlägen. Die Versicherte könne uneingeschränkt leichte bis mittelschwere Arbeiten machen. Auch im Haushalt lägen keine Einschränkungen vor (doc. 37).

### **E. 5.3**

Für den Zeitraum ab der ursprünglichen Verfügung vom 17. Juni 2005 bis zur angefochtenen Verfügung vom 20. November 2014 befinden sich folgende medizinische Unterlagen in den Akten: - Das mit Formular E 213 erstellte Gutachten von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2008, welcher die Beschwerdeführerin persönlich untersuchte, stellte eine Spondylose des Rückgrats, eine somatische Störung, eine chronische Tendinopathie der Rotatorenmanschette der rechten Schulter sowie einen teilweisen Riss des Supraspinatus rechts fest (doc 43 S. 9). Es erwähnte keine neurologischen Defizite (vgl. doc. 43 S. 6 Ziff. 4.10), indessen eine funktionelle Einschränkung des rechten Arms bzw. der rechten Schulter der Beschwerdeführerin für Aktivitäten, die ein wiederholtes Heben und/oder eine wiederholte Belastung über die Horizontale hinaus erforderten (vgl. doc. 43 S. 6 Ziff. 4.8.2, S. 7 Ziff. 5.4.3, S. 9 Ziff. 8). Sinngemäss gelangte Dr. N. \_\_\_\_\_ zum Schluss, seit dem 2. Dezember 2003 sei die Beschwerdeführerin als Landwirtin zu 50% arbeitsunfähig. Seither sei sie allerdings in der Lage, Tätigkeiten im Haushalt ohne Hilfe Dritter und mittelschwere Verweisungstätigkeiten, etwa Bildschirmtätigkeiten, solche als Verkäuferin, Botin oder mit Positionswechsel (sitzend/stehend), vollschichtig auszuüben. Zu vermeiden seien indessen Zeitdruck, regelmässiges Bücken, Heben und Transportieren von Gegenständen sowie dauerndes Sitzen (vgl. doc. 43 S. 10 f.). - Die Stellungnahme des IV-Arztes, Dr. C. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Allgemeine Medizin). Er stellte am 2. Dezember 2008 als Hauptdiagnosen eine Läsion der rechten Rotatorenmanschette, lumbale Diskusprotusionen mit rezidivierendem Lumbago ohne neurologische Beteiligung sowie eine ängstlich-depressive Gemütsverstimmung fest (doc. 64). In der angestammten Tätigkeit als selbständige Landwirtin sei die Beschwerdeführerin wegen der Läsion der Rotatorenmanschette an der rechten Schulter zu 20% und für Arbeiten im Haushalt zu 17% arbeitsunfähig. Leichte und mittelschwere wechselbelastende Verweistätigkeiten seien ihr aber vollschichtig zumutbar. - Der Bericht der Abteilung für MRT des Diagnostikzentrums Z. \_\_\_\_\_ vom 6. Juli 2010 (Dr. O. \_\_\_\_\_), in welchem eine Hyperintensität in T2 und leichte generalisierte Bandscheibenprotrusionen festgestellt wurden. Der Befund deute auf Bandscheibendegeneration hin. Die Ausrichtung und Höhe der Wirbel seien erhalten (doc.

126). - Der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_\_ (Traumatologe/Orthopäde) vom 5. Dezember 2011 (doc. 124). Darin werden - bestätigt durch Kernspinnresonanz - chronische Lumbalgien in Zusammenhang mit Bandscheibenprotrusionen der Intervertebralräume L4/L5 und L5/S1 diagnostiziert, des Weiteren eine chronische Lumboischialgie im Zusammenhang mit Foraminalstenose und radikulärer Kompression, mit Auswirkung auf die Nervenwurzeln von L5/S1 bilateral, Bandscheibenvorfälle der Intervertebralräume C5/C6 und C6/C7, degenerative Veränderungen beider Schultergelenke, eine chronische Bursitis im rechten Schultergelenk mit Kalkablagerungen, eine subakromiale Stenose beider Schultern, beidseitige Trochanteritis, assoziiert mit Pubalgie, beidseitige Chondropathia patellae, zudem ein sehr schweres Fibromyalgie-Syndrom und - unter Vorbehalt einer psychiatrischen Beurteilung - eine schwere chronische ängstlich-depressiv gemischte Störung. Die gesundheitlichen Einschränkungen führten zu einem Krankheitsbild, das definitiv die Arbeit als Hilfskraft in einer Klinik oder andere Erwerbsmöglichkeiten ausschliesse, die leichte Anstrengungen und Aufmerksamkeit über einen normalen Alltag hinaus erforderten. - Der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_\_ (Neurologe und Psychiater) vom 15. Dezember 2011 (doc. 122, B-act. 17). Darin wurde - u.a. nach Durchführung eines Beck-Tests (doc. 123) - eine schwere somatoforme Störung infolge permanenter Schmerzen mit schweren ängstlich-depressiven Manifestationen, eine ausgeprägte zerebrovaskuläre Insuffizienz, ein Schwindelsyndrom mit Merkmalen von Morbus Menière, flüchtige Episoden räumlich-zeitlicher Desorientierung sowie ein leichtes kognitives Defizit festgehalten. Die Beschwerdeführerin sei dauerhaft zu 70% arbeitsunfähig (doc. 122 S. 5). - Der Bericht der Regionalregierung Galiziens vom 30. April 2012 (Arzt unleserlich), welcher u.a. eine Depression, eine Fibromyalgie und lumbale Bandscheibenvorfälle festhielt (doc. 125, B-act. 17). - Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS-Stelle (ABI) vom 15. April 2013, in welchem fünf Ärzte gestützt auf eine persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin und bildgebende Verfahren Stellung nahmen (doc. 108): a) Dr. P.\_\_\_\_\_ (Allgemeinmediziner) stellte fest, dass keine allgemeininternistische Diagnose bestehe. Die Arbeitsfähigkeit sei aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 5). b) Dr. H.\_\_\_\_\_ (Psychiater) stellte einzig eine ängstlich depressive Störung (ICD-10 F41.2) fest. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht (S. 8, 9). c) Dr. Q.\_\_\_\_\_ (Orthopäde) hielt als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit chronisch lateral betonte Knieschmerzen rechts (M25.56) mit klinischem Verdacht auf laterale Meniskusläsion (M23.2) sowie ein chronisch lumbovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel (M54.5), verursacht durch mittelgradige degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule mit Osteochondrosen und Spondylosen (M42.1/M47.86) fest. Die Explorandin warte auf eine arthroskopische Operation des rechten Knies, welche aus logistischen Gründen noch nicht habe durchgeführt werden können. Neu angefertigte Röntgenbilder bestätigten degenerative Veränderungen an der unteren Lendenwirbelsäule, die das altersentsprechende Mass etwas überschritten. Die beginnende Koxarthrose links, ein Hallux valgus rechts, die Kalkschulter rechts sowie das zervikovertebrale Schmerzsyndrom hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13/14). Da die Explorandin schon lange aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sei, lasse sich keine angestammte Tätigkeit bestimmen. Für körperlich leichte Tätigkeiten, wo eine Hebe- und Traglimite von 10 kg nicht überschritten werde, und keine langdauernde Zwangshaltung des Rumpfes oder der unteren Extremitäten vorkämen, bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. - d) Dr. R.\_\_\_\_\_ (Rheumatologe) hielt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

einen hochgradigen Verdacht auf laterale Meniskusläsion rechts (S83.2) sowie ein intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (M54.5) fest, dazu eine Wirbelsäulenfehlform/Fehlhaltung (deutlich thorakolumbal linkskonvexe Skoliose), eine degenerative Spondylose L3 und L4, beginnende Spondylarthrose L4/5, L5/S1, einen prominenten Processus spinosus (Dornfortsatz; DD: Morbus Baastrup) und eine mässige muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen fest. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Status nach Schulterimpingement-Syndrom rechts (M75.4) und ein Verdacht auf diskret beginnende Coxarthrose links (M16.0). Eine eigentlich relevante Schmerzsymptomatik habe bei der LWS-Untersuchung nicht festgestellt werden können (S. 18/19). Aus rheumatologischer Sicht bestehe für jegliche regelmässig mittel- bis schwer belastende Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten bis nur selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe hingegen unter bestimmten qualitativen Arbeitsplatzbedingungen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit e) Dr. S. \_\_\_\_\_ (Neurologe) stellte ein unspezifisches generalisiertes Schmerzsyndrom fest. Aus somatisch-neurologischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 21/22). f) In der von allen fünf Ärzten unterzeichneten Gesamtbeurteilung hielt die MEDAS-Stelle fest, bei ihren orthopädischen und rheumatologischen Untersuchungen sei der Verdacht auf eine laterale Meniskusläsion rechts bei chronischen Knieschmerzen sowie ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance erhoben worden. Die Befunde im Schultergürtelbereich, insbesondere an der rechten Schulter seien unauffällig gewesen. Von Seiten des Bewegungsapparates seien der Explorandin aufgrund der degenerativen Veränderungen körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestünden weder zeitliche noch leistungsmässige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Bei der neurologischen Untersuchung seien keine pathologischen Befunde am peripheren Nervensystem festgestellt worden. Eine radikuläre Symptomatik bestehe nicht. Die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht zusätzlich eingeschränkt. Im allgemeininternistischen Status seien unauffällige Befunde erhoben worden, so dass auch von dieser Seite her keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine ängstlich depressive Störung diagnostiziert worden. Die Stimmung sei leicht herabgesetzt gewesen. Eine wesentliche Beeinträchtigung der Explorandin durch die depressive Symptomatik bestehe nicht. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Zusammengefasst sei die Explorandin aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100% arbeits- und leistungsfähig. Körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten seien ihr nicht mehr zumutbar. Für angepasste Tätigkeiten sei davon auszugehen, dass bisher keine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten könne nicht genau festgelegt werden. Die von der Explorandin bisher ausgeübten Tätigkeiten entsprächen weitgehend dem angepassten Belastbarkeitsprofil. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich schwer Tätigkeiten könne ab der erstmaligen Erwähnung degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule im Jahre 2003 angenommen werden (S. 23 f.). - In seiner Stellungnahme vom 24. Juni 2013 (doc. 115) bestätigte der IV-Arzt, Dr. C. \_\_\_\_\_, die erhobenen Diagnosen

der Ärzte der MEDAS-Stelle. Deren Expertisen seien umfassend, sorgfältig und einwandfrei. Die Schlussfolgerungen seien gut begründet und problemlos nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit, für Arbeiten im Haushalt und für Verweistätigkeiten in einer angepassten Tätigkeit zu 0% arbeitsunfähig. Einzig für hier nicht zur Diskussion stehende schwere und mittelschwere Arbeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Damit deckten sich die Ausführungen der Expertise mit seiner früheren Beurteilung vom 2. Januar (recte: 2. Dezember) 2008 (doc. 64) insbesondere in der Schlussfolgerung und deren Begründung praktisch vollständig. Die Beurteilung in der Expertise sei bei ausgewiesener Qualität zu übernehmen. - In seiner zweiten Stellungnahme vom 29. November 2013 (doc. 129) bestätigte Dr. C.\_\_\_\_\_ seine bisherige Einschätzung vom 24. Juni 2013. Die nachträglich im Einspracheverfahren eingereichten Unterlagen stammten alle aus der Zeit vor der polydisziplinären Untersuchung durch die MEDAS-Stelle. Die Diagnosen, Symptome und Befunde in den neu beigebrachten Dokumente seien alle anlässlich der interdisziplinären Untersuchung durch die MEDAS-Stelle bereits diskutiert worden und sie seien dort in die Einzel- und Gesamtbewertung eingeflossen. Die Expertisen seien professionell einwandfrei und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar und gut begründet; zudem deckten sie sich mit früher gemachten schweizerischen Expertisen. Die Einwände eines Nichtmediziners seien zum Teil offensichtlich falsch (Triggerpunkte). Kognitive Defizite, Schwindel und Zeichen einer Menière-Erkrankung und die behauptete vaskuläre cerebrale Insuffizienz hätten von den Experten nicht gefunden werden können. - Dr. G.\_\_\_\_\_ (IV-Psychiater) wies in seiner Stellungnahme vom 2. April 2014 u.a. darauf hin, dass Dr. U. H.\_\_\_\_\_ den psychiatrischen Bericht von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 29. November 2011 nicht erwähnt habe. Er solle eine diesbezügliche Ergänzung anbringen (doc. 132). - In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 3. Juni 2014 führte Dr. H.\_\_\_\_\_ aus, im neuropsychologischen Untersuchungsbericht von Dr. M. E.\_\_\_\_\_ seien verschiedene Einschränkungen genannt worden (starke Schmerzen, Fibromyalgie, verminderte Energie, Apathie, Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der Beziehungen, Schwindel, eingeschränkte Orientierung, eingeschränkte kognitive Funktionen). Dabei handle es sich definitionsgemäss um subjektive Angaben. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei die Stimmung leicht herabgesetzt gewesen, leicht depressiv. Es seien auch leichte Ängste beklagt worden. Jedoch lebe die Explorandin alleine in einem Einfamilienhaus, führe den Haushalt selbständig, beklage sich nicht über Schlafstörungen, sei täglich mit den Hunden unterwegs, sei in der Lage, Auto zu fahren, besuche zweimal pro Woche mit dem Auto ihre Mutter in 30 km Entfernung, habe regelmässig Kontakt mit ihrer in Spanien lebenden Schwester, Lebensverleider oder Suizidgedanken seien explizit verneint worden. Aufgrund der gemachten Angaben hätten also keine Hinweise für eine mittelgradige oder schwere depressive Störung oder eine ausgeprägte Angststörung festgestellt werden können. Die Explorandin habe nie ein schweres Schädelhirntrauma erlitten, leide nicht unter einer cerebralen oder einer schweren depressiven Störung. Da sie in der Lage sei, längere Strecken Auto zu fahren, könne sie nicht an Konzentrationsstörungen leiden. Die ambulante psychiatrische Behandlung der Explorandin sei Ende 2011 beendet worden. Entgegen eigener Angaben und derjenigen ihres bis Ende 2011 behandelnden Psychiaters nehme sie die Antidepressiva gemäss den Blutuntersuchungen der MEDAS kaum ein. An den bisherigen Schlussfolgerungen sei festzuhalten. Die Beschwerdeführerin sei in einer körperlich leichten bis selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 Prozent arbeitsfähig (doc. 136). - In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 29. Oktober 2014

stellte Dr. G. \_\_\_\_\_ fest, dass die ergänzenden Ausführungen des MEDAS-Psychiaters Dr. H. \_\_\_\_\_ zum Untersuchungsbericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ dazu führten, dass er sich vorbehaltlos dem psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS-Stelle und den Schlussfolgerungen von Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 29. November 2013 anschliesse.

### **E. 6.1**

Die Beschwerdeführerin rügt im Wesentlichen, der tatsächliche Gesundheitszustand und die daraus resultierende Erwerbseinbusse seien völlig unzulänglich und unpräzise ermittelt worden. Die Gutachter (Psychiater und Rheumatologe) hätten nicht die zwingend notwendigen Diagnosemittel eingesetzt, weshalb zahlreiche Erkrankungen und ihre Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt worden seien. Das Krankheitsbild stelle sich wegen der schweren und mittlerweile chronischen rheumatologischen Erkrankungen mit Schmerzen und den daraus resultierenden psychischen Erkrankungen wesentlich schwerwiegender dar. Dies belegten die vorhandenen fachmedizinischen Gutachten (B-act. 1). Die Würdigung durch den IV-Arzt sei willkürlich, wenn er feststelle, dass sämtliche erkannten Gesundheitsstörungen nicht erwerbsmindernd seien. Zudem sei keine Berechnung des Invaliditätsgrades erfolgt (B-act. 12).

### **E. 6.2**

Die Vorinstanz wendet dagegen ein, die Beschwerdeführerin sei bei der MEDAS-Stelle polydisziplinär begutachtet worden. Da ein psychiatrisches Gutachten aus der Heimat nachgereicht worden sei, sei bei der MEDAS-Stelle zusätzlich eine ergänzende Stellungnahme eingeholt worden. Das Gutachten der MEDAS-Stelle entspreche vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung an ein beweiskräftiges Gutachten. Es liege im Ermessen des Gutachters zu entscheiden, welche Methoden der Abklärung zur Anwendung gelangen sollen. Der ärztliche Dienst sei übereinstimmend zur Auffassung gelangt, dass vorliegend bei der Invaliditätsbemessung die gemischte Methode anzuwenden sei. Die Beschwerdeführerin sei nur für schwere Arbeiten arbeitsunfähig, während sie in der zuletzt ausgeübten Pflēgetätigkeit (vgl. dazu doc. 141 S. 3), im Einpersonenhaushalt und generell in sämtlichen leichten Tätigkeiten voll arbeitsfähig sei.

### **E. 6.3**

Die Beschwerdeführerin rügt somit hauptsächlich die Qualität und damit den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens, auf welche sich die Vorinstanz hauptsächlich stützt. Dies führe zu einer unvollständigen und falschen Sachverhaltsabklärung. Deshalb ist nachfolgend der Beweiswert des MEDAS-Gutachtens zu prüfen.

#### **E. 7.1.1**

Der MEDAS-Psychiater, Dr. H. \_\_\_\_\_, stellt in seinem psychiatrischen Teilgutachten fest, dass die Explorandin an einer ängstlich-depressiven Störung leide, ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sie habe nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt und sei zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert gewesen. Infolge Rückbeschwerden und wegen depressiven Verstimmungen fühle sie sich nicht mehr in der Lage, einer körperlich wenig belastenden Tätigkeit nachzugehen (doc. 108 S. 8). Bis 2003 sei sie in der Landwirtschaft tätig gewesen, anschliessend habe sie in der Alterspflege gearbeitet, 2 Stunden täglich (S. 4). Von 2004 bis 2011 habe sie sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung befunden. Die Explorandin lebe allein in einem Einfamilienhaus und mache den Haushalt selbständig. Zweimal in der Woche besuche sie mit dem Auto ihre Mutter, welche 30 Kilometer von ihr entfernt lebe (S. 9). Sie nehme

entgegen ihren Angaben die verordneten Antidepressiva nicht ein. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht (S. 9).

#### **E. 7.1.2**

Dazu rügt die Beschwerdeführerin, die aus den Schmerzen resultierenden psychischen Erkrankungen seien wesentlich schwerer als vom MEDAS-Psychiater festgestellt, und das ängstlich-depressive Syndrom sei ebenfalls rentenrelevant. Sie stützt sich dabei hauptsächlich auf den Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ (doc. 122, vgl. vorne E. 5.2). In diesem wird eine schwere somatoforme Störung infolge permanenter Schmerzen mit ängstlich-depressiven Manifestationen festgehalten; die Beschwerdeführerin sei zu 70% arbeitsunfähig.

#### **E. 7.1.3**

Die vom Beschwerdeführer und Dr. E. \_\_\_\_\_ erwähnte ängstlich depressive Störung (F41.2) wurde anlässlich der ausführlichen Untersuchung auch vom MEDAS-Psychiater festgestellt. Die Stimmung sei bei der Untersuchung leicht herabgesetzt gewesen (doc. 108 S. 9). Im Gegensatz zum spanischen Arzt konnte er aktuell weder kognitiven Defizite noch räumlich-zeitliche Orientierungslosigkeit oder Konzentrationsschwächen feststellen (S. 8). Die Merkfähigkeit sei intakt, das Denken nicht eingengt. Zuletzt hielt der MEDAS-Psychiater fest, die Explorandin habe explizit erwähnt, dass sie nicht unter einem Lebensverleider, Suizidgedanken oder Suizidphantasien leide (S. 8). Die psychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin sei im November 2011 beendet worden (S. 9). Aufgrund dieses Untersuchungsergebnisses konnte der MEDAS-Psychiater keine Auswirkungen der ängstlich-depressiven Störung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Nach Vorlage des Berichts von Dr. E. \_\_\_\_\_ ergänzte der MEDAS-Psychiater am 3. Juni 2014 (doc. 136) explizit, aufgrund der gemachten Angaben der Beschwerdeführerin habe keine ausgeprägte Angststörung diagnostiziert werden können; sie leide weder an einer cerebralen noch an einer schweren depressiven Störung. Auch Konzentrationsmängel seien auszuschliessen, da sie noch regelmässig Auto fahre. Der neuropsychologische Untersuchungsbericht aus Spanien (doc. 123) habe diverse Einschränkungen festgestellt, beruhe aber definitionsgemäss auf subjektiv gemachten Angaben.

#### **E. 7.1.4**

Der Beurteilung des MEDAS-Psychiaters ist zu folgen. Laut Urteil des Bundesgerichts 9C\_391/2010 vom 19. Juli 2010 sind subjektive Befindlichkeiten einer untersuchten Person nicht invalidisierend (E. 3.2.2, mit Hinweis auf BGE 127 V 294 ff. E. 5a). Ausschlaggebend ist die klinische Untersuchung (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C-5082/2013 vom 22. September 2014 E. 8.5 m.H.). Vorliegend massgeblich ist deshalb das ausführliche MEDAS-Teilgutachten, welches keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellte. Das psychiatrische Teilgutachten ist umfassend, beruht auf eigenen Untersuchungen und setzt sich auch mit den Einwänden der Beschwerdeführerin, insbesondere mit dem Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_, auseinander und kommt zum Schluss, dass der Beurteilung des spanischen Arztes nicht gefolgt werden kann. Die Schlussfolgerungen des MEDAS-Teilgutachtens sind plausibel und einleuchtend (vgl. vorne E. 4.5 und 4.6); zudem ist das Gutachten des spanischen Arztes älter und damit weniger aussagekräftig. Der Kurzbericht der Regionalregierung Galiziens, welcher u.a. eine Depression festhält (doc. 125, B-act. 17), ist ebenfalls nicht geeignet, Zweifel an der Beurteilung durch den MEDAS-Psychiater aufkommen zu lassen, da er sehr kurz gehalten ist und keine Begründung und keine

Angaben zur Arbeitsunfähigkeit enthält. Zudem ist der behandelnde Arzt nicht eruiert und der Bericht ebenfalls älter als das Teilgutachten. Hinzu kommt, dass sich der IV-Psychiater am 29. Oktober 2014 (doc. 140) vorbehaltlos dem MEDAS-Psychiater und den Schlussfolgerungen des IV-Allgemeinmediziners - dieser beurteilt die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht ebenfalls als uneingeschränkt arbeitsfähig (doc. 115) - angeschlossen hat. Dem psychiatrischen Teilgutachten kommt somit voller Beweiswert zu. Ergänzend bleibt festzuhalten, dass die Gutachter nicht an ein bestimmtes Diagnosemittel gebunden sind, wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht, sondern frei entscheiden, auf welche Weise sie die bundesrechtlichen Anforderungen an ein externes Gutachten erfüllen (vgl. vorne E. 4.6). Dies gilt auch für den nachfolgenden orthopädischen/rheumatologischen Teil.

### **E. 7.2.1**

Aus orthopädischer Sicht hält das MEDAS-Gutachten von Dr. Q.\_\_\_\_\_ (doc. 108 S. 10 f.) chronisch lateral betonte Knieschmerzen rechts (M25.56), mit klinischem Verdacht auf eine laterale Meniskusläsion (M23.2), sowie ein chronisch lumbovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel (M54.5), bei mittelgradigen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) mit Osteochondrosen und Spondylosen (M42.1/M47.86), als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Eine beginnende Coxarthrose links, ein Hallux valgus rechts, ein Status nach Tendinitis calcarea rechts und anamnestisch ein zervikovertebrales Schmerzsyndrom beurteilt der Orthopäde als nicht erwerbsmindernd (S. 13). Für körperlich leichte Tätigkeiten, wo eine Hebe- und Traglimite von 10 kg nicht überschritten werde und keine länger dauernden Zwangshaltungen des Rumpfes oder der unteren Extremitäten vorkämen, bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 15). Der Rheumatologe (Dr. R.\_\_\_\_\_) führte in seinem Teilgutachten aus, objektivierbar seien die Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform sowie eine muskuläre Dekonditionierung. Die im lumbalen Status festgestellte Segmentstörung korreliere mit den aktuell radiomorphologisch festgestellten degenerativen Veränderungen (Spondylarthrose in den Segmenten L4/5 und L5/S1). Es liege ein Morbus Baastrup bei sehr prominenten Processus spinosus (Dornfortsatz am Wirbelkörper) vor. Eine eigentliche relevante Schmerzsymptomatik habe bei der LWS-Untersuchung jedoch nicht objektiviert werden können. Die Brustwirbelsäule sei frei beweglich; die Halswirbelsäule habe eine diskrete Einschränkung der maximalen Rotationsfähigkeit ohne spontane Schmerzen ergeben. Der Schulterstatus sei beidseits unauffällig, es bestünden zurzeit keine Hinweise für ein Schulterimpingement-Syndrom bei einer kräftigen Rotatorenmuskulatur. Der weitere Gelenkstatus an den oberen Extremitäten sei unauffällig. An den unteren Extremitäten zeige der Hüftgelenkstatus auf der linken Seite eine endphasige Einschränkung der Hüftgelenkbeweglichkeit, was rein differentialdiagnostisch einer beginnenden Coxarthrose entsprechen könne. Das aktuelle Röntgenbild zeige jedoch, dass eine relevante coxogene Pathologie eindeutig nicht vorliege. Der Kniegelenkstatus habe rechts passend zur Anamnese den hochgradigen Verdacht auf eine laterale Meniskusläsion bei jedoch freier Gelenkbeweglichkeit und ohne Erguss ergeben. Das linke Kniegelenk und der Fussstatus seien bis auf eine leichte Fehlstatik unauffällig gewesen. Der kurze neurologische Status habe keine Auffälligkeiten ergeben, es bestünden weder anamnestisch noch klinisch Hinweise für eine zervikoradikuläre oder lumbaradikuläre Ausfallsymptomatik. Die Beschwerdeführerin sei damit in körperlich leichten bis nur selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig. Aufgrund der lateralen

Meniskopathie sei das Gehen auf unebenem Grund und das Treppensteigen zu vermeiden (S. 19).

### **E. 7.2.2**

In orthopädische/rheumatologischer Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin, das Krankheitsbild stelle sich wegen der schweren und mittlerweile chronischen rheumatologischen Erkrankungen mit Schmerzen und den daraus resultierenden psychischen Erkrankungen wesentlich schwerwiegender dar. Für sämtliche Verweistätigkeiten und für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als selbständige Landwirtin seien folgende Erkrankungen und Gesundheitsstörungen relevant: das ängstlich-depressive Syndrom, die Koxarthrose links, der Hallux valgus rechts, die Tendinitis calcarea an der Schulter rechts und das zervikovertebrale Syndrom. Diese Gesundheitsstörungen als nicht erwerbsmindernd einzustufen sei vollkommen subjektiv und nicht nachvollziehbar. Er verweist auf den Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Traumatologie und Orthopädie (doc. 124, B-act. 17, vgl. vorne E. 5.2).

### **E. 7.2.3**

Die von der Beschwerdeführerin bzw. Dr. F. \_\_\_\_\_ erwähnten Diagnosen wurden auch vom MEDAS-Rheumatologen bzw. vom MEDAS-Orthopäden festgestellt, jedoch mit anderen Schlussfolgerungen in Bezug auf die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Die Befunde des MEDAS-Orthopäden/Rheumatologen und deren Schlussfolgerungen zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind insgesamt begründet; beide haben die Beschwerdeführerin selber untersucht und sich mit den Vorakten und der Selbsteinschätzung der Explorandin auseinandergesetzt; es sind neu angefertigte Röntgenbilder vorhanden (S. 13-15). Die Beurteilungen der beiden Ärzte sind nachvollziehbar und plausibel. Zu den Einwänden der Beschwerdeführerin in orthopädischer/rheumatologischer Hinsicht, welche sich hauptsächlich auf den Fachbericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ (doc. 124, B-act. 17) stützen, hält der IV-Arzt zu Recht fest, sämtliche dort aufgeführten Symptome, Befunde und Diagnosen seien anlässlich der polydisziplinären Untersuchung diskutiert worden (doc.129). Zu ergänzen ist, dass der spanische Bericht älter ist als die polydisziplinäre Untersuchung in der Schweiz. Insgesamt vermag deshalb der Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ die Schlussfolgerungen der MEDAS-Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen. Dies gilt auch für den Bericht von Dr. O. \_\_\_\_\_ vom 6. Juli 2010 (doc. 126, B-act. 17); er ist ca. drei Jahre älter als das Teilgutachten und äussert sich nicht zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Somit kommt auch dem rheumatologischen/orthopädischen Teilgutachten volle Beweiskraft zu.

### **E. 7.3**

Das Teilgutachten des MEDAS-Neurologen (Dr. S. \_\_\_\_\_) hält fest, dass bei der klinischen Untersuchung die Versicherte eine normale Beweglichkeit der Halswirbelsäule zeige. Die Nackenmuskulatur sei nicht drucküberempfindlich. Es fänden sich lediglich schmerzhafte Muskelansätze im glutealen (Gesäss-) Bereich beidseits, wobei auch hier keine Triggerpunkte vorhanden seien, die eine Schmerzausstrahlung in die Beine provozieren liessen. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- bzw. sensomotorisches Ausfallssyndrom. Die unauffällige Beobachtung während dem Ankleiden zeige kein relevantes Schonverhalten. Somit ergebe sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den eigenen Angaben der Versicherten und ihrem Verhalten während der Untersuchung. Aus somatisch-neurologischer Sicht könnten deshalb

keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Der MEDAS-Internist (Dr. P. \_\_\_\_\_) hält ebenfalls fest, dass keine allgemein-internistische Diagnose gestellt werden könne; der entsprechende Status sowie die Laboruntersuchungen seien unauffällig. Beide beurteilen die Beschwerdeführerin aus ihrer spezialärztlichen Sicht als zu 100% arbeitsfähig.

#### **E. 7.4**

In der Gesamtbeurteilung der MEDAS-Stelle wird zusammengefasst, die 56-jährige Explorandin sei für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig- und leistungsfähig. Körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten seien ihr nicht mehr zumutbar (S. 25). Die einzelnen Schlussfolgerungen und die Gesamtbeurteilung beruhen auf Vorakten, eigener Untersuchung und aktueller Bildgebung, sind begründet, nachvollziehbar, werden in der Beschwerde nicht substantiiert gerügt und sind nicht zu beanstanden.

#### **E. 7.5**

Das MEDAS-Gesamtgutachten erfüllt damit insgesamt, wie die Vorinstanz richtig ausführt, alle von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verlangten Kriterien. Die Beschwerdeführerin wurde von fünf verschiedenen Fachärzten untersucht. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, die geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt, es wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt, die Darlegung der Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation sind einleuchtend und die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten sind begründet (vgl. vorne 4.5). Die Gesamtbeurteilung der MEDAS-Stelle, wonach die Beschwerdeführerin für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100% arbeits- und leistungsfähig sei und dass körperlich schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten nicht (mehr) zumutbar seien (doc. 108 S. 25), ist nicht zu beanstanden. Insgesamt ergibt sich ein abgeschlossenes und einheitliches Bild. Das MEDAS-Gutachten hat volle Beweiskraft (vgl. vorne E. 4.7). Zudem datiert das Gutachten der MEDAS-Stelle vom 15. April 2013 und ist demnach aktueller als zahlreiche der von der Beschwerdeführerin eingereichten Arztberichte, was die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens noch verstärkt. Die eingereichten, nicht voll beweiskräftigen Arztberichte vermögen keinen Zweifel an den im Gutachten der MEDAS-Stelle gemachten Feststellungen zu den medizinischen Gesundheitseinschränkungen der Beschwerdeführerin und zu deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu wecken. Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass, obwohl die Dres. K. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ 2005 und 2011 eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert haben (doc. 31, 122), diese Diagnose durch die MEDAS-Gutachter in ihren Untersuchungen im Dezember 2012 nicht bestätigt werden konnte. Deshalb bleibt vorliegend die jüngste Rechtsprechung des Bundesgerichts zu somatoformen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281) unbeachtlich. Die MEDAS-Stelle bestätigt zudem unter dem Titel "Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit", dass bisher für die angepasste Tätigkeit, die weitgehend den bisher ausgeübten Tätigkeiten entspreche, keine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (S. 24 oben). Somit gilt die obige Feststellung der MEDAS-Stelle, wonach die Beschwerdeführerin für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100% arbeits- und leistungsfähig sei, nicht nur für den Zeitpunkt des Gutachtens, sondern auch rückwirkend seit dem 17. Juni 2005, dem Datum der ursprünglichen Verfügung.

### **E. 7.6**

Die beiden IV-Ärzte haben die Beurteilung der MEDAS-Stelle im Neuanmeldungsverfahren zu Recht übernommen.

### **E. 8**

Die letzte Rüge, wonach kein korrekter Einkommensvergleich durchgeführt worden sei, ist aus nachfolgenden Gründen unberechtigt.

#### **E. 8.1**

Zum Status hält die Vorinstanz fest, die Beschwerdeführerin habe nach der Arbeitsaufgabe als selbständige Landwirtin am 3. Februar 2003 vorübergehend nicht mehr und vom 13. Dezember 2006 bis zum 1. Juni 2008 in einem Pensum von 10 Stunden pro Woche als Haushalts- und Pflegehilfe für betagte Personen gearbeitet. Anschliessend habe sie die Arbeit aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben. Im relevanten Zeitraum ab dem 17. Juli 2005 sei die Versicherte zeitweise teilerwerbstätig gewesen (Pflege) und habe Aufgaben im Einpersonenhaushalt verrichtet. Deshalb sei die Beschwerdeführerin in Bezug auf das Valideneinkommen als teilerwerbstätige Haushalts- und Pflegehilfe einzustufen (doc. 116, 141). Diese Beurteilung ist nachvollziehbar. Aus nachfolgenden Gründen (E. 8.3) kann die Frage offengelassen werden, zu wieviel Prozent sie als teilerwerbstätig bzw. als im Haushalt tätig gelten soll.

#### **E. 8.2**

Die Haushaltabklärung ergibt, dass die Beschwerdeführerin die meisten anfallenden Tätigkeiten noch ausführen kann (doc. 111 S. 7 ff.). Der IV-Allgemeinmediziner hat deshalb festgestellt, dass im Haushalt eine vollständige und zeitlich nicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe, was nicht zu beanstanden ist (doc. 115 S. 2).

#### **E. 8.3**

Laut den MEDAS-Ärzten kann die Beschwerdeführerin im Rahmen der erwähnten Restriktionen weiterhin eine leichte bis mittelschwere Verweistätigkeit ausüben. Ob dem IV-Arzt gefolgt werden kann, wonach die Beschwerdeführerin nebst in Verweistätigkeiten auch in der angestammten Tätigkeit (Pflegetätigkeit) zu 100% arbeitsfähig ist, kann hier offen gelassen werden, beinhaltet doch die Pflegetätigkeit zuweilen auch mittelschwere bis schwere Tätigkeiten (Patienten anheben). In diesem Sinne sind auch die Ausführungen der Vorinstanz in der Vernehmlassung zu relativieren, wonach die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Pflegetätigkeit voll arbeitsfähig sei. Hingegen kann sich in Anwendung der gemischten Methode angesichts der geringen gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin, der vollen Arbeitsfähigkeit im Haushalt und der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin eine Vielzahl von Verweistätigkeiten mit gleichem Anforderungsniveau weiterhin offenstehen, kein höherer Invaliditätsgrad als 25% (10 Std. Erwerbstätigkeit statt 40 Std.) ergeben.

#### **E. 8.4**

Somit ergibt sich zusammenfassend zum vornherein - unabhängig von der prozentualen Aufteilung Erwerbstätigkeit/Haushalt - ein Invaliditätsgrad von höchstens 25%, weshalb keine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 17. Juni 2005 vorliegt. Damit entfällt auch die Pflicht zur Durchführung eines Einkommensvergleichs (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2012 vom 31. Mai 2012 E. 3).

### **E. 8.5**

In der Beschwerde wird geltend gemacht, die Beschwerdeführerin sei für die Berechnung des Valideneinkommens als selbständige Landwirtin zu qualifizieren. Da sie diese Tätigkeit jedoch bereits im Jahr 2003 aufgegeben hat und die Akten keine Hinweise dafür enthalten, dass sie diesen Beruf vorwiegend aus gesundheitlichen Gründen gewechselt hat, ist dem nicht zu folgen. Die Vorinstanz hat in ihrer ursprünglichen Verfügung unangefochten festgestellt, dass höchstens leichte gesundheitliche Einschränkungen vorlägen. Nur leichte gesundheitliche Einschränkungen hätten die Fortführung des kleineren Landwirtschaftsbetriebes (zwar ist die genaue Anbaufläche nicht bekannt, hingegen wird im Bericht von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 26. Juni 2008 von einer kleinen Anbaufläche gesprochen [doc. 43 Ziff. 3.4.3]) nicht verunmöglicht. Zudem beinhaltet die damals neu gewählte Tätigkeit als Pflegerin zuweilen auch mittelschwere und schwere Tätigkeiten, was ebenfalls dafür spricht, dass der Wechsel nicht vorwiegend gesundheitsbedingt erfolgte.

### **E. 8.6**

Bei diesem Ergebnis und da der Beschwerdeführerin im Haushalt noch eine volle Arbeitsfähigkeit zugerechnet werden kann, ist in der Anwendung der gemischten Methode auch keine Diskriminierung zu erkennen. Damit erübrigen sich Ausführungen zur neusten Rechtsentwicklung bei Teilzeiterwerbstätigen bzw. zur Anwendung der gemischten Methode (vgl. Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte [EGMR], Arrêt di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 [7186/09], in Rechtskraft seit 4. Juli 2016; Urteil des Bundesgerichts 8C\_912/2015 vom 18. April 2016 E. 2.1 ff. und 4.3; Urteil des BVerfG C-300/2014 vom 27. Juli 2016 E. 5.7.3).

### **E. 9**

Insgesamt ist eine rentenrelevante Änderung des Gesundheitszustandes und der Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Angesichts der guten Qualität des umfassenden MEDAS-Gutachtens würden weitere medizinische Abklärungen durch die Vorinstanz zu keinen neuen Erkenntnissen führen, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. vorne E. 4.2). Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

### **E. 10**

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

#### **E. 10.1**

Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Diese werden vorliegend auf Fr. 400.- festgelegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss (Sachv. E) ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden und ihr der verbleibende Überschuss von Fr. 4.54 nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihr bekannt zu gebendes Konto zurückzuerstatten.

#### **E. 10.2**

Die Beschwerdeinstanz kann der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 des

Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundes-verwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Der obsiegenden Vorinstanz ist als Bundesbehörde ebenso wenig eine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 7 Abs. 3 VGKE).

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