

BVGer C-1424/2021 vom 4. März 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1424_2021_d20210304

FR: TAF C-1424/2021 du 4 mars 2021

IT: TAF C-1424/2021 del 4 marzo 2021

Regeste

Rentenanspruch | Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente, Verfügung IVSTA vom 4. März 2021

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Verwaltungsgerichts- gesetzes vom 17. Juni 2005 [VGG; SR 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG;

C-1424/2021 Seite 4 SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021]; Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist – nachdem der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde – daher einzutreten (Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG; Art. 60 ATSG).

E. 1.2

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (vgl. Art. 37 VGG). Gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG bleiben in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren die besonderen Bestimmungen des ATSG vorbehalten. Laut 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 finden die Bestimmungen des ATSG auf die IV Anwendung (Art. 1a - 26bis und 28 - 70 IVG), sofern das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 4. März 2021, mit welcher die Vorinstanz das Rentensuchen der Beschwerdeführerin ablehnte. Den Streitgegenstand bestimmende, aber nicht beanstandete Elemente prüft die Beschwerdeinstanz dabei nur, wenn hierzu aufgrund der Vorbringen der Parteien oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 135 V 141 E. 1.4.2; 125 V 413 E. 2c; 119 V 347 E. 1a; Urteile des BVGer C-288/2021

vom 7. Juni 2023 E. 2.1.2; C-2823/2022 vom 26. Mai 2023 E. 2; C-3582/2021 vom 20. September 2022 E. 2.3).

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier der 4. März 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither

C-1424/2021 Seite 5 verändert haben, bilden demgegenüber im Regelfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung (BGE 121 V 362 E. 1b). Indes sind Tatsa- chen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und ge- eignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beein- flussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1; 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1). Sodann hat das Ge- richt Unterlagen, die sich über den massgebenden Zeitraum aussprechen, auch dann zu berücksichtigen, wenn sie auf einen Zeitpunkt nach dem Ver- fügungserlass datieren (Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2 m.H.).

E. 3.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- geblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts- folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1; 146 V 364 E. 7.1; 139 V 335 E. 6.2; 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 329 E. 2.2 f.). Deshalb sind vorliegend die Vorschriften, welche spätestens am 4. März 2021 (Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) in Kraft stan- den, anwendbar. Nicht zur Anwendung gelangen demgegenüber insbeson- dere die im Rahmen der sogenannten «Weiterentwicklung der IV» erst per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen im IVG, in der IVV sowie im ATSG (AS 2021 705, BBl 2017 2535).

E. 3.3

Die Beschwerdeführerin ist österreichische Staatsangehörige, wohnt in Österreich und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen das Frei- zügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwen- dung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten an- wendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungs- vorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Ur- teil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Urteil des BVGer C- 5368/2020 vom 14. Februar 2023 E. 3.2).

C-1424/2021 Seite 6

E. 4.1

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

VwVG).

E. 4.2

Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 ATSG). Demnach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen insbesondere dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a m.H.; Urteil des BGer 8C_843/2016 vom

E. 4.3

Sodann ist das Bundesverwaltungsgericht gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann 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. BVGE 2013/46 E. 3.2).

E. 4.4

Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen demnach nicht. Vielmehr gilt ein Beweis als erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 140 III 610 E. 4.1). Gilt es, zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten zu entscheiden, haben der Richter und die Richterin jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen für die wahrscheinlichste halten (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; Urteil des BVGer C-7332/2007 vom 6. März 2009 E. 3.3.3).

E. 4.5

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des

C-1424/2021 Seite 7 Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6 m.H.). 5. 5.1 Angefochten ist die Verfügung vom 4. März 2021, mit welcher ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint wurde. Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu nachfolgende E. 5.2) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG).

Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt wurden, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Allerdings ist für die Ausrichtung einer ordentlichen IV-Rente in jedem Fall eine Beitragszeit von mindestens einem Jahr in der Schweiz zu erfüllen (vgl. Rz. 3005 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSBIL; gültig ab 4. April 2016, Stand: 1. Januar 2021]; Rz. 3004.3 der Wegleitung über die Renten der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [RWL; gültig ab 1. Januar 2003, Stand: 1. Januar 2021]). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend erfüllt (vgl. Versicherungsverlauf in Österreich [IVSTA-act. 2 {S. 2}] und der Schweiz [IVSTA-act. 29 {S. 2}]).

5.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein-

C-1424/2021 Seite 8 trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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).

5.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]). Für die Bestimmung eines allfälligen Rentenanspruchs ist mithin grundsätzlich unbesehen der Diagnose, deren Ursache und der Schwere einer Erkrankung massgebend, ob und in welchem Ausmass diese die Arbeitsfähigkeit einschränkt (BGE 148 V 49 E. 6.2.2; 143 V 418 E. 5.2.2; 136 V 279 E. 3.2.1; Urteile des BGer 8C_53/2022 vom 5. Juli 2022 E. 4.1.2; 9C_524/2020 vom 23. November 2020 E. 5.1; 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 5.3). Von einer Diagnose kann mithin nicht direkt auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden (BGE 145 V 215 E. 6.1; 143 V 409 E. 4.2.1 und 418 E. 6; Urteile des BVGer C-1117/2021 vom 10. März 2023 E. 10.5.2; C-4375/2020 vom 2. Juni 2022 E. 8.3.3).

5.4 Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann 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. Lebensjahres folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

6. 6.1 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 stellen. Aufgabe

C-1424/2021 Seite 9 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 arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.H.; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6). 6.2 Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt vielmehr der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 6.3 Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbegründung für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.). 6.4 6.4.1 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; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5).

C-1424/2021 Seite 10 6.4.2 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 und 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4 m.H.). 6.4.3 Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für die behandelnde Spezialärztin (Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H.). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.; vgl. auch Urteil des BVGer C-6357/2020 vom 28. September 2022 E. 6.6). 6.4.4 Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) oder des medizinischen Dienstes der IVSTA,

welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende

C-1424/2021 Seite 11 Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der internen medizinischen Berichte, sind rechtsprechungsgemäss weitere Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; Urteile des BGer 8C_551/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 3; 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.6). 7. 7.1 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die IVSTA das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat. Sie begründete diesen Entscheid sinngemäss damit, dass die Beschwerdeführerin das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG nicht erfüllt habe. Das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG bedeutet, dass ein Rentenanspruch erst entstehen kann, wenn die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (Urteil des BVGer C-4756/2016 vom 1. September 2017 E. 10.5.2). Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG ist die durch den Gesundheitsschaden bedingte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im angestammten, bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich (BGE 105 V 156 E. 2a; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 28 Rz. 25). 7.2 7.2.1 Vorab ist demnach zu klären, welchen Beruf die Beschwerdeführerin bislang ausübte bzw. in welchem Aufgabenbereich sie bisher tätig war. Dabei scheint es praktikabel, zugleich zu prüfen in welchem Pensum sie tätig wäre, wenn sie gesund geblieben wäre (sog. Statusfrage). Dies hat, wie später aufgezeigt wird (vgl. nachfolgende E. 10), auch Auswirkungen hinsichtlich der Methode der Invaliditätsbemessung. Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie – bei im Übrigen unveränderten Umständen – täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (vgl. Urteile des BVGer C-3780/2020 vom 24. Januar 2023 E. 3.5; C-5861/2020 vom 2. Juni 2022 E. 6.1; C-6572/2019 vom 5. Oktober 2021 E. 6.2; MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 5 Rz. 7). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der

C-1424/2021 Seite 12 versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit massgebend (BGE 144 I 28 E. 2.3; 141 V 15 E. 3.1). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen, unter Berücksichtigung der ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person (Urteil des BVGer C-6572/2019 vom 5. Oktober 2021 E. 6.2). Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (BGE 144 I 28 E. 2.4; Urteil des BVGer C-3910/2021 vom 6. Februar 2023 E. 9.2). Bei der Beurteilung der Statusfrage hat immer eine einlässliche Würdigung der gesamten Verhältnisse des Einzelfalls zu erfolgen (BGE 130 V 393 E. 3.3; 125 V 146 E. 2c; MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 5 Rz. 23). Jener Tätigkeit, welche bei Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich ausgeübt wurde, kommt bei der Beurteilung der Statusfrage zwar ein erheblicher Indizwert zu (vgl. Urteil des BGer 8C_29/2020 vom 19. Februar 2020 E. 5.3.3; Urteil des BVGer C-3910/2021 vom 6. Februar 2023 E. 9.4), nicht aber eine präjudizierende Wirkung (vgl. MEYER/REICHMUTH, a.a.O., Art. 5 Rz. 8).

7.2.2 Die Vorinstanz ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit je zur Hälfte im bisherigen Beruf und im Haushalt tätig wäre. Im Fragebogen für die Versicherten gab die Beschwerdeführerin an, sie würde aus finanziellen und persönlichen Gründen in Vollzeit arbeiten, wäre sie gesund (IVSTA-act. 36 [S. 5]). Den Akten lassen sich aber keine Hinweise entnehmen, dass die Beschwerdeführerin je zu 100% gearbeitet oder sich um eine entsprechende Stelle bemüht hätte. Vielmehr ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren lediglich in Teilzeit beschäftigt war, und zwar von Oktober 2009 bis August 2010 zu 26.3% und danach bis Ende 2019 zu 50% (mit einem Unterbruch von September 2017 bis August 2018; IVSTA-act. 28, 32 [S. 2]). Ferner sind keine Bemühungen nachgewiesen, dass sich die Beschwerdeführerin je für eine 100%-Stelle beworben hätte. Insbesondere fehlen Hinweise, dass sie bei der Trennung von ihrem Ehemann ihr Arbeitspensum auf ein Vollzeitpensum aufgestockt hätte oder hätte aufstocken wollen. Sodann scheint die Beschwerdeführerin den ganzen Haushalt alleine zu erledigen, wenn auch unter teilweiser Mithilfe des (mittlerweile erwachsenen) Kindes (IVSTA-act. 36 [S. 9]). Die Vorinstanz hat die Statureinschätzung mithin korrekt vorgenommen.

C-1424/2021 Seite 13 Konkrete Anhaltspunkte, die eine andere Sichtweise rechtfertigen würden, fehlen. In der Beschwerde wird die Statusfestsetzung von der – anwaltlich vertretenen – Beschwerdeführerin denn auch nicht gerügt. Nach den Akten hat die Beschwerdeführerin keine Berufsausbildung genossen. Sie arbeitete von Oktober 2009 bis August 2017 für die B. _____ und verrichtete Reinigungsarbeiten in den Klassenräumen, Gängen und WC-Anlagen eines Internats (IVSTA-act. 34, 38). Laut den Angaben der Arbeitgeberin handelte es sich um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit (IVSTA-act. 34 [S. 6]). Nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit (vgl. dazu IVSTA-act. 36 [S. 6]) zog die Beschwerdeführerin in die Schweiz, arbeitete hier aber zunächst zwei bis drei Monate nicht (IVSTA-act. 36 [S. 4]). Ab September 2018 (bis zu ihrem letzten Arbeitstag Ende Dezember 2019) war sie dann halbtags in einem Personalrestaurant eines Unternehmens im Kanton C. _____ beschäftigt (IVSTA-act. 28, 38). Dort verrichtete sie Reinigungsarbeiten, war zuständig für die warme und kalte Küche sowie selten für die Kassenbedienung und -abrechnung. Die meisten Arbeiten verrichtete sie im Gehen oder Stehen, selten im Sitzen. Erforderlich war zu meist ein Heben oder Tragen leichter Lasten,

selten von schweren oder mittelschweren. Die Anforderungen an die Konzentration sowie die Aufmerksamkeit, das Durchhaltevermögen und die Auffassung waren mittelgradig; gross war demgegenüber die Anforderung an das sorgfältige Arbeiten. Nach den Schilderungen der Beschwerdeführerin musste sie als Küchengehilfin hauptsächlich abwaschen (händisch und maschinell), Speisen der kalten Küche zubereiten, Lieferungen einordnen und die Lüftungsanlage der Küche reinigen (IVSTA-act. 36 [S. 3]). Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bisher zu einem 50%-Pensum als Hilfsarbeiterin tätig war, wobei sie leichte bis mittelschwere Tätigkeiten verrichtete, und dass sie sich danebst im Haushalt betätigte. Zudem ist überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit in diesem Rahmen tätig geblieben wäre.

7.3 In medizinischer Hinsicht liegen folgende Unterlagen im Recht, wobei diese nachfolgend in chronologischer Reihenfolge und auszugsweise aufgeführt werden:

7.3.1 Aufgrund einer Mitralinsuffizienz Grad III bei Prolaps und kleinem partiellem Ausriss des hinteren Mitralsegels (vorwiegend im Segment P2; ICD-

E. 5.1

Angefochten ist die Verfügung vom 4. März 2021, mit welcher ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint wurde. Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. dazu nachfolgende E. 5.2) und bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet hat (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt wurden, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Allerdings ist für die Ausrichtung einer ordentlichen IV-Rente in jedem Fall eine Beitragszeit von mindestens einem Jahr in der Schweiz zu erfüllen (vgl. Rz. 3005 des Kreisschreibens über das Verfahren zur Leistungsfestsetzung in der AHV/IV/EL [KSBIL; gültig ab 4. April 2016, Stand: 1. Januar 2021]; Rz. 3004.3 der Wegleitung über die Renten der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung [RWL; gültig ab 1. Januar 2003, Stand: 1. Januar 2021]). Die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente ist vorliegend erfüllt (vgl. Versicherungsverlauf in Österreich [IVSTA-act. 2 {S. 2}] und der Schweiz [IVSTA-act. 29 {S. 2}]).

E. 5.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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. 5.3

Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung]). Für die Bestimmung eines allfälligen Rentenanspruchs ist mithin grundsätzlich unbesehen der Diagnose, deren Ursache und der Schwere einer Erkrankung massgebend, ob und in welchem Ausmass diese die Arbeitsfähigkeit einschränkt (BGE 148 V 49 E. 6.2.2; 143 V 418 E. 5.2.2; 136 V 279 E. 3.2.1; Urteile des BGer 8C_53/2022 vom 5. Juli 2022 E. 4.1.2; 9C_524/2020 vom 23. November 2020 E. 5.1; 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 5.3). Von einer Diagnose kann mithin nicht direkt auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden (BGE 145 V 215 E. 6.1; 143 V 409 E. 4.2.1 und 418 E. 6; Urteile des BVGer C-1117/2021 vom 10. März 2023 E. 10.5.2; C-4375/2020 vom 2. Juni 2022 E. 8.3.3).

E. 5.4

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch sodann 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. Lebensjahres folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

E. 6.1

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 stellen. 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 arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 m.H.; Urteil des BVGer C-4564/2020 vom 2. Juni 2022 E. 4.6).

E. 6.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt vielmehr der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

E. 6.3

Die Feststellungen ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte sind bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz nicht verbindlich; vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende

Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl. dazu z.B. Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.2; C-5049/2013 vom 13. Februar 2015 E. 3.2 m.H.).

E. 6.4.1

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; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b). So ist hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes entscheidend, ob dieser 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Zudem muss der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.5).

E. 6.4.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von medizinischen Sachverständigen, die den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 und 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4 m.H.).

E. 6.4.3

Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4 m.H.). Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für die behandelnde Spezialärztin (Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 m.H.). Allerdings dürfen auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden, namentlich wenn sie wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 m.H.; vgl. auch Urteil des BVGer C-6357/2020 vom 28. September 2022 E. 6.6).

E. 6.4.4

Die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1; je m.H.). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt

zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. Urteile des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3; 8C_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4 m.H.). Dazu gehört auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. zum Ganzen: Urteile des BVGer C-6073/2020 vom 4. August 2022 E. 3.7.4; C-2463/2021 vom 15. März 2022 E. 4.5). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der internen medizinischen Berichte, sind rechtsprechungsgemäss weitere Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; Urteile des BGer 8C_551/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 3; 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.2; Urteil des BVGer C-4822/2020 vom 24. August 2022 E. 4.6).

E. 7.1

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die IVSTA das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat. Sie begründete diesen Entscheid sinngemäss damit, dass die Beschwerdeführerin das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG nicht erfüllt habe. Das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG bedeutet, dass ein Rentenanspruch erst entstehen kann, wenn die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (Urteil des BVGer C-4756/2016 vom 1. September 2017 E. 10.5.2). Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG ist die durch den Gesundheitsschaden bedingte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im angestammten, bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich (BGE 105 V 156 E. 2a; Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Rechtsprechung zum IVG, 4. Aufl. 2022, Art. 28 Rz. 25).

E. 7.2.1

Vorab ist demnach zu klären, welchen Beruf die Beschwerdeführerin bislang ausübte bzw. in welchem Aufgabenbereich sie bisher tätig war. Dabei scheint es praktikabel, zugleich zu prüfen in welchem Pensum sie tätig wäre, wenn sie gesund geblieben wäre (sog. Statusfrage). Dies hat, wie später aufgezeigt wird (vgl. nachfolgende E. 10), auch Auswirkungen hinsichtlich der Methode der Invaliditätsbemessung. Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie - bei im Übrigen unveränderten Umständen - täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (vgl. Urteile des BVGer C-3780/2020 vom 24. Januar 2023 E. 3.5; C-5861/2020 vom 2. Juni 2022 E. 6.1; C-6572/2019 vom 5. Oktober 2021 E. 6.2; Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 5 Rz. 7). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit massgebend (BGE 144 I 28 E. 2.3; 141 V 15 E. 3.1). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen, unter Berücksichtigung der ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person (Urteil des BVGer C-6572/2019 vom 5. Oktober 2021 E. 6.2). Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in aller Regel aus äusseren

Indizien erschlossen werden (BGE 144 I 28 E. 2.4; Urteil des BVGer C-3910/2021 vom 6. Februar 2023 E. 9.2). Bei der Beurteilung der Statusfrage hat immer eine einlässliche Würdigung der gesamten Verhältnisse des Einzelfalls zu erfolgen (BGE 130 V 393 E. 3.3; 125 V 146 E. 2c; Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 5 Rz. 23). Jener Tätigkeit, welche bei Eintritt des Gesundheitsschadens tatsächlich ausgeübt wurde, kommt bei der Beurteilung der Statusfrage zwar ein erheblicher Indizwert zu (vgl. Urteil des BGer 8C_29/2020 vom 19. Februar 2020 E. 5.3.3; Urteil des BVGer C-3910/2021 vom 6. Februar 2023 E. 9.4), nicht aber eine präjudizierende Wirkung (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 5 Rz. 8).

E. 7.2.2

Die Vorinstanz ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit je zur Hälfte im bisherigen Beruf und im Haushalt tätig wäre. Im Fragebogen für die Versicherten gab die Beschwerdeführerin an, sie würde aus finanziellen und persönlichen Gründen in Vollzeit arbeiten, wäre sie gesund (IVSTA-act. 36 [S. 5]). Den Akten lassen sich aber keine Hinweise entnehmen, dass die Beschwerdeführerin je zu 100% gearbeitet oder sich um eine entsprechende Stelle bemüht hätte. Vielmehr ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren lediglich in Teilzeit beschäftigt war, und zwar von Oktober 2009 bis August 2010 zu 26.3% und danach bis Ende 2019 zu 50% (mit einem Unterbruch von September 2017 bis August 2018; IVSTA-act. 28, 32 [S. 2]). Ferner sind keine Bemühungen nachgewiesen, dass sich die Beschwerdeführerin je für eine 100%-Stelle beworben hätte. Insbesondere fehlen Hinweise, dass sie bei der Trennung von ihrem Ehemann ihr Arbeitspensum auf ein Vollzeitpensum aufgestockt hätte oder hätte aufstocken wollen. Sodann scheint die Beschwerdeführerin den ganzen Haushalt alleine zu erledigen, wenn auch unter teilweiser Mithilfe des (mittlerweile erwachsenen) Kindes (IVSTA-act. 36 [S. 9]). Die Vorinstanz hat die Statureinschätzung mithin korrekt vorgenommen. Konkrete Anhaltspunkte, die eine andere Sichtweise rechtfertigen würden, fehlen. In der Beschwerde wird die Statusfestsetzung von der - anwaltlich vertretenen - Beschwerdeführerin denn auch nicht gerügt. Nach den Akten hat die Beschwerdeführerin keine Berufsausbildung genossen. Sie arbeitete von Oktober 2009 bis August 2017 für die B. _____ und verrichtete Reinigungsarbeiten in den Klassenräumen, Gängen und WC-Anlagen eines Internats (IVSTA-act. 34, 38). Laut den Angaben der Arbeitgeberin handelte es sich um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit (IVSTA-act. 34 [S. 6]). Nach einer Zeit der Arbeitslosigkeit (vgl. dazu IVSTA-act. 36 [S. 6]) zog die Beschwerdeführerin in die Schweiz, arbeitete hier aber zunächst zwei bis drei Monate nicht (IVSTA-act. 36 [S. 4]). Ab September 2018 (bis zu ihrem letzten Arbeitstag Ende Dezember 2019) war sie dann halbtags in einem Personalrestaurant eines Unternehmens im Kanton C. _____ beschäftigt (IVSTA-act. 28, 38). Dort verrichtete sie Reinigungsarbeiten, war zuständig für die warme und kalte Küche sowie selten für die Kassenbedienung und -abrechnung. Die meisten Arbeiten verrichtete sie im Gehen oder Stehen, selten im Sitzen. Erforderlich war zumeist ein Heben oder Tragen leichter Lasten, selten von schweren oder mittelschweren. Die Anforderungen an die Konzentration sowie die Aufmerksamkeit, das Durchhaltevermögen und die Auffassung waren mittelgradig; gross war demgegenüber die Anforderung an das sorgfältige Arbeiten. Nach den Schilderungen der Beschwerdeführerin musste sie als Küchengehilfin hauptsächlich abwaschen (händisch und maschinell), Speisen der kalten Küche zubereiten, Lieferungen einordnen und die Lüftungsanlage der Küche reinigen (IVSTA-act. 36 [S. 3]). Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bisher zu einem 50%-Pensum als Hilfsarbeiterin tätig war, wobei sie leichte bis mittelschwere Tätigkeiten verrichtete, und dass sie sich danebst im Haushalt

betätigte. Zudem ist überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit in diesem Rahmen tätig geblieben wäre.

E. 7.3

In medizinischer Hinsicht liegen folgende Unterlagen im Recht, wobei diese nachfolgend in chronologischer Reihenfolge und auszugsweise aufgeführt werden:

E. 7.3.1

Aufgrund einer Mitralinsuffizienz Grad III bei Prolaps und kleinem partiellem Ausriss des hinteren Mitralsegels (vorwiegend im Segment P2; ICD-10 I34.0) erfolgte am 11. Juli 2013 eine operative Sanierung der Mitral-klappe (vgl. Arztbrief des Klinikums D. _____ vom 22. Juli 2013 in BVGer-act. 1 [Beilage 1] und Ärztlicher Befundbericht vom 2. August 2013 in BVGer-act. 1 [Beilage 2]). Im Arztbrief ist vermerkt, Begleiterkrankungen seien nicht bekannt. Die Beschwerdeführerin befinde sich in einem stabilen Allgemeinzustand. Zeichen einer kardialen Dekompensation lägen nicht vor. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert. Gemäss Bericht des Krankenanstaltenverbunds E. _____ vom 2. August 2013 erlitt die Beschwerdeführerin am 24. Juli 2013 einen Kollaps, der einen 10-tägigen Krankenhausaufenthalt nach sich zog (BVGer-act. 1 [Beilage 2; der Bericht ist in den Akten nur teilweise enthalten]).

E. 7.3.2

Im ärztlichen Gesamtgutachten zu Händen der österreichischen Pensionsversicherungsanstalt vom 13. Dezember 2016 stellte Dr. F. _____, Facharzt für Innere Medizin, der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (IVSTA-act. 21 [S. 6]): Hauptdiagnose - Zustand nach Makroadenomoperation der Hirnanhangdrüse (04/2015), ohne neurologisches Defizit (ICD-10 D35.2) Nebendiagnosen - Depressiver Verstimmungszustand, mässiger Krankheitswert (ICD-10 F32.1) - Zustand nach Mitralklappenrekonstruktion bei Zustand nach Mitralklappenprolaps (07/2013), derzeit geringe Mitralklappeninsuffizienz (ICD-10 I34.0) - Chronisch degeneratives Wirbelsäulensyndrom, ohne Wurzelirritation, ohne wesentliche Funktionseinschränkung (ICD-10 M47.9) Weitere Diagnosen - Kombinierte Blutfetterhöhung - leichte Harninkontinenz bei Zustand nach Blasenhebungs-Operation 2006, Einlagen werden verwendet - Zustand nach Entfernung einer Eierstockzyste links - Zustand nach Magenschleimhautentzündung 07/2016. Der Gutachter führte insbesondere aus, betreffend Makroadenomoperation zeige sich ein unauffälliger Befund (S. 6 [vgl. dazu auch Ambulanter Befundbericht und 'Befund Hormone', je vom 21. Januar 2016, in IVSTA-act. 22 und 23, wonach ein unauffälliger Befund bzw. ein sehr zufriedenstellendes und erfreuliches Ergebnis vorliege]). Zusätzlich bestehe bei der Beschwerdeführerin ein depressiver Verstimmungszustand mit Ein- und Durchschlafstörungen. Im Gespräch sei die Beschwerdeführerin aufheiterbar; jedoch sei die familiäre Situation mit dem Ehegatten belastend. Kardio-respiratorisch sei die Beschwerdeführerin kompensiert (vgl. dazu auch die weitgehend unauffälligen Echokardiographien vom 12. Dezember 2016 in IVSTA-act. 24 und vom 19. November 2015 in BVGer-act. 1 [Beilage 3]). Die Beschwerden der Wirbelsäule seien gering ausgeprägt (vgl. dazu auch MRI vom 15. September 2016 in IVSTA-act. 25). Zusammenfassend seien der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere Erwerbsarbeiten zumutbar (S. 7), und zwar im Wesentlichen ohne Einschränkungen (vgl. S. 8 ff.).

E. 7.3.3

Im Gutachten von Dr. G._____, Facharzt für Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, vom 20. Februar 2017 zu Händen des Landesgerichts (...) heisst es, die Beschwerdeführerin führe als Hauptgrund ihres Begehrens den Zustand nach Mitralklappenraffung an, wobei diesbezüglich ein gutes Operationsergebnis vorliege und eine Herzinsuffizienz derzeit nicht bestehe (IVSTA-act. 19 [S. 4]). Betreffend die beklagte Harn-inkontinenz würden eine Abklärung und ein Eingriff abgelehnt, wiewohl letzterer erfolgversprechend und zumutbar sei. Es bestünden folgende Diagnosen: - Zustand nach Mitralklappenraffung mit gutem Ergebnis - mitgeteilte intermittierende Harninkontinenz ohne sichtbare Inkontinenzzeichen bei der Begutachtung. Der Beschwerdeführerin seien fachspezifisch nurmehr leichte Arbeiten zu ebener Erde zumutbar. Einfache Steighilfen wären noch möglich. Ein normales Arbeitstempo sei ganztägig möglich, ebenso noch ein forciertes Arbeiten. Akkord- und Fließbandarbeiten würden allerdings ausscheiden.

E. 7.3.4

Dr. H._____, Facharzt für Unfallchirurgie, stellte der Beschwerdeführerin im Gutachten vom 27. Februar 2017 zu Händen des Landesgerichts (...) folgende Diagnosen (IVSTA-act. 18 [S. 7]): - chronisches Halswirbelsäulensyndrom bei altersentsprechenden degenerativen Veränderungen. MR-gesicherte Bandscheibenvorwölbung C3 bis C7; klinisch kein Hinweis auf Nervenwurzelkompression oder -irritation - chronisches Lendenwirbelsäulensyndrom bei altersentsprechenden degenerativen Veränderungen. Bandscheibenschädigung L5 / S1; klinisch kein Hinweis auf Nervenwurzelkompression oder -irritation - diskretes Schulterengpass-Syndrom rechts mit schmerzhaftem Bogen über der Horizontalen - mittelgradiger Knorpelaufbrauch an beiden Kniescheiben ohne Funktionseinschränkung - Senk- Spreizfussbildung beidseits. Der Facharzt gab unter anderem an, die Beschwerdeführerin sei in gutem Allgemein- und Ernährungszustand (S. 6). Dieser seien leichte und bis zu einem Drittel eines Arbeitstages mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen unter Einhaltung der gesetzlich vorgesehenen Arbeitszeiten und Ruhepausen zumutbar (S. 8). Ausgenommen seien wirbelsäulenbelastende Arbeiten in dynamischer und/oder statischer, vorgebeugter Körperhaltung, die bei gerechter Verteilung auf die Hälfte eines Arbeitstages, sowie Tätigkeiten in gebückter Körperhaltung, die bei gerechter Verteilung auf einen Drittel eines Arbeitstages beschränkt werden müssten. Schwere Arbeiten (wie Heben und Tragen schwerer Lasten sowie Arbeiten an exponierten Arbeitsplätzen) würden ausscheiden. Überkopfarbeiten sowie Arbeiten in knieender und hockender Körperhaltung seien auf die Hälfte eines Arbeitstages zu reduzieren.

E. 7.3.5

Im neurologisch-psychiatrischen Sachverständigengutachten zu Händen des Landesgerichts (...) vom 4. April 2017 stellte Dr. I._____ fest, in neurologischer Hinsicht finde sich ein regelrechter Befund (IVSTA-act. 17 [S. 8]). In psychiatrischer Hinsicht bestehe eine leichtgradige Depression mit Nervosität, bei Verdacht auf Somatisierung. Es bestünden folgende Diagnosen: - diffuses Schmerzsyndrom der Wirbelsäule bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen (ICD-10 M47.8) - leichtgradige Depression mit Nervosität (ICD-10 F32.0), bei Verdacht auf Somatisierung - anamnestisch Angstattacken (ICD-10 F41.0). Die Beschwerdeführerin könne sämtliche leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ausüben (S. 9). Nicht zumutbar seien (einzig) Nachtarbeit in Wechselschichten, Arbeiten mit forciertem Arbeitstempo (ausgenommen die üblichen Belastungsspitzen), Arbeiten mit vermehrter zeitlicher und/oder psychischer Belastung wie Akkord- und Fließbandarbeiten sowie Arbeiten in höhenexponierten Lagen.

E. 7.3.6

Am 19. April 2017 stellte Dr. G._____ unter Bezugnahme auf die vorgenannten Berichte (E. 7.3.3-7.3.5) und einen nachgereichten HNO-fachärztlichen Bericht vom 20. März 2017 zu Händen des Landesgerichts (...) zusammenfassend fest, der Beschwerdeführerin seien nunmehr leichte Arbeiten zu ebener Erde zumutbar (IVSTA-act. 20 [S. 2; zu den Einschränkungen im Detail vgl. S. 2 f.]). Eine wesentliche Änderung sei in absehbarer Zeit nicht zu erwarten (S. 4). Die Situation sei derzeit stabil.

E. 7.3.7

Der Hausarzt Dr. J._____ bescheinigte der Beschwerdeführerin am 3. Juni 2020 eine Arbeitsunfähigkeit, wobei die Patientin auf den 5. Juni 2020 wiederbestellt sei (IVSTA-act. 16; auch in BVGer-act. 1 [Beilage 12]).

E. 7.3.8

Der behandelnde Psychiater Dr. K._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, führte am 1. Juli 2020 insbesondere aus, die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar, zeitlich, persönlich, örtlich und situativ orientiert, in der Stimmungslage gedrückt, klagsam, somatisierend, mit reduzierter Affizierbarkeit sowie im Antrieb herabgesetzt (IVSTA-act. 15; auch in BVGer-act. 1 [Beilage 4]). Mnestic sowie Kognition seien weitgehend ungestört. Es lägen weder eine formale oder inhaltliche Denkstörung noch eine produktive oder suizidale Symptomatik vor. Seine Beurteilung laute wie folgt: - Karpaltunnelsyndrom (CTS) I beidseits (bds.), re>li mit beginnender (incip.) axonaler Läsion - Zustand nach (Z. n.) OP eines Hypophysenadenoms - Z. n. peripherer Facialparese re - Migräne ohne Aura - Depression mit Somatisierung - Cervikalgie, Dorsalgie (Befunde werden nicht vorgelegt). Infolge der deutlichen Somatisierung der Beschwerdeführerin mit antriebsgehemmter depressiver Verstimmung empfehle sich eine stationäre Aufnahme an der L._____ Klinik in (...). Sodann werde eine Medikation mit Duloxetin und Saroten empfohlen, ausserdem eine Schiene zur Behandlung des Karpaltunnelsyndroms. Am 13. August 2020 gab Dr. K._____ an, die Beschwerdeführerin berichte über eine Besserung seit der Einnahme von Duloxetin (BVGer-act. 1 [Beilage 5]). Gelegentlich habe diese das Gefühl, Stimmen zu hören. Es werde eine Aufdosierung von Duloxetin, die Zugabe von Aripiprazol und eine Gesprächstherapie empfohlen.

E. 7.3.9

Dr. M._____, Facharzt für Innere Medizin, bestätigte am 5. August 2020, nach Durchführung einer Echokardiographie, ein praktisch uneingeschränktes Fähigkeitsprofil, ausgenommen für schwere Arbeiten (IVSTA-act. 14).

E. 7.3.10

Die Allgemeinmedizinerin Dr. N._____ stellte der Beschwerdeführerin im Formularbericht gemäss EU-VO Nr. 987/2009 am 13. August 2020 folgende Diagnosen (IVSTA-act. 5 [S. 3]): - rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom, derzeit Krankheitswert - Z. n. Operation eines Makroadenoms der Hirnanhangdrüse 04/2015, kein neurologisches Defizit - chronisches Hals- und Lendenwirbelsäulensyndrom, keine Wurzelreizzeichen, endgradige Funktionseinschränkung - Z. n. Mitralklappenrekonstruktionsoperation bei Z. n. Mitralklappenprolaps 07/2013 - Migräne ohne Aura - Z. n. peripherer Fazialisparese rechts 2019, folgenlos ausgeheilt - nachrichtlich Karpaltunnelsyndrom bds. ohne derzeitiges neurologisches Defizit - leichte

Harninkontinenz bei Z. n. Blasenhebungsoperation 2006, Einlagen werden verwendet - belastungsabhängige Schulterschmerzen beidseits, ohne wesentliche Funktionseinschränkung - belastungsabhängige Knieschmerzen beidseits bei Knorpelaufbrauch der Kniescheiben, ohne wesentliche Funktionseinschränkung. Die Ärztin berichtete, durch umfangreiche psychosoziale Belastungsfaktoren sei es bei der Beschwerdeführerin seit 2016 zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes gekommen (IVSTA-act. 5 [S. 10]). 2017 habe diese einen Suizidversuch durch Erhängen unternommen; von Suizidgedanken sei sie derzeit aber glaubhaft distanziert. Die Beschwerdeführerin ziehe sich seither sozial völlig zurück, sei antriebslos, leide unter Schlafstörungen und Zukunftsängsten. Vom behandelnden Nervenfacharzt sei ein stationärer Klinikaufenthalt beantragt worden. Psychotherapie werde derzeit nicht durchgeführt. Bezüglich einer Operation an der Hypophyse wegen Makroadenom 2015 könnten keine neurologischen Ausfälle objektiviert werden. Betreffend das Karpaltunnelsyndrom sei die Beschwerdeführerin versorgt; ein neurologisches Defizit sei nicht fassbar. Ebenso wenig sei bei einer 2019 durchgemachten peripheren Fazialisparese ein Defizit zu objektivieren. Kardio-respiratorisch sei die Beschwerdeführerin kompensiert; es bestehe diesbezüglich eine gute Funktionalität. Die bestehenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen von Seiten der Wirbelsäule, beider Schultergelenke und beider Kniegelenke seien gering ausgeprägt und auf degenerative Veränderungen zurückzuführen. Neurologische Ausfallserscheinungen seien keine feststellbar. Zudem bestehe eine leichte Harninkontinenz, vor allem beim schweren Heben, trotz Blasenhebungsoperation 2006. Es würden Einlagen verwendet. Zusammenfassend seien der Beschwerdeführerin auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt - befristet auf 12 Monate - keine Erwerbsarbeiten, auch keine angepassten, zumutbar (vgl. auch S. 11). Weitere Therapiemaßnahmen seien abzuwarten. Die Leistungsfähigkeit sei seit dem 13. August 2020 vermindert, wobei ab dem 13. August 2021 mit einer Verbesserung gerechnet werden könne (S. 13).

E. 7.3.11

Am 21. September 2020 bzw. 24. September 2020 bestätigte das Lehrkrankenhaus E._____ einen 6-tägigen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin im September 2020 wegen unklarer abdomineller Beschwerden (BVGer-act. 1 [Beilage 6]). Dabei wurde eine Erosion im Bulbus duodeni, eine Erosion im Antrum und Corpus fibrin belegt sowie eine axiale Hiatushernie festgestellt. Die Beschwerdeführerin wurde u.a. mit Antibiotika behandelt. Die Entlassung erfolgte in gebessertem Zustandsbild, beinahe beschwerdefrei.

E. 7.3.12

Dem Entlassungsbericht vom 24. Februar 2021 des L._____ Klinikums (...) ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin Anfang 2021 für knapp 1,5 Monate in stationärer Behandlung befand (BVGer-act. 1 [Beilage 10]). Dabei ergaben sich folgende Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und folgender Diagnose-Zusatz: - Z. n. Mitralklappen-Operation wegen der Mitralklappeninsuffizienz Grad III (2013) - Hiatushernie - Cervikalgie, Dorsalgie - Z. n. Varizen-Operation beidseits - Z. n. Operation eines Hypophysenadenoms - Status nach (St. n.) tiefer Venenthrombose (TVT) 2009. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin gut von dem multimodalen Behandlungsprogramm profitieren können (S. 2). Es habe kein Anhalt für Selbst- oder Fremdgefährdung erhoben werden können. Ferner fehle ein Hinweis auf psychotisches Erleben. Zur weiteren Stabilisierung würden eine begleitende ambulante

Psychotherapie und fachärztliche Kontrolltermine sowie eine Wiederaufnahme in der Klinik im Rahmen einer Intervalltherapie empfohlen. Zum Zeitpunkt der Entlassung werde die Beschwerdeführerin als vorerst arbeitsunfähig erachtet (vgl. sodann die weitgehend unauffälligen Ambulanzberichte und radiologischen Befunde, je vom 18. Januar 2021 [ebenfalls in BVGer-act. 1 {Beilage 10}]).

E. 7.3.13

In den Akten finden sich sodann diverse unauffällige Nachsorgebefunde betreffend das Hypophysenadenom, datierend vom 10. November 2020, 11. November 2020 und 12. Januar 2021 (BVGer-act. 1 [Beilagen 7, 8, 9]). Darin wird ausserdem festgehalten, ein Handlungsbedarf in neurochirurgischer Hinsicht bestehe nicht (BVGer-act. 1 [Beilage 7]). Die Beschwerdeführerin sei, abgesehen von einem Tinnitus, ohne neurologische Auffälligkeiten. Allerdings sollten die (beklagten) optischen und akustischen Halluzinationen psychiatrisch abgeklärt und gegebenenfalls behandelt werden.

E. 7.3.14

Der Allgemeinmediziner Dr. O._____ stellte am 16. März 2021 eine Sakroiliaksakralgelenkblockierung links, einen hypomobilen cervikodorsalen Übergang (li>re), ein funktionelles Impingement der Schulter, ein chronisches Schmerzbild sowie eine somatoforme Störung fest (BVGer-act. 1 [Beilage 11]).

E. 7.4

Die Beschwerdeführerin bringt im Wesentlichen vor, sie sei seit Juni 2020 ununterbrochen arbeitsunfähig, und es liege eine dauernde Berufsunfähigkeit vor, wie sich aus dem Bericht des L._____ Klinikums (...) vom 24. Februar 2021, dem ärztlichen Befundbericht des Allgemeinmediziners Dr. O._____ vom 16. März 2021 und der Arbeitsunfähigkeitsmeldung ihres Hausarztes Dr. J._____ vom 3. Juni 2020 ergebe (BVGer-act. 1).

E. 7.5

Demgegenüber stützte sich die Vorinstanz bei ihrer Beurteilung zur Hauptsache auf die Berichte des internen medizinischen Dienstes vom 3. und 21. Dezember 2020 (IVSTA-act. 41, 43). In diesen gingen die Ärzte, nach Vornahme einer Indikatorenprüfung, von folgenden Diagnosen aus, wobei diese, gemäss Einschätzung der Psychiaterin sowie sinngemässer Angabe des Allgemeinmediziners betreffend die von ihm zu beurteilenden somatischen Beschwerden, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien (IVSTA-act. 41 [S. 1], 43 [S. 2]): - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45; Differentialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren [ICD-10 F45.41]) - Depression, leicht (ICD-10 F32.0) - chronische Cervico-Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen - Migräne ohne Aura - beginnende Gonarthrosen bds. - Status nach Exstirpation eines Hypophysenadenoms 04/2015 ohne neurologische Residuen - Status nach Mitralklappenrestruktion bei Mitralklappenprolaps 07/2013 mit normaler Herzleistung. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe weder in der bisherigen Tätigkeit noch für Arbeiten im Haushalt (IVSTA-act. 43 [S. 2, 4]). Somatisch liessen sich keine funktionellen Einschränkungen feststellen (bzw. habe sich der Zustand seit 2017, als eine umfangreiche Begutachtung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben habe, nicht verändert [IVSTA-act. 43 {S. 2} und 41 {S. 2}]). Psychisch bestehe ein Verstimmungszustand mit resignativen Elementen bei einer psychosozialen Belastungssituation, die nicht näher erläutert werde. Die Gesundheitsschädigung sei gering ausgeprägt. Die ambulanten

therapeutischen Massnahmen seien nicht ausgeschöpft. Psychosoziale Belastungen bestünden mit der Arbeitslosigkeit, mit finanziellen Einschränkungen, eventuell auch mit dem Ex-Mann (IVSTA-act. 43 [S. 3 f.]). Im Rahmen der Vernehmlassung (BVGer-act. 8, samt Beilagen) bestätigte der Psychiater des internen medizinischen Dienstes am 27. Mai 2021 die Beurteilung vom 21. Dezember 2020. In psychiatrischer Hinsicht sei es zu keiner qualitativen Veränderung des Zustandsbildes und der Prognose gegenüber 2017 gekommen. Im Rahmen der stationären Rehabilitation sei im Februar 2021 sogar eine Besserung erzielt worden. Im Übrigen seien bei der Beschwerdeführerin Selbstlimitierungstendenzen festzustellen. Eine Psychotherapie sei nach wie vor nicht durchgeführt worden. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem besserungsfähigen Zustandsbild auszugehen. Auch aus somatischer Sicht gelangte der interne ärztliche Dienst in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2021 zu keiner geänderten Beurteilung. Neu seien einzig ein beginnendes Karpaltunnelsyndrom beidseits und eine Gastritis/Duodenitis festgestellt worden. Beide Leiden seien leicht zu behandeln und hätten keinen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

E. 8

März 2017 E. 2; zum Ganzen auch: BGE 144 V 427 E. 3.2).

E. 9.1

Leidet eine Person - wie hier die Beschwerdeführerin - auch an psychischen Erkrankungen, sind für die Beurteilung der diesbezüglichen Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2 ff.; 143 V 418 E. 6 ff.; 141 V 281 E. 3.6; Urteil des BVGer C-3253/2019 vom 15. Dezember 2022 E. 3.6). Diese Indikatoren sind grundsätzlich bei sämtlichen psychischen Erkrankungen zu prüfen. Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann allerdings ausnahmsweise dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. Urteil des BVGer C-3780/2020 vom 24. Januar 2023 E. 3.4.4 m.H.). Entbehrlich bleibt es beispielsweise, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Namentlich in Fällen, bei denen von einer bloss leichtgradigen, nicht chronifizierten depressiven Störung (ohne Komorbiditäten) auszugehen ist, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; 143 V 418 E. 7.1 f.; Urteil des BGer 9C_721/2018 vom 12. März 2019 E. 3.2).

E. 9.2

Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine lege artis gestellte, psychiatrische Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Im Übrigen systematisierte das Bundesgericht die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): 1. Kategorie «funktioneller Schweregrad» (mit den Komplexen Gesundheitsschädigung [Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten], Persönlichkeit [Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen] und sozialer Kontext) und 2. Kategorie «Konsistenz»/«Gesichtspunkte des Verhaltens» (mit den Komplexen gleichmässige

Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sowie behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck).

E. 9.3.1

Der Beschwerdeführerin wird einerseits eine leichte Depression (ICD-10 F32.0) und andererseits eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45; Differentialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ICD-10 F45.41) diagnostiziert (IVSTA-act. 43 [S. 2]). Diese Diagnosen entsprechen grundsätzlich denjenigen des Gutachters Dr. I. _____ (IVSTA-act. 17) und des behandelnden Psychiaters Dr. K. _____ (IVSTA-act. 15) sowie betreffend die Differentialdiagnose dem Klinikum L. _____ (BVGer-act. 1 [Beilage 10]). Sie lassen sich aufgrund der anamnestischen Angaben und der erhobenen Befunde ohne weiteres nachvollziehen. Insbesondere passen sie zum vom behandelnden Psychiater beschriebenen Beschwerdebild, wonach die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar sowie zeitlich, persönlich, örtlich und situativ orientiert sei, in der Stimmungslage aber gedrückt, klagsam, somatisierend, mit reduzierter Affizierbarkeit und im Antrieb herabgesetzt sei, wobei Mnestic sowie Kognition weitgehend ungestört seien und weder eine formale oder inhaltliche Denkstörung noch eine produktive oder suizidale Symptomatik vorliege (IVSTA-act. 15 und BVGer-act. 4). Ebenso decken sie sich mit dem vom Klinikum L. _____ beschriebenen, mässig einschränkenden Beschwerdebild (vgl. dazu BVGer-act. 1 [Beilage 10]). So war die Beschwerdeführerin zwar geplagt von Zukunfts- und Existenzängsten, grübelnd, in weinerlicher und gedrückter Stimmung und reduziert im Antrieb. Schon bei der Aufnahme in die Klinik war sie aber bewusstseinsklar, wach, voll orientiert, aufmerksam, schwingungsfähig, ohne Denk- oder Wahrnehmungsstörungen, Phobien oder Zwänge und ohne Selbst- und Fremdgefährdung. Der Zustand der Beschwerdeführerin wurde während des Klinikaufenthalts merkbar verbessert. Zu Recht wandte der Psychiater des internen medizinischen Dienstes ein (BVGer-act. 8), die vom Klinikum L. _____ erstmals gestellte Diagnose einer rezidivierenden Depression (damals mittelgradige Episode; ICD-10 F33.1) sei formal zwar vertretbar, führe aber nicht zu einer qualitativen Veränderung des Zustandsbilds und der Prognose. Vielmehr sei weiterhin von einem besserungsfähigen Zustandsbild auszugehen. Die gestellten Diagnosen werden von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und deshalb dem medizinischen Sachverständigen praktisch immer ein gewisser Spielraum eröffnet, welcher verschiedene Interpretationen zulässt, die im Rahmen einer Exploration *lege artis* zu respektieren sind (vgl. Urteil des BGer 9C_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1). Eine psychiatrische, *lege artis* gestellte Diagnose liegt demnach vor. Ergänzungshalber ist anzumerken, dass sich in den Akten für die angebliehen, seit Monaten bestehenden 'optischen und akustischen Halluzinationen' (vgl. dazu Universitätsklinik für Neurochirurgie (...) vom 10. November 2020 in BVGer-act. 1 [Beilage 7, S. 2]) keine objektiven Anhaltspunkte finden. Weder wurde in diesem Zusammenhang eine Diagnose gestellt, noch wurden die entsprechenden Beschwerden substantiiert. Diese erscheinen in ihrem Ausmass denn auch nicht relevant, zumal die Beschwerdeführerin sie in ihrer Beschwerde nicht erwähnte. Im Gegenteil: In den übrigen Akten wird ausdrücklich festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nicht an Sinnestäuschungen, psychotischen Phänomenen, Wahnphänomenen oder Wahrnehmungsstörungen leide (BVGer-act. 1 [Beilage 10]; IVSTA-act. 5 [S. 9], 17 [S. 7]). Im Bericht über den stationären Aufenthalt im Klinikum L. _____, bei dem die Beschwerdeführerin über einen längeren Zeitraum hin

begleitet wurde, werden entsprechende Halluzinationen bzw. Wahrnehmungsstörungen nicht genannt (BVGer-act. 1 [Beilage 10]). Auch der behandelnde Psychiater, Dr. K._____, schilderte im Juli 2020 keine solchen Beschwerden, sondern beschrieb die Beschwerdeführerin als bewusstseinsklar und voll orientiert (IVSTA-act. 15). Ein allfälliges Leiden gälte ohnehin als behandelbar und damit als nicht invalidisierend (vgl. Procedere in BVGer-act. 1 [Beilage 5]). Eine relevante Diagnose bezüglich der Halluzinationen ist mithin nicht erstellt. In den Akten wird sodann ein Suizidversuch durch Erhängen im Jahr 2017 erwähnt (vgl. IVSTA-act. 5 [S. 10]). Ein solcher Vorfall könnte auf eine schwere psychische Belastung der Beschwerdeführerin hindeuten. Diesbezüglich fehlen aber jegliche konkrete und echtzeitliche Angaben. Weder liegen Arztberichte noch Polizeirapporte noch konkrete Schilderungen oder entsprechende Diagnosen vor, noch wird dargelegt, dass der behauptete Suizidversuch zu einer Behandlung oder einem stationären Klinikaufenthalt geführt hätte (vgl. auch IVSTA-act. 5 [S. 4], wo keine stationären Aufenthalte verzeichnet sind). Eine relevante, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit infolge des (nicht näher erläuterten) Suizidversuchs scheint jedenfalls nicht eingetreten zu sein, findet damit doch weder in den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. K._____ (BVGer-act. 4 und 5) noch im Bericht des L._____ Klinikums in (...) (BVGer-act. 1 [Beilage 10]) eine Auseinandersetzung statt.

E. 9.3.2

Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» zu nennen. Hierzu führte die Psychiaterin des internen ärztlichen Dienstes aus (IVSTA-act. 43 [S. 2]), somatisch liessen sich keine funktionellen Einschränkungen feststellen. Psychisch bestehe ein Verstimmungszustand mit resignativen Elementen bei einer psychosozialen Belastungssituation, die nicht näher erläutert werde. Die Gesundheitsschädigung sei gering ausgeprägt. Diese Einschätzung leuchtet ein. Die Beschwerdeführerin wird durchwegs als wach, kooperativ und orientiert beschrieben (BVGer-act. 1 [Beilage 7]; IVSTA-act. 17 [S. 6]). Sie beklagt entsprechend eher geringfügige Beschwerden wie Ängstlichkeit, Antriebslosigkeit, Niedergedrücktheit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, eine allgemeine Leistungsminderung sowie Kopfschmerzen (BVGer-act. 1 [Beilagen 4, 7, 8, 10]; IVSTA-act. 5 [S. 9], 21 [S. 3]). Im Januar 2021 berichtete die Beschwerdeführerin sodann über ein allgemeines Wohlbefinden und erklärte sich, abgesehen von einer Müdigkeit und einer intermittierenden Migräne, sogar als beschwerdefrei (BVGer-act. 1 [Beilage 9]). Das Klinikum L._____ entliess die Beschwerdeführerin nach der stationären Behandlung Anfang 2021 in gebessertem Zustand, stabilisiert, offener im Kontakt und mit gesteigertem Antrieb (BVGer-act. 1 [Beilage 10]). Anzeichen für eine Selbst- oder Fremdgefährdung sowie psychotisches Erleben fehlten (BVGer-act. 1 [Beilage 10]). Ebenso bestanden weder Phobien, noch Zwänge, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen. Gedächtnis-, Konzentrations- oder Auffassungsstörungen wurden ebenfalls verneint (IVSTA-act. 5 [S. 9], 17 [S. 6]). Mithin ist von einer leichten Ausprägung der psychischen Beschwerden auszugehen. Aufgrund dieser Tatsache erweist es sich als nachvollziehbar, dass die auf psychiatrischem Fachgebiet bestehenden Funktionseinschränkungen allesamt ebenfalls als gering einzuschätzen sind. Der Komplex «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz», also Verlauf und

Ausgang von Therapien, stellt einen wichtigen Schweregradindikator dar (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). In diesem Zusammenhang hielt die Psychiaterin des internen medizinischen Dienstes der IVSTA fest, die Beschwerdeführerin habe im Juli 2020 erneut eine psychiatrische Therapie aufgenommen (IVSTA-act. 43 [S. 3]). Vorher habe sie die antidepressive, schlafanstossende Medikation abgesetzt gehabt. Eine psychotherapeutische Therapie werde nicht durchgeführt. Von einer Therapieresistenz könne nicht gesprochen werden. In der Schweiz sei die Voraussetzung für eine stationäre Therapie nicht erfüllt. Ambulante therapeutische Massnahmen seien nicht ausgeschöpft. Der Beschwerdeführerin wurde in der Tat sowohl vom Klinikum L. _____ als auch von Dr. K. _____ eine Psycho- bzw. Gesprächstherapie empfohlen (BVGer-act. 1 [Beilagen 5 und 10]). Diese besucht aber - unwidersprochen - nach wie vor keine solche Behandlung. Insgesamt scheinen die Therapieoptionen bei der Beschwerdeführerin mithin nicht ausgeschöpft, womit sich aus dem Komplex «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» betreffend Schweregrad der Störung nichts Entscheidendes ableiten lässt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Der (zumindest teilweise) Behandlungserfolg in der Klinik L. _____ und der medikamentösen Behandlung durch Dr. K. _____ (BVGer-act. 1 [Beilage 5]) bestätigt sodann die Einschätzung, wonach die Behandlungsoptionen bislang nicht konsequent umgesetzt worden sind und deshalb nicht von einer Behandlungsresistenz ausgegangen werden darf. Unter dem Aspekt der «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Gemäss dem internen medizinischen Dienst der IVSTA sind Komorbiditäten für die Arbeitsfähigkeit, unter Hinweis auf das Vorgutachten von 2017 (gemeint sind wohl die IVSTA-act. 17 - 20), nicht relevant (IVSTA-act. 43 [S. 3]). Dieser Einschätzung ist zuzustimmen. Die somatischen wie auch die psychischen Beschwerden sind vorliegend nur leicht ausgeprägt. Hinweise auf eine erhebliche ressourcenraubende somatische oder psychische Komorbidität fehlen. Erwähnt werden demgegenüber umfangreiche psychosoziale Belastungsfaktoren (IVSTA-act. 5 [S. 10], 21 [S. 6]; wie z.B. die Arbeitslosigkeit, die finanziellen Einschränkungen, die Situation mit dem getrennt lebenden Ehemann), welche IV-rechtlich aber grundsätzlich nicht massgebend sind. Mit Blick auf den Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen, persönliche Ressourcen) führte die Psychiaterin des internen medizinischen Dienstes aus, gemäss psychiatrischem Gutachten von 2017 sei die Beschwerdeführerin diesbezüglich unauffällig. Es bestehe keine familiäre (gemeint ist wohl erblich bedingte) Belastung mit psychischen Leiden (IVSTA-act. 43 [S. 3]). In der Tat ergeben sich weder aus den Gutachten noch aus den übrigen Akten Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin deren funktionelles Leistungsvermögen beeinträchtigen würde. Deren Persönlichkeitsstruktur und intellektuelle Grundstruktur werden vielmehr als im Normbereich befindlich beschrieben (IVSTA-act. 17 [S. 7]). Betreffend den Komplex «sozialer Kontext» ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin getrennt von ihrem Ehemann, aber mit ihrem Kind zusammenlebt (IVSTA-act. 36). Mag die Beschwerdeführerin nach ihren Angaben auch zurückgezogen leben (vgl. BVGer-act. 1 [Beilage 10]; IVSTA-act. 5 [S. 10]), scheint sie zumindest nicht vereinsamt. So wurde sie beispielsweise von einem Nachbarn zum medizinischen Untersuchung gefahren (IVSTA-act. 5 [S. 3]).

E. 9.3.3

In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4). Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Nach der (wie nachfolgend in E. 10.2 zu zeigen sein wird mit den Akten übereinstimmenden) Angabe der Psychiaterin des internen Dienstes sind im Haushalt keine Einschränkungen ersichtlich (IVSTA-act. 43 [S. 3]; so auch in IVSTA-act. 17 [S. 3]). Ebenso wenig lässt sich den Akten entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in ihren Freizeitaktivitäten eingeschränkt wäre. Entsprechendes macht die Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend. Die Beschreibung des gewöhnlichen Tagesablaufs vor und nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist demzufolge grundsätzlich gleich geblieben (IVSTA-act. 36 [S. 7 und 8]). Die Beschwerdeführerin beschränkte sich schon früher auf die Arbeit und den Haushalt (IVSTA-act. 43 [S. 4]). Heute geht sie sogar mehr spazieren als zuvor (IVSTA-act. 36 [S. 10]). Die Beschwerdeführerin kann sich sodann vollständig um sich selbst kümmern und erscheint in einem gepflegten Allgemeinzustand (IVSTA-act. 17 [S. 3 und 6]). Sie ist daher in den 'sonstigen Lebensbereichen' nicht eingeschränkt und scheint ihre Beeinträchtigung nur bezogen auf ihre Berufsausübung wahrzunehmen (vgl. dazu auch die Beschwerdeschrift). Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Ein solcher ist gemäss Einschätzung der Psychiaterin des internen medizinischen Dienstes aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht vorhanden (IVSTA-act. 43 [S. 3]). In diesem Zusammenhang ist namentlich zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin seit Längerem auf eine Psychotherapie verzichtet, obschon ihr eine solche durchaus zumutbar wäre (BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Dies spricht nicht für einen grossen Leidensdruck in psychiatrischer Hinsicht. Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich in den Akten Ausführungen finden, die eine zuverlässige rechtliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der massgebenden Indikatoren erlauben. Ergänzend bleibt insbesondere anzumerken, dass die Einschätzungen des internen medizinischen Dienstes der IVSTA in Kenntnis sämtlicher Akten und in Auseinandersetzung mit den Vorakten ergingen, begründet sind, auf einem feststehenden medizinischen Sachverhalt beruhen und mit Blick auf die seit Jahren bestehenden, geringen Befunde einleuchten. Demnach ist insgesamt von einem höchstens leichten funktionellen Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auszugehen, was sich letztlich auch in deren Angaben widerspiegelt (vgl. dazu auch E. 9.3.1 und 9.3.2 hiervor). Diese vermögen keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

E. 9.3.4

Es bleibt anzumerken, dass der Einschätzung von Dr. N._____, welche der Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen ab dem 13. August 2020 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (wenn auch nur bezogen auf ein Jahr) attestierte (vgl. IVSTA-act. 5 [S. 13 und S. 11, wonach die somatischen Befunde nicht massgebend sind {kardio-respiratorisch kompensiert, geringe Probleme bezüglich der Wirbelsäule und Gelenke})), entgegenzuhalten ist, dass sie als Ärztin für Allgemeinmedizin betreffend die psychiatrische Einschätzung nicht die notwendigen Fachkenntnisse besitzt. Ihre Angabe, die Beschwerdeführerin könne keine Arbeiten mehr verrichten, erscheint mit Blick auf die erhobenen, leichten Befunde nicht nachvollziehbar. Insbesondere die Anmerkung auf S. 10, wonach die Beschwerdeführerin seit dem behaupteten Suizidversuch 2017 (zu dem sich, wie bereits in E. 9.3.1 erwähnt, in den Akten keinerlei konkrete Angaben finden) völlig

antriebslos sei, ist nicht glaubhaft, hat die Beschwerdeführerin doch kurz darauf eine Stelle in der Schweiz gefunden, ist umgezogen und hat hier mehrere Monate gearbeitet. Im Bericht von Dr. N._____ fand die Arbeitstätigkeit in der Schweiz denn auch keine Erwähnung (vgl. IVSTA-act. 5 [S. 2]). Soweit die Ärztin ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf den Arztbericht von Dr. K._____ abstützte, ist anzumerken, dass sich aus diesem (IVSTA-act. 15) keine Arbeitsunfähigkeit ableiten lässt. Ohnehin bleibt anzumerken, dass Dr. N._____ der Beschwerdeführerin erstens keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bescheinigte und dass zweitens das Wartejahr im Verfügungszeitpunkt nicht erfüllt gewesen wäre, selbst wenn man der Beurteilung von Dr. N._____ folgen würde. Ebensowenig leuchtet die Einschätzung von Dr. G._____ ein, wonach die Beschwerdeführerin wegen des Zustands nach Mitralklappenraffung (nota bene mit gutem Ergebnis) und der Harninkontinenz (nota bene ohne sichtbare Inkontinenzzeichen) nurmehr leichte Arbeiten (wenn auch vollzeitlich) zumutbar sein sollen (vgl. IVSTA-act. 19 [S. 4]). Da die Harninkontinenz behandelbar ist sowie dieser mit der Verwendung von Einlagen begegnet werden kann und die Herzbeschwerden gemäss sämtlichen vorliegenden Akten kaum mehr vorhanden sind (vgl. z.B. IVSTA-act. 5, 14, 19), erscheint vielmehr die differenziertere Beurteilung im Gutachten von Dr. H._____, wonach die Beschwerdeführerin teilweise auch mittelschwere Tätigkeiten ausüben kann (IVSTA-act. 18 [S. 8]), schlüssiger. Sinngemäss vertritt der interne medizinische Dienst ebenfalls diese Auffassung, geht er doch davon aus, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit, welche auch mittelschwere Elemente enthielt, vollumfänglich zumutbar ist (IVSTA-act. 43 [S. 2]).

E. 9.3.5

Weitere Abklärungen drängen sich aufgrund der Aktenlage nicht auf und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht verlangt (vgl. dazu Urteil des BGer 8C_414/2022 vom 24. Januar 2023 E. 4.1; Urteil des BVGer C-4216/2020 vom 27. Mai 2023 E. 5.4 in fine). Der medizinische Sachverhalt gilt als rechtsgenügend im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG abgeklärt.

E. 9.4.1

Da, abgesehen von den ausgewiesenen Klinikaufenthalten (10 Tage im Sommer 2013, 6 Tage im September 2020, knapp 1.5 Monate im Jahr 2021 [BVGer-act. 1 {Beilagen 2, 6, 10}]), bei der Beschwerdeführerin nie eine massgebende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, sei es im Erwerbs- oder Haushaltbereich, bestand bzw. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt gilt, ist das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG nicht erfüllt. Ein Rentenanspruch konnte daher bislang nicht entstehen.

E. 9.4.2

Nach dem Dargelegten ist mithin die Schlussfolgerung der Vorinstanz zu bestätigen, wonach eine massgebende Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres bzw. ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist und insbesondere der psychischen Problematik der Beschwerdeführerin aus rechtlicher Sicht keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden kann (vgl. ausserdem zur Beweislast E. 4.5 hiervor). Selbst wenn man - wie die Beschwerdeführerin (BVGer-act. 1 [S. 3]) - davon ausginge, diese sei seit Juni 2020 arbeitsunfähig, wäre das Wartejahr im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (März 2021) noch nicht abgelaufen gewesen.

E. 9.5

Es bleibt festzustellen, dass das vorliegende Ergebnis der Erfahrungstatsache entspricht, wonach leicht- bis mittelgradige Depressionen in der Regel weder hinreichend schwer noch therapieresistent sind, um eine Invalidität begründen zu können (vgl. dazu BGE 148 V 49; Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 4 Rz. 84). Die verschiedenen invaliditätsfremden Faktoren schliesslich (z.B. belastende Situation mit dem Ehemann, Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen [IV-act. 5 {S. 10} und 21 {S. 6}]) mögen die Beschwerdeführerin zwar in ihrer Lebensführung beeinträchtigen, sie dürfen invalidenversicherungsrechtlich aber nicht berücksichtigt werden (vgl. Urteil des BVGer C-198/2019 vom 13. Dezember 2021 E. 6.4.2 m.H.). Insbesondere stellen Befunde aufgrund von psychosozialen und soziokulturellen Umständen keinen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden dar; erforderlich ist vielmehr eine verselbständigte psychische Störung (BGE 127 V 294 E. 5a).

E. 10

F45.41) und folgender Diagnose-Zusatz: - Z. n. Mitralklappen-Operation wegen der Mitralklappeninsuffizienz Grad III (2013) - Hiatushernie - Cervikalgie, Dorsalgie - Z. n. Varizen-Operation beidseits - Z. n. Operation eines Hypophysenadenoms - Status nach (St. n.) tiefer Venenthrombose (TVT) 2009. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin gut von dem multimodalen Behandlungsprogramm profitieren können (S. 2). Es habe kein Anhalt für Selbst- oder Fremdgefährdung erhoben werden können. Ferner fehle ein Hinweis auf psychotisches Erleben. Zur weiteren Stabilisierung würden

C-1424/2021 Seite 20 eine begleitende ambulante Psychotherapie und fachärztliche Kontrolltermine sowie eine Wiederaufnahme in der Klinik im Rahmen einer Intervalltherapie empfohlen. Zum Zeitpunkt der Entlassung werde die Beschwerdeführerin als vorerst arbeitsunfähig erachtet (vgl. sodann die weitgehend unauffälligen Ambulanzberichte und radiologischen Befunde, je vom 18. Januar 2021 [ebenfalls in BVGer-act. 1 {Beilage 10}]). 7.3.13 In den Akten finden sich sodann diverse unauffällige Nachsorgebefunde betreffend das Hypophysenadenom, datierend vom 10. November 2020, 11. November 2020 und 12. Januar 2021 (BVGer-act. 1 [Beilagen 7, 8, 9]). Darin wird ausserdem festgehalten, ein Handlungsbedarf in neurochirurgischer Hinsicht bestehe nicht (BVGer-act. 1 [Beilage 7]). Die Beschwerdeführerin sei, abgesehen von einem Tinnitus, ohne neurologische Auffälligkeiten. Allerdings sollten die (beklagten) optischen und akustischen Halluzinationen psychiatrisch abgeklärt und gegebenenfalls behandelt werden. 7.3.14 Der Allgemeinmediziner Dr. O._____ stellte am 16. März 2021 eine Sakroiliakrallengelenksblockierung links, einen hypomobilen cervikodorsalen Übergang (li>re), ein funktionelles Impingement der Schulter, ein chronisches Schmerzbild sowie eine somatoforme Störung fest (BVGer-act. 1 [Beilage 11]). 7.4 Die Beschwerdeführerin bringt im Wesentlichen vor, sie sei seit Juni 2020 ununterbrochen arbeitsunfähig, und es liege eine dauernde Berufsunfähigkeit vor, wie sich aus dem Bericht des L._____ Klinikums (...) vom 24. Februar 2021, dem ärztlichen Befundbericht des Allgemeinmediziners Dr. O._____ vom 16. März 2021 und der Arbeitsunfähigkeitsmeldung ihres Hausarztes Dr. J._____ vom 3. Juni 2020 ergebe (BVGer-act. 1). 7.5 Demgegenüber stützte sich die Vorinstanz bei ihrer Beurteilung zur Hauptsache auf die Berichte des internen medizinischen Dienstes vom 3. und 21. Dezember 2020 (IVSTA-act. 41, 43). In diesen gingen die Ärzte, nach Vornahme einer Indikatorenprüfung, von folgenden Diagnosen aus, wobei diese, gemäss Einschätzung der Psychiaterin sowie sinngemässer Angabe des Allgemeinmediziners betreffend die von ihm zu beurteilenden

C-1424/2021 Seite 21 somatischen Beschwerden, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien (IVSTA-act. 41 [S. 1], 43 [S. 2]): - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45; Differentialdiagnose: anhaltende soma- toforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren [ICD-10 F45.41]) - Depression, leicht (ICD-10 F32.0) - chronische Cervico-Lumbalgie bei degenerativen Veränderungen - Migräne ohne Aura - beginnende Gonarthrosen bds. - Status nach Exstirpation eines Hypophysenadenoms 04/2015 ohne neurolo- gische Residuen - Status nach Mitralklappenrestruktion bei Mitralklappenprolaps 07/2013 mit normaler Herzleistung. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe weder in der bisherigen Tätigkeit noch für Arbeiten im Haushalt (IVSTA-act. 43 [S. 2, 4]). Somatisch liessen sich keine funktionellen Einschränkungen feststellen (bzw. habe sich der Zustand seit 2017, als eine umfangreiche Begutachtung keine Einschränkung der Ar- beitsfähigkeit ergeben habe, nicht verändert [IVSTA-act. 43 {S. 2} und 41 {S. 2}]). Psychisch bestehe ein Verstimmungszustand mit resignativen Ele- menten bei einer psychosozialen Belastungssituation, die nicht näher er- läutert werde. Die Gesundheitsschädigung sei gering ausgeprägt. Die am- bulanten therapeutischen Massnahmen seien nicht ausgeschöpft. Psycho- soziale Belastungen bestünden mit der Arbeitslosigkeit, mit finanziellen Einschränkungen, eventuell auch mit dem Ex-Mann (IVSTA-act. 43 [S. 3 f.]). Im Rahmen der Vernehmlassung (BVGer-act. 8, samt Beilagen) bestätigte der Psychiater des internen medizinischen Dienstes am 27. Mai 2021 die Beurteilung vom 21. Dezember 2020. In psychiatrischer Hinsicht sei es zu keiner qualitativen Veränderung des Zustandsbildes und der Prognose ge- genüber 2017 gekommen. Im Rahmen der stationären Rehabilitation sei im Februar 2021 sogar eine Besserung erzielt worden. Im Übrigen seien bei der Beschwerdeführerin Selbstlimitierungstendenzen festzustellen. Eine Psychotherapie sei nach wie vor nicht durchgeführt worden. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem besserungsfähigen Zu- standsbild auszugehen. Auch aus somatischer Sicht gelangte der interne ärztliche Dienst in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2021 zu keiner geän- derten Beurteilung. Neu seien einzig ein beginnendes Karpaltunnelsyn- drom beidseits und eine Gastritis/Duodenitis festgestellt worden. Beide

C-1424/2021 Seite 22 Leiden seien leicht zu behandeln und hätten keinen Einfluss auf die Beur- teilung der Arbeitsfähigkeit. 8. Aus den Akten ergibt sich ohne Weiteres, dass die somatischen Beschwer- den der Versicherten keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen und allesamt als leichtgradig einzustufen sind (vgl. insbesondere IVSTA-act. 5 [S. 10]). Die Herzfunktionen der Beschwerdeführerin sind seit Jahren bzw. seit dem erfolgreich verlaufenen Eingriff vom Juli 2013 normal bzw. gering- gradig eingeschränkt (vgl. BVGer-act. 1 [Beilage 3, 10]; IVSTA-act. 14, 19 [S. 4], 21 [S. 6]). Das Hypophysenadenom wurde im Jahr 2015, ebenfalls mit gutem Ergebnis, behandelt (vgl. BVGer-act. 1 [Beilagen 7 - 9]; IVSTA- act. 5 [S. 10], 21 [S. 6], 22, 23). Auffälligkeiten oder neurologische Resi- duen sind keine vorhanden. Auch nach Angabe der Beschwerdeführerin verlief diese Operation positiv (IVSTA-act. 19 [S. 1]). Die Beschwerden an den Gelenken und der Wirbelsäule sind ebenfalls nur gering ausgeprägt – selbst gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. IVSTA-act. 5 [S. 3]) – und objektiv kaum feststellbar (IVSTA-act. 5 [S. 7 f.], 18, 21 [S. 6]). Den Angaben von Dr. O._____ vom 16. März 2021 (BVGer-act. 1 [Bei- lage 11]), auf die sich die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde pau- schal und unsubstantiiert beruft, lassen sich jedenfalls keine Hinweise auf eine in diesem Zusammenhang zu begründende Arbeitsunfähigkeit ent- nehmen. Insbesondere sind die von Dr. O._____ beschriebenen Leiden grundsätzlich bereits im Gutachten von Dr. H._____ (vgl. IVSTA-act. 18 [S. 7];

wie auch im Arztbericht von Dr. N. _____ in IVSTA-act. 5) enthalten, in welchem der Experte schlüssig keine massgebliche Arbeitsunfähigkeit bescheinigte. Ferner wird in den Akten beschrieben, betreffend das Karpaltunnelsyndrom sei die Beschwerdeführerin gut versorgt; ein neurologisches Defizit sei nicht fassbar (IVSTA-act. 5 [S. 10]; BVGer-act. 1 [Beilage 4]). Ebensovienig sei bei einer 2019 durchgemachten peripheren Fazialisparese ein Defizit zu objektivieren (IVSTA-act. 5 [S. 10]). Hinsichtlich der Bauchbeschwerden wurde die Beschwerdeführerin nach einem kurzen stationären Aufenthalt im September 2020 beinahe beschwerdefrei und ohne relevante Weiterungen entlassen (BVGer-act. 1 [Beilage 6]). Die Harninkontinenz (bei Zustand nach Blasenhebungs-Operation 2006) mag für die Beschwerdeführerin zwar äusserst unangenehm sein; sie tritt aber nur in leichter Form auf, und die Beschwerdeführerin begegnet ihr erfolgreich mit der Verwendung von Einlagen (IVSTA-act. 5 [S. 10], 21 [S. 3]). Ausserdem wäre eine zusätzliche Behandlung durchaus erfolgsversprechend und zumutbar (IVSTA-act. 19 [S. 4]). Eine Arbeitsunfähigkeit lässt sich aus der Harninkontinenz offensichtlich nicht ableiten. Insoweit sich die

C-1424/2021 Seite 23 Beschwerdeführerin zum Beweis ihrer Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2020 (vgl. BVGer-act. 1 [S. 3]) auf das Zeugnis ihres Hausarztes beruft (BVGer-act. 1 [Beilage 12]), bleibt festzustellen, dass dieser am 3. Juni 2020 lediglich eine Arbeitsunfähigkeit für 3 Tage bestätigte (nämlich vom 3. Juni 2020 bis zur Wiederbestellung am 5. Juni 2020). Für die Zeit danach liegen keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Hausarztes mehr vor. Vor Bundesverwaltungsgericht macht die Beschwerdeführerin denn vor allem auch psychische Probleme geltend (vgl. Beschwerde in BVGer-act. 1). Soweit sie allerdings behauptet (BVGer-act. 1 [S. 3]), gemäss Dr. O. _____ benötige sie nach wie vor eine Behandlung wegen psychischer Beschwerden, ist ihr entgegen zu halten, dass dies dem Arztbericht nicht zu entnehmen ist. Vielmehr empfahl Dr. O. _____ als Therapie bloss passive Massnahmen wie Osteopathie und Mobilisierung im Beckenbereich sowie cervikodorsalen Übergang (BVGer-act. 1 [Beilage 11]). Wie eingangs beschrieben, begründeten die somatischen Beschwerden bei der Beschwerdeführerin noch nie eine massgebende, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Vielmehr waren und sind die bestehenden körperlichen Leiden lediglich als leichtgradig einzustufen und einer Behandlung zugänglich. 9. 9.1 Leidet eine Person – wie hier die Beschwerdeführerin – auch an psychischen Erkrankungen, sind für die Beurteilung der diesbezüglichen Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2 ff.; 143 V 418 E. 6 ff.; 141 V 281 E. 3.6; Urteil des BVGer C-3253/2019 vom 15. Dezember 2022 E. 3.6). Diese Indikatoren sind grundsätzlich bei sämtlichen psychischen Erkrankungen zu prüfen. Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann allerdings ausnahmsweise dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. Urteil des BVGer C-3780/2020 vom 24. Januar 2023 E. 3.4.4 m.H.). Entbehrlich bleibt es beispielsweise, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Namentlich in Fällen, bei denen von einer bloss leichtgradigen, nicht chronifizierten depressiven Störung (ohne Komorbiditäten) auszugehen ist, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3;

143 V 418 E. 7.1 f.; Urteil des BGer 9C_721/2018 vom 12. März 2019 E. 3.2).

C-1424/2021 Seite 24 9.2 Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine lege artis gestellte, psychiatrische Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Im Übrigen systematisierte das Bundesgericht die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): 1. Kategorie «funktioneller Schweregrad» (mit den Komplexen Gesundheitsschädigung [Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten], Persönlichkeit [Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen] und sozialer Kontext) und 2. Kategorie «Konsistenz»/«Gesichtspunkte des Verhaltens» (mit den Komplexen gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sowie behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck). 9.3 9.3.1 Der Beschwerdeführerin wird einerseits eine leichte Depression (ICD-10 F32.0) und andererseits eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45; Differentialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ICD-10 F45.41) diagnostiziert (IVSTA-act. 43 [S. 2]). Diese Diagnosen entsprechen grundsätzlich denjenigen des Gutachters Dr. I. _____ (IVSTA-act. 17) und des behandelnden Psychiaters Dr. K. _____ (IVSTA-act. 15) sowie betreffend die Differentialdiagnose dem Klinikum L. _____ (BVGer-act. 1 [Beilage 10]). Sie lassen sich aufgrund der anamnestischen Angaben und der erhobenen Befunde ohne weiteres nachvollziehen. Insbesondere passen sie zum vom behandelnden Psychiater beschriebenen Beschwerdebild, wonach die Beschwerdeführerin bewusstseinsklar sowie zeitlich, persönlich, örtlich und situativ orientiert sei, in der Stimmungslage aber gedrückt, klagsam, somatisierend, mit reduzierter Affizierbarkeit und im Antrieb herabgesetzt sei, wobei Mnestic sowie Kognition weitgehend ungestört seien und weder eine formale oder inhaltliche Denkstörung noch eine produktive oder suizidale Symptomatik vorliege (IVSTA-act. 15 und BVGer-act. 4). Ebenso decken sie sich mit dem vom Klinikum L. _____ beschriebenen, mässig einschränkenden Beschwerdebild (vgl. dazu BVGer-act. 1 [Beilage 10]). So war die Beschwerdeführerin zwar geplagt von Zukunfts- und Existenzängsten, grübelnd, in weinerlicher und gedrückter Stimmung und reduziert im Antrieb. Schon bei der Aufnahme in die Klinik war sie aber bewusstseinsklar, wach, voll orientiert, aufmerksam, schwingungsfähig, ohne Denk- oder Wahrnehmungsstörungen, Phobien oder Zwänge und ohne Selbst- und Fremdgefährdung. Der Zustand der Beschwerdeführerin wurde während des Klinikaufenthalts merkbar verbessert. Zu Recht wandte der Psychiater des

C-1424/2021 Seite 25 internen medizinischen Dienstes ein (BVGer-act. 8), die vom Klinikum L. _____ erstmals gestellte Diagnose einer rezidivierenden Depression (damals mittelgradige Episode; ICD-10 F33.1) sei formal zwar vertretbar, führe aber nicht zu einer qualitativen Veränderung des Zustandsbilds und der Prognose. Vielmehr sei weiterhin von einem besserungsfähigen Zustandsbild auszugehen. Die gestellten Diagnosen werden von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und deshalb dem medizinischen Sachverständigen praktisch immer ein gewisser Spielraum eröffnet, welcher verschiedene Interpretationen zulässt, die im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. Urteil des BGer 9C_634/2015 vom

E. 10.1

Die nachfolgenden Erwägungen zeigen sodann, dass die Beschwerdeführerin selbst dann keinen Anspruch auf eine IV-Rente hätte, wenn man annehmen könnte, das Wartejahr sei abgelaufen:

E. 10.2

Im Aufgabenbereich (zur Statusfrage vgl. E. 7.2 hiervor) ist die Beschwerdeführerin, selbst nach ihren eigenen Angaben, nicht eingeschränkt (IVSTA-act. 17 [S. 3]). Sie verrichtet sämtliche Haushaltsarbeiten selber,

C-1424/2021 Seite 32 wobei das (mittlerweile erwachsene) Kind, das mit ihr zusammenlebt, teilweise mithilft (IVSTA-act. 36). Ihre Tätigkeiten im Aufgabenbereich bzw. Haushalt vor und nach der gesundheitlichen Einschränkung sind genau gleich geblieben (IVSTA-act. 36 [S. 9 f.]). Dabei sind der Beschwerdeführerin, unter Hinweis auf die Schadenminderungspflicht, Vorkehrungen im Haushalt, welche ihre Einschränkungen möglichst reduzieren, oder die Inanspruchnahme der Mithilfe Familienangehöriger durchaus zumutbar (vgl. Urteil des BGer 9C_25/2008 vom 30. Juni 2008 E. 4.2; Urteil des BVGer C-5861/2020 vom 2. Juni 2022 E. 7.1). Vor diesem Hintergrund erübrigt sich die ansonsten für die Ermittlung des Invaliditätsgrades im Aufgabenbereich notwendige Abklärung (i.d.R. an Ort und Stelle; vgl. dazu Urteil des BGer 9C_25/2008 vom 30. Juni 2008 E. 4.2; Urteil des BVGer C-5861/2020 vom 2. Juni 2022 E. 7.1).

E. 10.3.1

Im Erwerbsbereich ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs, das heisst mittels eines Vergleichs von Validen- und Invalideneinkommen, zu bestimmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.4.2 m.H.).

E. 10.3.2

Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu ermitteln (BGE 129 V 222 E. 4.1). Dabei sind für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1; Urteil des BVGer C-2044/2018 vom 14. Oktober 2019 E. 7.2). Vorliegend konnte ein allfälliger Rentenanspruch, mit Blick auf die im Juli 2020 erfolgte IV-Anmeldung, frühestens im Jahr 2021 entstehen (vgl. dazu Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 10.3.3

Für die Ermittlung des beim Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG zu berücksichtigenden Validenverdienstes ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (Urteil des BGer 8C_461/2021 vom 3. März 2022 E. 4.2.1). Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 144 I 103 E. 5.3; 139 V 28

C-1424/2021 Seite 33 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, das Valideneinkommen nicht anhand des zuletzt erzielten Einkommens festzusetzen,

zumal dieses dem durchschnittlichen Gehalt einer Hilfsarbeiterin entspricht bzw. dieses sogar leicht übersteigt, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt. Die Beschwerdeführerin verdiente im Jahr 2019, als Mitarbeiterin eines Personalrestaurants, bei einem 50%-Pensum und einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden (IVSTA-act. 28) monatlich rund Fr. 2'350.- brutto (Fr. 28'215.- : 12 [IVSTA-act. 28 {S. 8 ff.}]). Aufgerechnet auf ein 100%- Pensum (vgl. dazu Art. 27bis Abs. 2 IVV) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2021 (vgl. dazu Homepage des Bundesamtes für Statistik < <http://www.bfs.admin.ch> > Statistiken finden > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Schweizerischer Lohnindex > Schweizerischer Lohnindex: Index und Veränderung auf der Basis 2015 = 100, Total Frauen/nominal; abgerufen am 13. September 2023) ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 4'771.- im Monat (Fr. 2'350.- x 2 x 1.009 x 1.006).

E. 10.3.4

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2; 135 V 297 E. 5.2). Ist kein in diesem Sinne tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2; 135 V 297 E. 5.2; 126 V 75 E. 3b; 129 V 472 E. 4.2.1; Urteil des BGer 9C_508/2016 vom 21. November 2016 E. 5.1). Dabei sind grundsätzlich die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 m.H.). Mit letzteren sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten Tabellenwerte, sondern die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Daten gemeint (Urteil des BGer 8C_132/2020 vom

E. 10.3.5

Stellt man das Invalideneinkommen von Fr. 1'613.- dem Valideneinkommen von Fr. 4'771.- gegenüber, ergibt sich im Erwerbsbereich eine Einschränkung von 66%. Mithin resultiert, da im Aufgabenbereich keine Einschränkung besteht, insgesamt ein IV-Grad von 33%. Auch bei dieser Betrachtungsweise hätte die Vorinstanz das Rentengesuch der Beschwerdeführerin folglich zu Recht abgewiesen. Zusammenfassend ist die Beschwerde vom 25. März 2021 daher abzuweisen. 11. Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung. 11.1 Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1'000.-

C-1424/2021 Seite 35 festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Für das vorliegende Verfahren sind diese auf Fr. 800.- festzusetzen und der Beschwerdeführerin als unterlegene Partei aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG sowie Art. 1 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden. 11.2 Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e

contrario). Die obsiegende Vor- instanz hat als Bundesbehörde ebenfalls keinen Anspruch auf eine Partei- entschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

C-1424/2021 Seite 36

E. 11

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 11.1

Die Verfahrenskosten sind bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1'000.- festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Abs. 2 IVG). Für das vorliegende Verfahren sind diese auf Fr. 800.- festzusetzen und der Beschwerdeführerin als unterlegene Partei aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG sowie Art. 1 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

E. 11.2

Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Die obsiegende Vor- instanz hat als Bundesbehörde ebenfalls keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Für das Dispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

E. 15

März 2016 E. 6.1). Eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose liegt demnach vor. Ergänzungshalber ist anzumerken, dass sich in den Akten für die angebli- chen, seit Monaten bestehenden 'optischen und akustischen Halluzinatio- nen' (vgl. dazu Universitätsklinik für Neurochirurgie (...) vom 10. November 2020 in BVGer-act. 1 [Beilage 7, S. 2]) keine objektiven Anhaltspunkte fin- den. Weder wurde in diesem Zusammenhang eine Diagnose gestellt, noch wurden die entsprechenden Beschwerden substantiiert. Diese erscheinen in ihrem Ausmass denn auch nicht relevant, zumal die Beschwerdeführerin sie in ihrer Beschwerde nicht erwähnte. Im Gegenteil: In den übrigen Akten wird ausdrücklich festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nicht an Sin- nestäuschungen, psychotischen Phänomenen, Wahnphänomenen oder Wahrnehmungsstörungen leide (BVGer-act. 1 [Beilage 10]; IVSTA-act. 5 [S. 9], 17 [S. 7]). Im Bericht über den stationären Aufenthalt im Klinikum L. _____, bei dem die Beschwerdeführerin über einen längeren Zeitraum hin begleitet wurde, werden entsprechende Halluzinationen bzw. Wahrneh- mungsstörungen nicht genannt (BVGer-act. 1 [Beilage 10]). Auch der be- handelnde Psychiater, Dr. K. _____, schilderte im Juli 2020 keine sol- chen Beschwerden, sondern beschrieb die Beschwerdeführerin als be- wusstseinsklar und voll orientiert (IVSTA-act. 15). Ein allfälliges Leiden gälte ohnehin als behandelbar und damit als nicht invalidisierend (vgl. Pro- cedere in BVGer-act. 1 [Beilage 5]). Eine relevante Diagnose bezüglich der Halluzinationen ist mithin nicht erstellt. In den Akten wird sodann ein Suizidversuch durch Erhängen im Jahr 2017 erwähnt (vgl. IVSTA-act. 5 [S. 10]). Ein solcher Vorfall könnte auf eine schwere psychische Belastung der Beschwerdeführerin hindeuten. Dies- bezüglich fehlen aber jegliche konkrete und echtzeitliche Angaben. Weder

C-1424/2021 Seite 26 liegen Arztberichte noch Polizeirapporte noch konkrete Schilderungen oder entsprechende Diagnosen vor, noch wird dargelegt, dass der behauptete Suizidversuch zu einer Behandlung oder einem stationären Klinikaufenthalt geführt hätte (vgl. auch IVSTA-act. 5 [S. 4], wo keine stationären Aufenthalte verzeichnet sind). Eine relevante, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit infolge des (nicht näher erläuterten) Suizidversuchs scheint jedenfalls nicht eingetreten zu sein, findet damit doch weder in den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. K. _____ (BVGer-act. 4 und 5) noch im Bericht des L. _____ Klinikums in (...) (BVGer-act. 1 [Beilage 10]) eine Auseinandersetzung statt.

9.3.2 Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidsbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» zu nennen. Hierzu führte die Psychiaterin des internen ärztlichen Dienstes aus (IVSTA-act. 43 [S. 2]), somatisch liessen sich keine funktionellen Einschränkungen feststellen. Psychisch bestehe ein Verstimmungszustand mit resignativen Elementen bei einer psychosozialen Belastungssituation, die nicht näher erläutert werde. Die Gesundheitsschädigung sei gering ausgeprägt. Diese Einschätzung leuchtet ein. Die Beschwerdeführerin wird durchwegs als wach, kooperativ und orientiert beschrieben (BVGer-act. 1 [Beilage 7]; IVSTA-act. 17 [S. 6]). Sie beklagt entsprechend eher geringfügige Beschwerden wie Ängstlichkeit, Antriebslosigkeit, Niedergedrücktheit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, eine allgemeine Leistungsminderung sowie Kopfschmerzen (BVGer-act. 1 [Beilagen 4, 7, 8, 10]; IVSTA-act. 5 [S. 9], 21 [S. 3]). Im Januar 2021 berichtete die Beschwerdeführerin sodann über ein allgemeines Wohlbefinden und erklärte sich, abgesehen von einer Müdigkeit und einer intermittierenden Migräne, sogar als beschwerdefrei (BVGer-act. 1 [Beilage 9]). Das Klinikum L. _____ entliess die Beschwerdeführerin nach der stationären Behandlung Anfang 2021 in gebessertem Zustand, stabilisiert, offener im Kontakt und mit gesteigertem Antrieb (BVGer-act. 1 [Beilage 10]). Anzeichen für eine Selbst- oder Fremdgefährdung sowie psychotisches Erleben fehlten (BVGer-act. 1 [Beilage 10]). Ebenso bestanden weder Phobien, noch Zwänge, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen. Gedächtnis-, Konzentrations- oder Auffassungsstörungen wurden ebenfalls verneint (IVSTA-act. 5 [S. 9], 17 [S. 6]).

C-1424/2021 Seite 27 ist von einer leichten Ausprägung der psychischen Beschwerden auszugehen. Aufgrund dieser Tatsache erweist es sich als nachvollziehbar, dass die auf psychiatrischem Fachgebiet bestehenden Funktionseinschränkungen allesamt ebenfalls als gering einzuschätzen sind. Der Komplex «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz», also Verlauf und Ausgang von Therapien, stellt einen wichtigen Schweregradindikator dar (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). In diesem Zusammenhang hielt die Psychiaterin des internen medizinischen Dienstes der IVSTA fest, die Beschwerdeführerin habe im Juli 2020 erneut eine psychiatrische Therapie aufgenommen (IVSTA-act. 43 [S. 3]). Vorher habe sie die antidepressive, schlafanstossende Medikation abgesetzt gehabt. Eine psychotherapeutische Therapie werde nicht durchgeführt. Von einer Therapieresistenz könne nicht gesprochen werden. In der Schweiz sei die Voraussetzung für eine stationäre Therapie nicht erfüllt. Ambulante therapeutische Massnahmen seien nicht ausgeschöpft. Der Beschwerdeführerin wurde in der Tat sowohl vom Klinikum L. _____ als auch von Dr. K. _____ eine Psycho- bzw. Gesprächstherapie empfohlen (BVGer-act.

1 [Beilagen 5 und 10]). Diese besucht aber – unwidersprochen – nach wie vor keine solche Behandlung. Insgesamt scheinen die Therapieoptionen bei der Beschwerdeführerin mithin nicht ausgeschöpft, womit sich aus dem Komplex «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» betreffend Schweregrad der Störung nichts Entscheidendes ableiten lässt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Der (zumindest teilweise) Behandlungserfolg in der Klinik L. _____ und der medikamentösen Behandlung durch Dr. K. _____ (BVGer-act. 1 [Beilage 5]) bestätigt sodann die Einschätzung, wonach die Behandlungsoptionen bislang nicht konsequent umgesetzt worden sind und deshalb nicht von einer Behandlungsresistenz ausgegangen werden darf. Unter dem Aspekt der «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Gemäss dem internen medizinischen Dienst der IV-STA sind Komorbiditäten für die Arbeitsfähigkeit, unter Hinweis auf das Gutachten von 2017 (gemeint sind wohl die IVSTA-act. 17 - 20), nicht relevant (IVSTA-act. 43 [S. 3]). Dieser Einschätzung ist zuzustimmen. Die somatischen wie auch die psychischen Beschwerden sind vorliegend nur leicht ausgeprägt. Hinweise auf eine erhebliche ressourcenraubende somatische oder psychische Komorbidität fehlen. Erwähnt werden demgegenüber umfangreiche psychosoziale Belastungsfaktoren (IVSTA-act. 5 C-1424/2021 Seite 28 [S. 10], 21 [S. 6]; wie z.B. die Arbeitslosigkeit, die finanziellen Einschränkungen, die Situation mit dem getrennt lebenden Ehemann), welche IV-rechtlich aber grundsätzlich nicht massgebend sind. Mit Blick auf den Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen, persönliche Ressourcen) führte die Psychiaterin des internen medizinischen Dienstes aus, gemäss psychiatrischem Gutachten von 2017 sei die Beschwerdeführerin diesbezüglich unauffällig. Es bestehe keine familiäre (gemeint ist wohl erblich bedingte) Belastung mit psychischen Leiden (IVSTA-act. 43 [S. 3]). In der Tat ergeben sich weder aus den Gutachten noch aus den übrigen Akten Anhaltspunkte dafür, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin deren funktionelles Leistungsvermögen beeinträchtigen würde. Deren Persönlichkeitsstruktur und intellektuelle Grundstruktur werden vielmehr als im Normbereich befindlich beschrieben (IVSTA-act. 17 [S. 7]). Betreffend den Komplex «sozialer Kontext» ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin getrennt von ihrem Ehemann, aber mit ihrem Kind zusammenlebt (IVSTA-act. 36). Mag die Beschwerdeführerin nach ihren Angaben auch zurückgezogen leben (vgl. BVGer-act. 1 [Beilage 10]; IVSTA-act. 5 [S. 10]), scheint sie zumindest nicht vereinsamt. So wurde sie beispielsweise von einem Nachbarn zum medizinischen Untersuchen gefahren (IVSTA-act. 5 [S. 3]). 9.3.3 In die Kategorie «Konsistenz» fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4). Der Indikator einer «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Nach der (wie nachfolgend in E. 10.2 zu zeigen sein wird mit den Akten übereinstimmenden) Angabe der Psychiaterin des internen Dienstes sind im Haushalt keine Einschränkungen ersichtlich (IVSTA-act. 43 [S. 3]; so auch in IVSTA-act. 17 [S. 3]). Ebensowenig lässt sich den Akten entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in ihren Freizeitaktivitäten eingeschränkt wäre. Entsprechendes macht die Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend. Die Beschreibung des gewöhnlichen Tagesablaufs vor und nach Eintritt der gesundheitlichen

Beeinträchtigung ist demzufolge grundsätzlich gleich geblieben (IVSTA-act. 36 [S. 7 und 8]). Die Beschwerdeführerin beschränkte sich schon früher auf die Arbeit und den Haushalt (IVSTA-act. 43 [S. 4]). Heute geht sie sogar mehr spazieren als zuvor (IVSTA-C-1424/2021 Seite 29 act. 36 [S. 10]). Die Beschwerdeführerin kann sich sodann vollständig um sich selbst kümmern und erscheint in einem gepflegten Allgemeinzustand (IVSTA-act. 17 [S. 3 und 6]). Sie ist daher in den 'sonstigen Lebensbereichen' nicht eingeschränkt und scheint ihre Beeinträchtigung nur bezogen auf ihre Berufsausübung wahrzunehmen (vgl. dazu auch die Beschwerdeschrift). Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen «Leidensdruck» hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Ein solcher ist gemäss Einschätzung der Psychiaterin des internen medizinischen Dienstes aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht vorhanden (IVSTA-act. 43 [S. 3]). In diesem Zusammenhang ist namentlich zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin seit Längerem auf eine Psychotherapie verzichtet, obschon ihr eine solche durchaus zumutbar wäre (BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Dies spricht nicht für einen grossen Leidensdruck in psychiatrischer Hinsicht. Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich in den Akten Ausführungen finden, die eine zuverlässige rechtliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der massgebenden Indikatoren erlauben. Ergänzend bleibt insbesondere anzumerken, dass die Einschätzungen des internen medizinischen Dienstes der IVSTA in Kenntnis sämtlicher Akten und in Auseinandersetzung mit den Vorakten ergingen, begründet sind, auf einem feststehenden medizinischen Sachverhalt beruhen und mit Blick auf die seit Jahren bestehenden, geringen Befunde einleuchten. Demnach ist insgesamt von einem höchstens leichten funktionellen Schweregrad der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auszugehen, was sich letztlich auch in deren Angaben widerspiegelt (vgl. dazu auch E. 9.3.1 und 9.3.2 hiervor). Diese vermögen keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. 9.3.4 Es bleibt anzumerken, dass der Einschätzung von Dr. N._____, welche der Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen ab dem 13. August 2020 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (wenn auch nur bezogen auf ein Jahr) attestierte (vgl. IVSTA-act. 5 [S. 13 und S. 11, wonach die somatischen Befunde nicht massgebend sind {kardio-respiratorisch kompensiert, geringe Probleme bezüglich der Wirbelsäule und Gelenke})), entgegengehalten ist, dass sie als Ärztin für Allgemeinmedizin betreffend die psychiatrische Einschätzung nicht die notwendigen Fachkenntnisse besitzt. Ihre Angabe, die Beschwerdeführerin könne keine Arbeiten mehr verrichten, erscheint mit Blick auf die erhobenen, leichten Befunde nicht nachvollziehbar. Insbesondere die Anmerkung auf S. 10, wonach die

C-1424/2021 Seite 30 Beschwerdeführerin seit dem behaupteten Suizidversuch 2017 (zu dem sich, wie bereits in E. 9.3.1 erwähnt, in den Akten keinerlei konkrete Angaben finden) völlig antriebslos sei, ist nicht glaubhaft, hat die Beschwerdeführerin doch kurz darauf eine Stelle in der Schweiz gefunden, ist umgezogen und hat hier mehrere Monate gearbeitet. Im Bericht von Dr. N._____ fand die Arbeitstätigkeit in der Schweiz denn auch keine Erwähnung (vgl. IVSTA-act. 5 [S. 2]). Soweit die Ärztin ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf den Arztbericht von Dr. K._____ abstützte, ist anzumerken, dass sich aus diesem (IVSTA-act. 15) keine Arbeitsunfähigkeit ableiten lässt. Ohnehin bleibt anzumerken, dass Dr. N._____ der Beschwerdeführerin erstens keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bescheinigte und dass zweitens das Wartejahr im Verfügungszeitpunkt nicht erfüllt gewesen wäre, selbst wenn man der Beurteilung von Dr. N._____ folgen würde. Ebensowenig leuchtet die Einschätzung von Dr. G._____ ein, wonach die

Beschwerdeführerin wegen des Zustands nach Mitralklappenraffung (nota bene mit gutem Ergebnis) und der Harninkontinenz (nota bene ohne sichtbare Inkontinenzzeichen) nurmehr leichte Arbeiten (wenn auch voll- zeitig) zumutbar sein sollen (vgl. IVSTA-act. 19 [S. 4]). Da die Harninkonti- nenz behandelbar ist sowie dieser mit der Verwendung von Einlagen be- gegnet werden kann und die Herzbeschwerden gemäss sämtlichen vorlie- genden Akten kaum mehr vorhanden sind (vgl. z.B. IVSTA-act. 5, 14, 19), erscheint vielmehr die differenziertere Beurteilung im Gutachten von Dr. H._____, wonach die Beschwerdeführerin teilweise auch mittelschwere Tätigkeiten ausüben kann (IVSTA-act. 18 [S. 8]), schlüssiger. Sinngemäss vertritt der interne medizinische Dienst ebenfalls diese Auffassung, geht er doch davon aus, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit, wel- che auch mittelschwere Elemente enthielt, vollumfänglich zumutbar ist (IV- STA-act. 43 [S. 2]). 9.3.5 Weitere Abklärungen drängen sich aufgrund der Aktenlage nicht auf und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht verlangt (vgl. dazu Ur- teil des BGer 8C_414/2022 vom 24. Januar 2023 E. 4.1; Urteil des BVGer C-4216/2020 vom 27. Mai 2023 E. 5.4 in fine). Der medizinische Sachver- halt gilt als rechtsgenügend im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG abgeklärt. 9.4 9.4.1 Da, abgesehen von den ausgewiesenen Klinikaufenthalten (10 Tage im Sommer 2013, 6 Tage im September 2020, knapp 1.5 Monate im Jahr 2021 [BVGer-act. 1 {Beilagen 2, 6, 10}]), bei der Beschwerdeführerin nie eine massgebende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, sei

C-1424/2021 Seite 31 es im Erwerbs- oder Haushaltbereich, bestand bzw. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt gilt, ist das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG nicht erfüllt. Ein Rentenanspruch konnte daher bislang nicht ent- stehen. 9.4.2 Nach dem Dargelegten ist mithin die Schlussfolgerung der Vorinstanz zu bestätigen, wonach eine massgebende Arbeitsunfähigkeit während des Wartejahres bzw. ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mit über- wiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist und insbesondere der psychischen Problematik der Beschwerdeführerin aus rechtlicher Sicht keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden kann (vgl. ausserdem zur Beweislast E. 4.5 hiervor). Selbst wenn man – wie die Beschwerdeführerin (BVGer-act. 1 [S. 3]) – da- von ausginge, diese sei seit Juni 2020 arbeitsunfähig, wäre das Wartejahr im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (März 2021) noch nicht abge- laufen gewesen. 9.5 Es bleibt festzustellen, dass das vorliegende Ergebnis der Erfahrungs- tatsache entspricht, wonach leicht- bis mittelgradige Depressionen in der Regel weder hinreichend schwer noch therapieresistent sind, um eine In- validität begründen zu können (vgl. dazu BGE 148 V 49; MEYER/REICH- MUTH, a.a.O., Art. 4 Rz. 84). Die verschiedenen invaliditätsfremden Faktoren schliesslich (z.B. belas- tende Situation mit dem Ehemann, Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen [IV- act. 5 {S. 10} und 21 {S. 6}]) mögen die Beschwerdeführerin zwar in ihrer Lebensführung beeinträchtigen, sie dürfen invalidenversicherungsrechtlich aber nicht berücksichtigt werden (vgl. Urteil des BVGer C-198/2019 vom 13. Dezember 2021 E. 6.4.2 m.H.). Insbesondere stellen Befunde aufgrund von psychosozialen und soziokulturellen Umständen keinen invalidisieren- den psychischen Gesundheitsschaden dar; erforderlich ist vielmehr eine verselbständigte psychische Störung (BGE 127 V 294 E. 5a). 10.

E. 18

Juni 2020 E. 4.1 und 4.2.1). Konkret wird für die Invaliditätsbemessung praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A; Ta- belle TA1_tirage_skill_level; Zeile "Total Privater Sektor") abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 m.H.; Urteile des BGer

8C_104/2022 vom 5. August 2022 E. 3.1; 8C_66/2020 vom 14. April 2020 E. 4.2.2; 8C_124/2021 vom 2. August 2021 E. 4.4.1; 8C_58/2021 vom 30. Juni 2021 E. 4.1.1), wobei

C-1424/2021 Seite 34 jeweils vom sogenannten Zentralwert bzw. Median auszugehen ist und in der Regel der Totalwert angewendet wird (BGE 148 V 174 E. 6.2; 126 V 75 E. 3b/bb; Urteile des BGer 9C_237/2007 vom 24. August 2007 E. 5.1 [nicht publ. in BGE 133 V 545]; 8C_58/2021 vom 30. Juni 2021 E. 4.1.1; 9C_206/2021 vom 10. Juni 2021 E. 4.4.2).
Betreffend Ermittlung des Invalideneinkommens ist vorab zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin seit geraumer Zeit keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht. Unter diesen Umständen ist zur Bemessung des Invalideneinkommens auf die schweizerischen Durchschnittslöhne gemäss LSE abzustellen (vgl. dazu BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; MEYER/ REICHMUTH, a.a.O., Art. 28a Rz. 94). Zu wählen ist das tiefste Kompetenzniveau (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), da die Beschwerdeführerin keine Berufsausbildung genoss und stets Hilfsarbeiten verrichtete. Nach der LSE 2020 ist von einem monatlichen Einkommen von Fr. 4'276.- bzw. per 2021 von Fr. 4'302.- (Fr. 4'276.- x 1.006) auszugehen, womit sich, ginge man zugunsten der Beschwerdeführerin von einem zumutbaren 50%igen Arbeitspensum und einem maximalen Leidensabzug von 25% aus (wiewohl sich dies aufgrund der Aktenlage kaum rechtfertigen liesse; zum Leidensabzug vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2; 126 V 75 E. 5b; Urteil des BGer 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.1), ein monatliches Invalideneinkommen von Fr. 1'613.- (Fr. 4'302.- x 0.5 x 0.75) ergäbe.

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