Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal



Abteilung III
C-3865/2023

Urteil vom 2. September 2026

Besetzung

Richter Vito Valenti (Vorsitz),
Richter Philipp Egli, Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiber Samuel Wyrsch.

Parteien

A._____, (Deutschland),
vertreten durch lic. iur. Stephan Müller, Advokat,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Anspruch auf eine Invalidenrente,
Verfügung der IVSTA vom 7. Juni 2023.

Sachverhalt:

A.
Die am (…) 1962 geborene, verheiratete, kinderlose deutsche Staatsangehörige A._____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) arbeitete in der Schweiz vom 1. Juli 1989 bis am 31. Juli 2005 als Laborantin sowie Cheflaborantin bei der Firma B._____ AG und vom 1. August 2005 bis 31. Mai 2016 als Scientific Associate II bei der Firma C._____ AG (zunächst in einem Vollzeitpensum, ab 1. März 2013 in einem Teilzeitpensum von 60 %) und leistete Beiträge an die obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV). Ihre letzte Tätigkeit vom 1. Juni 2016 bis am 31. Mai 2018 übte sie in Deutschland beim Universitätsklinikum in (…) als medizinisch-technische Assistentin aus, der letzte Arbeitstag war am 11. Mai 2018 (vgl. Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland gemäss Aktenverzeichnis vom 11. September 2023 [nachfolgend: IVSTA-act.] 25, 97 und 104 ff.). Seitdem ist sie arbeitslos, bezog Arbeitslosengeld und wird von ihrem Ehemann finanziell unterstützt (IVSTA-act. 61, 143 und 203 S. 47).

B.
B.a Nachdem das erste Leistungsbegehren um die Übernahme von Hilfsmitteln (Hörgerät) vom 15. Dezember 2015 mit Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend Vorinstanz oder IVSTA) vom 28. April 2016 abgelehnt wurde (IVSTA-act. 22), überwies die Deutsche Rentenversicherung Bund den Rentenantrag der Versicherten vom 3. Januar 2021 mit Schreiben vom 15. Januar 2021 an die IVSTA zur Durchführung des zwischenstaatlichen Rentenverfahrens (IVSTA-act. 42, 105 und 132).

B.b Zur Klärung der Leistungsansprüche bat die Vorinstanz die Deutsche Rentenversicherung Bund am 30. Juni 2021 eine neue medizinische Untersuchung der Versicherten zu veranlassen (IVSTA-act. 118). Im daraufhin ergangenen Gutachten vom 30. Juli 2021 stellte Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin, eine aufgrund psychiatrischer, neurologischer und psychosomatischer Erkrankungen bestehende funktionale Beeinträchtigung und eine Leistungsminderung fest. Damit einhergehend könne die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit als medizinisch-technische Angestellte (MTA) nur noch für unter drei Stunden leistungsfähig sein. Es liege «nach den Regeln der Schweizerischen IV» eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % vor. Für leichte, kognitiv nicht anspruchsvolle Tätigkeiten sei sie noch zwischen drei bis unter sechs Stunden (resp. zu 50 %) leistungsfähig.

Diese Einschätzung gelte ab dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 1. Mai 2018 (IVSTA-act. 133).

B.c Nach Prüfung der medizinischen Unterlagen empfahl Dr. med. E._____, Fachärztin für Neurologie, medizinischer Dienst der IVSTA, in ihrer Stellungnahme vom 25. Oktober 2021 die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung in der Schweiz (IVSTA-act. 146). Das daraufhin am 2. Juni 2022 (Zeitpunkt Erstellung der interdisziplinären Gesamtbeurteilung) durch die SMAB AG Bern ergangene polydisziplinäres Gutachten (nachfolgend: SMAB-Gutachten) umfasst Teilgutachten in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin (Federführung; erstellt am 13. April 2022), Neurologie (erstellt am 13. April 2022), Rheumatologie (erstellt am 6. April 2022), Psychiatrie (erstellt am 12. April 2022), Pneumologie (erstellt am 26. April 2022) sowie die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 2. Juni 2022. Zusammengefasst hält es ausschliesslich aus psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit seit Februar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % fest (IVSTA-act. 203).

B.d Nach Vorliegen des SMAB-Gutachtens und dessen medizinisch-juristischer Würdigung am 4. August 2022 (IVSTA-act. 219) erliess die IVSTA am 23. August 2022 einen Vorbescheid, mit welchem sie die Abweisung des Leistungsgesuchs der Versicherten in Aussicht stellte. Zur Begründung stützte sie sich im Wesentlichen auf die Ausführungen im polydisziplinären Gutachten und führte aus, es bestehe aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Invalidenversicherung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit dem 20. Februar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 20 % aufgrund erforderlicher Erholungspausen. Dieser Invaliditätsgrad begründe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (IVSTA-act. 223).

B.e Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch die F._____, am 21. September 2022 Einwand erheben und reichte weitere medizinische Berichte ein. Im Rahmen des Einwands beantragte sie, es sei von dem im Vorbescheid vorgesehenen Entscheid abzusehen, eine Invalidenrente ab wann rechtens zu gewähren, die Mängel im Gutachten zu beheben und der medizinische Sachverhalt erneut umfassend zu überprüfen (IVSTA-act. 229).

B.f Nachdem die Versicherte im weiteren Verlauf zahlreiche weitere medizinische Berichte (IVSTA-act. 231 ff.) einreichte und diese durch die Vorinstanz jeweils ihrem medizinischen Dienst zur Stellungnahme vorgelegt wurden (vgl. Stellungnahmen vom 5. Januar 2023 [IVSTA-act. 245],

30. April 2023 [IVSTA-act. 260] und 25. Mai 2023 [IVSTA-act. 264]), lehnte die Vorinstanz das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 7. Juni 2023 ab. Zur Begründung führte sie aus, nach Prüfung der im Rahmen des Einwandverfahrens eingereichten neuen medizinischen Unterlagen sei der ärztliche Dienst zum Schluss gelangt, dass im somatischen Bereich keine bedeutenden oder neuen medizinischen Elemente vorlägen. Auch aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine nicht bereits bekannten Elemente, welche im SMAB-Gutachten nicht berücksichtigt worden seien. Somit ergäben sich keine signifikanten neuen Elemente, die die medizinisch-juristische Beurteilung vom 4. August 2022 (IVSTA-act. 219) in Frage stellen könnten. Aus somatischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit; aus psychiatrischer Sicht eine von 20 % aufgrund erforderlicher Erholungspausen. Dieser (Invaliditäts-)Grad begründe kein Recht auf eine Rente (IVSTA-act. 265).

C.

C.a Mit Eingabe vom 10. Juli 2023 lässt die Versicherte gegen die Verfügung vom 7. Juni 2023 beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde führen und beantragen, es sei 1. die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. Juni 2023 aufzuheben und 2. ein Gerichtsgutachten einzuholen sowie anschliessend über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu entscheiden; eventualiter sei der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2021 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Zur Begründung führte sie aus, die Feststellungen in Bezug auf die im psychiatrischen Teilgutachten vom 12. April 2022 gestellten Diagnosen seien nicht nachvollziehbar. Weiter werde die gesundheitliche Entwicklung (insb. die neue Diagnose eines Post-COVID-Syndroms) nicht ausreichend gewürdigt. Im Hinblick auf die Ermittlung des Valideneinkommens sei davon auszugehen, dass die Stelle bei der C._____ AG behinderungsbedingt aufgelöst worden sei, weshalb der Berechnung des Valideneinkommens das damals in dieser Funktion erzielte Einkommen zugrunde zu legen sei. Bei Berücksichtigung des gutachterlich festgestellten Belastungsprofils sei nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre frühere Tätigkeit weiterhin ausführen könne. Angesichts der hohen Spezialisierung werde sie nicht mehr in der angestammten Branche arbeiten können und die erworbenen Kenntnisse und die Berufserfahrung seien in einem behinderungsangepassten Berufsumfeld kaum wirtschaftlich verwertbar, weshalb zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf Tabellenlöhne abzustellen sei. Bei einem so ermittelten Valideneinkommen von Fr. 112'500.– und einem Invalideneinkommen von Fr. 42'794.– resultiere ein Invaliditätsgrad von 62 % und damit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Beschwerdeakten [BVGer-act.] 1)

C.b Der mit Zwischenverfügung vom 13 Juli 2023 eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.– ging am 20. Juli 2023 bei der Gerichtskasse ein (BVGer-act. 2 und 4).

C.c In der Vernehmlassung vom 13. September 2023 schloss die Vorinstanz auf Abweisung der Beschwerde sowie Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Sie begründete dies im Wesentlichen damit, dass im polydisziplinären Gutachten vom 2. Juni 2022 aus allgemeinmedizinisch-internistischer, neurologischer, rheumatologischer oder pneumologischer Sicht keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Die leichte depressive Episode im Rahmen einer Dysthymia begründe keine wesentliche funktionelle Einschränkung. Die sich lediglich aus den psychiatrischen Befunden ergebende Arbeitsunfähigkeit werde auf 20 % seit Februar 2019 veranschlagt. Daran vermöchten auch die zahlreichen im Anhörungsverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen nichts zu ändern. Die Verschärfung der Schmerzsymptomatik sei bereits im psychiatrischen Teilgutachten vom 12. April 2022 und in der interdisziplinären Gesamtwürdigung vom 2. Juni 2022 aufgegriffen worden. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit – unter gewissen Einschränkungen und Anpassungen – zu 80 % seit Februar 2019 arbeitsfähig, weshalb sich eine wirtschaftliche Bemessung des Einkommensverlusts erübrige (BVGer-act. 6).

C.d Mit Replik vom 20. November 2023 verwies die Beschwerdeführerin auf die in ihrer Beschwerde vorgebrachte Begründung (BVGer-act. 10).

C.e Am 30. November 2023 duplizierte die Vorinstanz und hielt an den vernehmlassungsweise vorgebrachten Feststellungen fest (BVGer-act. 12).

C.f Mit Instruktionsverfügung vom 5. Dezember 2023 wurde der Schriftenwechsel, unter Vorbehalt weiterer Instruktionsmassnahmen, abgeschlossen (BVGer-act. 13).

C.g Mit Eingabe vom 25. April 2025, welche mit Instruktionsverfügung vom 1. Mai 2025 der Vorinstanz zur Kenntnisnahme zugestellt wurde, reichte die Beschwerdeführerin den Stellenbeschrieb ihrer bei der Firma C._____ AG zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Scientific Research Associate II zu den Akten. Ergänzend führte sie aus, die Stelle setze grundsätzlich einen Hochschulabschluss voraus und sei nicht mit einer einfachen Laborantenstelle zu vergleichen, erfordere besonders hohen Einsatz und zeichne sich durch erhöhten Druck aus. Dies zeige zusätzlich auf, dass die

damalige Tätigkeit nicht behinderungsangepasst sein könne (BVGer-act. 16; IVSTA-act. 17).

C.h Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird – soweit erforderlich – im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [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 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 52 Abs. 1 VwVG) ist, nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), einzutreten.

2.
Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 7. Juni 2023, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

3.
3.1 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).

3.2 Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). 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).

3.3 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach 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). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (vgl. Art. 13 VwVG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je m.w.H.). 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).

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, wohnt in Deutschland und war in der schweizerischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) versichert. Es liegt offensichtlich ein grenzüberschreitender Sachverhalt mit Bezug zur EU vor (vgl. dazu BGE 145 V 231 E. 7.1; 143 V 354 E. 4; 143 V 81 E. 8.1). Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen 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 Anwendung. 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 anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4; Art. 46 Abs. 3 und Anhang VII der Verordnung [EG] Nr. 883/2004).

4.2 Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705; BBl 2020 5535) in Kraft getreten. Vorliegend sind in Anbetracht der am 3. Januar 2021 erfolgten Anmeldung Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 1. Januar 2022 streitig (vgl. Art. 28 Abs. 1 Bst. b und Art. 29 Abs. 1 IVG). Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) sind die Bestimmungen des IVG, der IVV (SR 831.201) und

des ATSG (SR 830.1) in der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar. Sie werden – soweit nicht anders vermerkt – im Folgenden jeweils in dieser Version zitiert und angewendet.

4.3 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 7. Juni 2023) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 224 E. 6.1.1; 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

5.
Anspruch auf eine ordentliche Rente haben Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG). Für die Erfüllung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer können Beitragszeiten, die in einem EU/EFTA-Staat zurückgelegt worden sind, mitberücksichtigt werden (Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; vgl. auch BGE 131 V 390). Dabei muss aber mindestens ein Beitragsjahr in der Schweiz zurückgelegt worden sein (Art. 36 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 AHVG; Art. 57 Abs. 1 VO [EG] 883/2004). Die Beschwerdeführerin hat während mehr als drei Jahren Beiträge in diesem Sinn geleistet, so dass die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer erfüllt ist. Es bleibt zu prüfen, ob sie invalid im Sinne des Gesetzes ist.

6.
6.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG) und gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 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 des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 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).

6.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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).

6.3 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). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben (Art. 29 Abs. 4 IVG). Diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die Staatsangehörigen eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

6.4 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

6.5 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 Zusammen-

hänge 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). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

6.6 Zwar gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, doch hat die Rechtsprechung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b). So kommt den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zu, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb). Berichte behandelnder Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 m.H. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 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.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 135 V 465 E. 4.4 m.H. auf 125 V 351 E. 3b/ee).

6.7 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 Zuver-

lässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3).

6.8 Grundsätzlich sind bei sämtlichen psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

7.

7.1 Mit Verfügung vom 7. Juni 2023 lehnte die Vorinstanz das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin – im Wesentlichen gestützt auf das SMAB-Gutachten (IVSTA-act. 203) sowie die Einschätzungen des medizinischen Diensts vom 5. Januar 2023 (IVSTA-act. 245), 30. April 2023 (IVSTA-act. 260) und 25. Mai 2023 (IVSTA-act. 264) – ab und begründete dies damit, dass die aus psychiatrischer Sicht bestehende Arbeitsunfähigkeit von 20 % keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründe. Aus dem Umstand, dass das Landratsamt G._____ einen Schwerbehinderungsgrad von

50 % zuerkannt habe, könne sie nichts zu ihren Gunsten ableiten. Auch nach Einreichung weiterer medizinischer Unterlagen im Rahmen des Anhörungsverfahrens sei kein aus medizinischer Sicht neues, signifikantes Element (weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht) ersichtlich, welches nicht bereits berücksichtigt worden sei (IVSTA-act. 265).

7.2 Mit Beschwerde vom 10. Juli 2023 brachte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb im psychiatrischen Teilgutachten von einer Dysthymia ausgegangen worden und der Schmerzstörung ein Ausschlussvorbehalt zu Grunde zu legen sei. Zudem sei das Post-COVID-Syndrom nicht in die Bewertung miteinbezogen worden. Ohnehin erfülle das Teilgutachten nicht die Anforderungen an den Beweiswert und es sei ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Zufolge des eingeschränkten Belastungsprofils könne die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden; wobei für die Berechnung des Valideneinkommens ebendieses zuletzt erzielte Einkommen Grundlage bilden müsse. In Bezug auf die Berechnung des Invalideneinkommens sei aufgrund des Belastungsprofils die frühere Tätigkeit nicht mehr denkbar und es sei auf statistische Werte (Tabelle TA1_tirage_skill_level aus dem Jahr 2020, Total für Frauen Kompetenzniveau 1) zurückzugreifen. Dies führe zu einem Invaliditätsgrad von 62 % und einem damit verbundenen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Der Anspruch sei schliesslich sechs Monate nach der Anmeldung und damit per 1. Juli 2021 entstanden (BVGer-act. 1).

7.3 Dagegen wendete die Vorinstanz vernehmlassungsweise ein, das interdisziplinäre SMAB-Gutachten beinhalte – mit Ausnahme einer leichten depressiven Episode, welche im Rahmen einer Dysthymia diagnostiziert worden sei – keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen. Lediglich aufgrund psychiatrischer Befunde sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % seit Februar 2019 auszugehen. Zu keinem anderen Ergebnis führten die während des Anhörungsverfahrens eingebrachten medizinischen Unterlagen, welche wiederholt durch den medizinischen Dienst beurteilt worden seien. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit unter gewissen Einschränkungen und Anpassungen in ihrem Arbeitsumfeld weiterhin seit Februar 2019 zu 80 % arbeitsfähig, weshalb sich auch die wirtschaftliche Bemessung des Einkommensverlusts erübrige (BVGer-act. 6).

8.
Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Ablehnung des Leistungsgesuchs korrekt erfolgte. Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten zusammengefasst was folgt entnehmen:

8.1 In seinen Berichten vom 3. Oktober 2008, 9. August 2013 und 17. Januar 2014 stellte Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, die Diagnosen: chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des Gesichts im Rahmen einer kieferorthopädischen Korrektur einer Zahnstellung, einfache Migräne und Spannungskopfschmerzen (IVSTA-act. 66 und 71 f.).

8.2 Dem Bericht von Dr. med. I._____, Facharzt für Neurologie, vom 14. Juni 2012 über die ambulante Wiedervorstellung vom 5. Juni 2012 im Universitätsklinikum (…) sind die Diagnosen Migräne ohne Aura (G 43.0; häufig menstruell assoziiert), Gesichtsschmerz am ehesten im Rahmen einer kieferorthopädischen Regulierungsbehandlung seit 2/2010, anamnestisch seit 5/2012 schwere Gastritis, am ehesten Analgetika-induziert, allergische Rhinitis, leichtes allergisches Asthma bronchiale, heterozygote Faktor V Mutation, Lipödem der Beine und rezidivierende Lumbalgien (M 54.5) zu entnehmen (IVSTA-act. 45).

8.3 Den medizinischen Berichten der J._____ vom 30. Januar 2015 (verfasst von Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädie) und 2. Februar 2016 (verfasst von Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädie) sind die Diagnosen medialbetonte Gonarthrose u. Femoralpatellarthrose bds., Lipödem mit Schwellung beider Unterschenkel und Füsse, Knick-Senk-Spreizfuss beidseits, Lumbalsyndrom bei Fehlhaltung und Muskeldysbalance, Hypermobilität der unteren LWS, chronisches Lumbalsyndrom, V.a. inkomplette Spondylodese von L5, Beckenschiefstand mit Beinverkürzung Lumboischialgie, Thorakalsyndrom bei Hyperkyphose der BWS, Thorakalsyndrom bei Spondylodese, Cervikalsyndrom bei Fehlhaltung bzw. ungünstiger Bewegung, beginnende degenerative Veränderung der HWS mit Osteochondrose C5/C6, Insertionstendopathie des M. supraspinatus rechts und subacromiales Impingement rechts zu entnehmen (IVSTA-act. 26 S. 27 ff.).

8.4 Die Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. med. M._____ beschrieb in ihrem Bericht vom 6. Januar 2018, dass die Beschwerdeführerin bei ihr aufgrund von chronischer Migräne seit Dezember 2003 und aufgrund eines Schmerzsyndroms seit 2016 in Behandlung sei (IVSTA-act. 50).

8.5 Der von Dr. med. N._____, Facharzt für Anästhesiologie (regionales Schmerzzentrum […]), vom 21. Februar 2019 verfasste Bericht enthält die Diagnosen chronisches Kopfschmerzsyndrom (F45.41), Migräne ohne Aura (G43.0), interm. Kopfschmerz vom Spannungstyp (G44.2), arzneimittelinduzierter Kopfschmerz (G44.4), chronisches Schmerzsyndrom Stadium 2 (F45.41), chronic whidespread pain-Fibromyalgie (M79.70), Mischformen des Asthma bronchiale (J45.8) und rezidivierende depressive Störung (F33.9; IVSTA-act. 26 S. 22).

8.6 Vom 8. April 2019 bis zum 4. Mai 2019 erfolgte in der Fachklink (…) ein stationärer Aufenthalt. Im darüber Auskunft gebenden endgültigen Entlassungsbericht vom 10. April 2019 (?) führen Dres. med. O._____ (Facharzt für Anästhesiologie) und P._____ (Facharzt für Orthopädie), der Psychologische Psychotherapeut Q._____ und die Klinische und Gesundheitspsychologin R._____ die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms bei vordiagnostiziertem Fibromyalgiesyndrom mit zentraler Chronifizierung und stressinduzierter Hyperalgesie auf. Es bestünden sodann Mixed-Kopfschmerzen als chronische Migräne/chronischer Spannungskopfschmerz (G43.8, G44.2), ein überwiegend myofasziales, diskret degeneratives HWS-Syndrom (M53.1, M53.0) und ein ebensolches LWS-Syndrom ohne Radikulopathie oder Pseudoradikulopathie (M54.4), beide mit diskreten Zeichen zentraler Chronifizierung (Schmerzmatrixbildung). Zudem eine allergische Diathese (T78.4, teils klassisch diagnostiziert), eine noch nicht abschliessend diagnostizierte Glutenunverträglichkeit (K90.0) bei Hinweisen auf ein chronisches Reizdarmsyndrom, ein überwiegend allergisches Asthma bronchiale (J45.0) sowie ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen (G47.0). Aus psychologischer Sicht schliesslich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie somatoformen Anteilen (F45.41) und eine mittelgradige depressive Episode (F32.1). Die Entlassung erfolgte arbeitsunfähig (IVSTA-act. 26 S. 7 ff.).

8.7 Am 26. Juni 2019 stellte sich die Beschwerdeführerin bei Dr. med. S._____, Facharzt für Dermatologie und Allergologie, vor. Bei der Untersuchung wurden multiple Nävuszellnävi ohne Anhalt für Malignität festgestellt. Es zeige sich ausserdem anamnestisch eine leichte Seborrhiasis lateral der Braue links mit der Differentialdiagnose einer atypischen solaren Keratose und an der Oberschenkelstreckseite links ein subkutanes Lipom (IVSTA-act. 86).

8.8 Anlässlich der MR-Untersuchung im Universitätsklinikum (…) vom 1. August 2019 (Untersuchungsbericht der Klinik für Neuroradiologie vom 4. August 2019) konnte ein unauffälliges Neurokranium festgestellt werden (IVSTA-act. 26 S. 6).

8.9 Dr. med. T._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 20. Februar 2019 als Diagnosen eine Dysthymia (F34.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) und migränoide Spannungskopfschmerzen auf (IVSTA-act. 82). Sowie in den Berichten vom 3. März 2020, 7. Januar 2021 und 6. Juli 2021 zusätzlich die Diagnose organische affektive und kognitive Störung bei Basalgangli-enverkalkung und vaskulärer Enzephalopathie. Die Dysthymia erwähnte er nur im ersten Bericht vom 20. Februar 2019. Bei depressiv-ängstlicher Grundstimmung bestünden sonst keine psychopathologischen Auffälligkeiten (IVSTA-act. 26 S. 1, 39 und 123).

8.10 Am 25. Februar 2019 stellte der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. med. U._____ die Diagnosen einer chronischen beidseitigen Plantarfasziitis (M72.2), eines Fersensporns (plantar beidseitig; M77.3), eines Schmerzsyndroms (neuropathisch, komplex und regional; R52.9) sowie einer Fibromyalgie (M79.70; IVSTA-act. 84).

8.11 Der psychotherapeutische Bericht der Psychologischen Psychotherapeutin Dr. phil. Dipl. Psych. V._____ vom 25. Februar 2019 enthält die Diagnose einer rezidivierenden Depression (derzeit mittelgradige Episode; F33.1) und die Verdachtsdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41; IVSTA-act. 26 S. 3).

8.12 Im Bericht der Orthopädie W._____ vom 14. Februar 2020 führt Dr. med. U._____ unter Diagnosen ein Outlet Impingement bei Typ 3 Acromion n. Bigliani links (M75.4) und eine Rotatorenmanschetten-Teilruptur Supraspinatus links (M75.4) auf, woraufhin ein MRT (Magnetresonanztomographie) erfolgte (IVSTA-act. 90).

8.13 Am 28. Februar 2020 stellte sich die Beschwerdeführerin erneut in der Orthopädie W._____ vor. Der gleichentags erstellte medizinische Bericht enthält die Diagnose einer Gonarthrose links (M17.9; IVSTA-act. 91).

8.14 Am 2. März 2020 bescheinigte der dipl. Oecotrophologe Dr. X._____ eine Nahrungsmittelunverträglichkeit (IVSTA-act. 92).

8.15 Dr. med. T._____ bestätigte mit seiner ärztlichen Stellungnahme vom 23. April 2020, dass die Beschwerdeführerin wegen einer affektiven Erkrankung mit Komplikationen in ambulanter Behandlung sei. Aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung erkannte er weiter die Indikation für eine medizinische Rehabilitation (IVSTA-act. 94).

8.16 Im fachärztlichen Bericht des Zentrums für Sportorthopädie (…) vom 18. Februar 2021 führte Dr. med. Y._____, Facharzt für Orthopädie, aus, die Patientin leide unter multiplen orthopädischen Erkrankungen. Dazu zählten eine ansatznahe Rotatorenmanschettenläsion mit Bursitis subacromialis und Retinitis der Bizepssehne links, Tendinosis calcaria rechts, Fersensporn bds., rechtskonvexe BWS-Skoliose sowie eine mediale Gonarthrose (linkes und rechtes Kniegelenk). Schmerzfreie Episoden seien durch die konservative Behandlung erreicht worden (IVSTA-act. 96).

8.17 Laut angiologischem Bericht des Venenzentrums (…) vom 11. April 2021 sei anlässlich der Untersuchung vom 30. März 2021, so die Fachärztin für Chirurgie Dr. med. Z._____, kein Anhalt für eine tiefe Beinvenenthrombose festgestellt worden (IVSTA-act. 109).

8.18 In ihrer medizinischen Stellungnahme vom 26. Mai 2021 geht die Allgemeinmedizinerin Dr. med. Aa._____ (Regionaler Ärztlicher Dienst; nachfolgende: RAD) von einer typischen chronischen Schmerzerkrankung aus, da die Beschwerden nicht durch somatische Befunde erklärbar seien. Sodann hält sie fest, dass eine Beurteilung der Indikatoren anhand der vorliegenden Akten nicht möglich sei. Es sei deshalb eine Expertise bei einem Psychiater und einem Spezialisten für den Bewegungsapparat einzuholen (IVSTA-act. 114).

8.19 Im Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung vom 24. Juli 2021 führte Dr. med. Bb._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, die Diagnosen Asthma bronchiale mixtum mit rezidivierenden Infektexazerbationen und einen Zustand nach rezidivierenden Pneumonien auf. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe bestünden sodann beim Lernen und der Wissensanwendung, bei allgemeinen Aufgaben und Anforderungen, bei der Mobilität, im häuslichen Leben, bei interpersonellen Aktivitäten, bei der Arbeit und Beschäftigungen sowie bei der Erziehung und Bildung (IVSTA-act. 132).

8.20 Auf Veranlassung der Vorinstanz hin wurde durch die Deutsche Rentenversicherung Bund ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten erstellt

(IVSTA-act. 118). Dr. med. D._____ listete darin am 30. Juli 2021 folgende Diagnosen auf: Migräne ohne Aura (F43.0), Spannungskopfschmerz (G44.2), Dysthymia (F34.1), anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit den Symptomen einer Fibromyalgie (F45.4), Ein- und Durchschlafstörungen (G47.0), Verdacht auf passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung (F60.8), Kniegelenksarthrose beidseits (M17), allergisches Asthma bronchiale (J45.0), chronisch rezidivierende Lumbalgien (M54.5), Faktor-V-Mutation, rezidivierende Thrombosen sowie diverse Allergien (IVSTA-act. 133 S. 15). Auf neurologischem Fachgebiet leide die Beschwerdeführerin an einer Migräne und habe ein anderes Schmerzsyndrom mit Fibromyalgiebeschwerden entwickelt. Es bestehe ein kausaler Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen, weshalb die Fibromyalgie als anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Symptomen einer Fibromyalgie zu klassifizieren sei. Zudem leide sie an einer Dysthymia mit verminderter Lebensfreude und affektiven Schwankungen. Die affektiven Schwankungen könnten durch die organischen Veränderungen mit Mikroangiopathie und vaskulärer Enzephalopathie verstärkt werden, die in einem MRI festgestellt worden seien. Organisch affektive Störungen könnten auch zu den durch die Beschwerdeführerin nachvollziehbar berichteten Konzentrationsstörungen beitragen. Sie sei durch die psychiatrischen, neurologischen und psychosomatischen Erkrankungen vielfach funktional beeinträchtigt und leistungsgemindert, könne sich nicht ausreichend konzentrieren und eine verantwortungsvolle Tätigkeit als MTA sei nicht mehr zumutbar. Sodann sei sie antriebsgemindert und könne wegen der Schmerzerkrankung (Migräne, Spannungskopfschmerzen und somatoforme Schmerzstörung) auch andere leichte Tätigkeiten nicht mehr vollschichtig ausführen. Ein vollschichtiges Leistungsvermögen sei wahrscheinlich nicht mehr zu erreichen. Zusammengefasst sei sie für ihre Tätigkeit als MTA nur noch unter drei Stunden leistungsfähig, was einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % entspreche. Für leichte, auch kognitiv nicht anspruchsvolle Tätigkeiten, sei sie noch für drei bis unter sechs Stunden leistungsfähig. Es liege somit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor. Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit gelte ab dem 1. Mai 2018 (IVSTA-act. 133 S. 15 ff.).

8.21 Am 8. September 2021 berichtete Dr. med. Cc._____ über einen fieberhaften Infekt mit Auswurf. Weiterhin bestehe Husten und es liege Atemnot beim Treppensteigen mit Lasten vor. Zusammenfassend sei der Infekt ausgeheilt und der CRP-Wert im Normbereich. Radiologisch könnten Bronchiektasen nicht ausgeschlossen werden (IVSTA-act. 134).

8.22 Anlässlich einer weiteren Vorstellung am 22. Oktober 2021 berichtete Dr. med. Cc._____ über ein nicht ausreichend eingestelltes Asthma bronchiale, weshalb eine Intensivierung der Therapie indiziert sei (IVSTA-act. 148).

8.23 Mit Stellungnahme vom 25. Oktober 2021 beurteilte Dr. med. E._____, medizinischer Dienst der IVSTA, die vorliegenden Akten und im Besonderen das von Dr. med. D._____ erstellte neurologisch-psychiatrische Gutachten vom 30. Juli 2021. Auf dieses könne nicht abgestellt werden, da es u.a. ohne vollständige Aktenkenntnis erstellt worden sei. Was die Kopfschmerzen betreffe, lägen keine aktuellen fachneurologischen Befunde vor. Zwar sei eine leitliniengerechte Therapie erkennbar, ohne Plausibilisierung der Analgetika sei aber differenzialdiagnostisch an einen medikamenteninduzierten Kopfschmerz zu denken (Analgetika-Cephalgie), was Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte und therapierbar wäre. Auf neurologischem Fachgebiet fehlten sodann Hinweise für eine namhafte Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems und es sei kein ausreichender Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Läsion ausgewiesen oder dokumentiert. Insgesamt könne aufgrund der vorliegenden Akten die Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend beurteilt werden. Es sei deshalb eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachbereichen Neurologie, Psychiatrie, Rheumatologie, Innere Medizin und Pneumologie zu veranlassen (IVSTA-act. 146).

8.24 Dr. phil. V._____ führte in ihrem psychotherapeutischen Bericht vom 7. Dezember 2021 aus, die Stimmung der Patientin sei im Kontext von multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren nach wie vor deutlichen Schwankungen unterworfen. Zusätzlich würden körperliche Beschwerden und Schmerzen als massiv einschränkend wahrgenommen. Ein neuer Befund an der Lunge habe zu einer Zunahme der Ängste und der inneren Unruhe geführt. Weiter sei die Patientin trotz intensivierter psychotherapeutischer Behandlung in ihrer Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt. Es lägen Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe in den Bereichen Mehrfachaufgaben übernehmen, tägliche Routine durchführen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung sowie im wirtschaftlichen Leben vor (IVSTA-act. 160).

8.25 Aktenkundig ist ferner ein sozialmedizinisches Gutachten des Medizinischen Dienstes Dd._____ vom 14. Dezember 2021. Als Diagnosen sind eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen

Faktoren (F45.41), eine chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation (nicht näher bezeichnet), Heuschnupfen, Penicillinallergie, Lebensmittelallergien, Lebensmittelunverträglichkeiten, anaphylaktische Reaktionen und ein Lipödem aufgeführt. Weiter sei in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit bei geminderter Stressbelastung mit vorschnellem Ermüden, Konzentrationsstörungen und erheblich eingeschränkter Belastbarkeit die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu erwarten. Es liege eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor (IVSTA-act. 247)

8.26 Der Histologiebefund vom 16. Dezember 2021 zeigt regulär strukturierte Haut ohne Hinweis auf ein pathologisches Korrelat (IVSTA-act. 206).

8.27 Zur Verlaufsbeurteilung einer pulmonalen Verdichtung fand am 10. Januar 2021 eine Computertomographie Thorax statt, welche gemäss Dr. med. Ee._____, Facharzt für Radiologie, unveränderte pulmonale Verdichtungen und keine malignomtypischen Veränderungen zeigte (IVSTA-act. 207).

8.28 In der ärztlichen Stellungnahme vom 15. Februar 2022 erachtete Dr. med. T._____ es für sinnvoll und notwendig, dass die Beschwerdeführerin zur gutachterlichen Untersuchung aufgrund der beeinträchtigten kognitiven Leistungsfähigkeit durch eine Begleitperson unterstützt werde (IVSTA-act. 178). Mit einer weiteren Stellungnahme ergänzte er am 4. März 2022, wegen bei Überlastung zu Arbeitsunfähigkeit führender Krankheitssymptomatik sei es der Beschwerdeführerin nicht möglich, täglich zur Arbeit zu pendeln. Zudem rate er von einem Wohnortwechsel ab, da dadurch eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit zu befürchten sei (IVSTA-act. 188).

8.29 Der Bericht des Regionalen Schmerzzentrums (…) vom 23. März 2022 erwähnt die Diagnosen chronisches Kopfschmerzsyndrom (F45.41) bei chronischer Migräne (G43.9), interm. Kopfschmerz vom Spannungstyp (G44.2), arzneimittelinduzierter Kopfschmerz (G44.4), chronisches Schmerzsyndrom Stadium 2 (F45.41), chronic whidespread pain-Fibromyalgie (M79.70), Mischformen des Asthma bronchiale (J45.8), rezidivierende depressive Störung (F33.9) und eine mittelgradig depressive Episode (F32.1). Als Therapiestrategie wurden das Führen eines Kopfschmerztagebuchs sowie die Evaluierung von Auslösefaktoren und Verstärkungsmechanismen vereinbart (IVSTA-act. 213).

8.30 Die durch die Vorinstanz veranlasste Begutachtung fand zwischen dem 4. und dem 6. April 2022 bei der SMAB AG Bern statt (IVSTA-act. 165). Beteiligt waren folgende Experten: Dr. med. Ff._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Allergologie und klinische Immunologie (internistisches Teilgutachten vom 13. April 2022, Federführung), Dr. med. Gg._____, Facharzt für Neurologie (neurologisches Teilgutachten vom 13. April 2022), Dr. med. Hh._____, Fachärztin für Rheumatologie und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (rheumatologisches Teilgutachten vom 6. April 2022), Dr. med. Ii._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (psychiatrisches Teilgutachten vom 12. April 2022) sowie Dr. med. Jj._____, Facharzt für Pneumologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (pneumologisches Teilgutachten vom 26. April 2022). Zudem befindet sich die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 2. Juni 2022 in den Akten (IVSTA-act. 203).

8.30.1 Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 2. Juni 2022 zählt folgende Diagnosen *mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit* auf:

«1. Leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) *im Rahmen einer*
2. Dysthymia (ICD-10: F34.1)».

Zudem folgende Diagnosen *ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit*:

«1. Leichte Dyslipidämie und Hypertriglyceridämie
2. Gastroösophageale Refluxerkrankung
3. Multiple reizlose Sigmadivertikel (Koloskopie 2021)
4. Thrombophilie in Form von heterozygoter Faktor V Leiden Mutation
   - St. n. Beinvenenthrombose V. fibularis und Muskelvenen rechts

5. Chronisches Mixed-Kopfschmerzsyndrom mit Migräne ohne Aura und koexistentem Spannungskopfschmerz, DD Analgetika-induzierter Kopfschmerz
6. Mässige mediale Gonarthrosen beidseits, St. n. Bakerzystenruptur 03/2021
7. Impingementsymptomatik linke Schulter bei subacromialem Engnis
8. Rezidivierende segmentale Funktionsstörung am thoracolumbalen Übergang bei Fehlhaltung und leichtgradiger flachbogiger Skoliose thoracal, chronisches tendomyotisches cervikales und lumbales Schmerzsyndrom bei Fehlhaltung mit rezidivierendem lumboradikulären Reizsyndrom und ohne radikulär cervikales, thorakales oder lumbales motorisches und/oder sensibles Ausfallsyndrom
9. Tendovaginitis de Quervain links und beginnende Rhizarthrose
10. Knick-, Senkfuss und Pes planus beidseits
11. Regrediente Plantarfasziitis bei Fersensporn beidseits

12. Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit deutlich hypersensitivselbstinspektorischer Komponente
13. Fibromyalgie
14. Geringer Verdacht auf Asthma bronchiale
    - Anstrengungsdyspnoe mMRC1 und intermittierende Hustenepisoden
    - Kontrollierte Situation (objektiv)
    - Normale Lungenfunktion ohne Variabilität/Hyperreagibilität
    - T 2 low (normale Eosinophile, IgE und NO)
    - Kein sicherer Allergie-Nachweis
    - Asthma-Ausschluss nicht möglich»

Sodann ist ausgeführt, die festgestellte Arbeitsunfähigkeit sei ausschliesslich auf psychiatrische Befunde zurückzuführen. In der *bisherigen Tätigkeit* sei aufgrund von Erholungspausen von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % auszugehen. Ebenfalls sei in einer *angepassten Tätigkeit* mit einer Arbeitsunfähigkeit von ca. 20 % zu rechnen, wobei eine solche folgende Merkmale aufweisen müsse: «Maximal stressreduziertes Arbeitsumfeld in allgemein wohlwollender Atmosphäre. Klar strukturierte, repetitive sowie an das individuelle Kompetenzniveau angepasste Arbeitsvorgaben ohne enge zeitliche Taktung. Kein Multitasking. Möglichkeit zur Einlegung zwischenzeitlicher Erholungspausen. Aus präventivmedizinischer Indikation ist eine angepasste Tätigkeit vorzuziehen.» In retrospektiver Bewertung sei die Arbeitsunfähigkeit (sowohl in der bisherigen als auch einer angepassten Tätigkeit) aus isoliert klinisch-psychiatrischer Sicht – ausserhalb stattgehabter Hospitalisations- und sich anschliessender Rekonvaleszenzphasen – seit der initial erfolgten diagnostischen Bewertung im Februar 2019 mutmasslich auf diesem Niveau (IVSTA-act. 203 S. 9 f.). Es sei sodann nicht möglich, die Arbeitsfähigkeit mit medizinischen Massnahmen relevant zu verbessern. Es müsse, so die Experten in ihrer interdisziplinären Beurteilung weiter, in Anbetracht des langjährigen sowie chronisch verfestigten Krankheitsgeschehens eine ungünstige Prognose gestellt werden. «Wenngleich die Arbeitsfähigkeit derzeit rein faktisch nur geringfügige Einschränkungen unterliegt, so erscheint, bei Berücksichtigung der mehrjährig anteiligen Absenz vom regulären Arbeitsgeschehen bzw. der das psychopathologische Zustandsbild nachhaltig beeinflussenden neurotischen Komponente, eine dauerhafte erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung äusserst fraglich» (IVSTA-act. 203 S. 10).

8.30.2 Im Weiteren ist den Teilgutachten zusammengefasst was folgt zu entnehmen:

8.30.2.1 Im internistischen Teilgutachten vom 13. April 2022 attestierte die Expertin keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Die gestellten internistischen Diagnosen (leichte Dyslipidämie und Hypertriglyceridämie, gastroösophageale Refluxerkrankung, multiple reizlose Sigmadivertikel (Koloskopie 2021), Thrombophilie in Form von heterozygoter Faktor V Leiden Mutation und Stn. n. Beinvenenthrombose V. fibularis und Muskelvene rechts) seien für die Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Aus rein internistischer Sicht lasse sich kein spezifisches Belastungsprofil erstellen. Die Versicherte könne alle Tätigkeiten verrichten (IVSTA-act. 203 S. 34).

8.30.2.2 Auch der Neurologe mass in seinem Teilgutachten vom 13. April 2022 den Diagnosen eines chronischen Mixed-Kopfschmerzsyndroms mit Migräne ohne Aura und koexistentem Spannungskopfschmerz (Differenzialdiagnose: Analgetika-induzierter Kopfschmerz) sowie eines Cervikalsyndroms, Thorakalsyndroms und Lumbalgien mit rezidivierendem lumboradikulärem Reizsyndrom ohne radikulär cervikales, thorakales oder lumbales motorisches und/oder sensibles Ausfallsyndrom keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei. Was das Belastungsprofil betreffe, sei es ihr zumutbar, leichte körperliche Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen und ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten auszuüben. Ihre angestammte Tätigkeit als medizinisch-technische Assistentin sei leidensadaptiert (IVSTA-act. 203 S. 49 ff.).

8.30.2.3 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 9. April 2022 wird erwähnt, es lägen Berichte über verschiedene orthopädische Behandlungen vor, welche Fehlhaltungen und altersentsprechende Degenerationen zeigten. Eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit sei aber durch die behandelnden Orthopäden nicht dokumentiert worden. Trotz chronischer Schmerzproblematik könne die Beschwerdeführerin eine Tagesstruktur aufrechterhalten und relevante Tätigkeiten ausüben. Die Gelenk- und Rückenbeschwerden behandle sie nicht mit Analgetika oder Antiphlogistika (IVSTA-act. 203 S. 63 ff.). Die rheumatologischen Diagnosen (mässige mediale Gonarthrosen beidseits, St. n. Bakerzystenruptur 03/2021, Impingementsymptomatik linke Schulter bei subacromialem Engnis, rezidivierende segmentale Funktionsstörung am thoracolumbalen Übergang mit Fehlhaltung und leichtgradiger flachbogiger Skoliose thoracal, chronisches tendomyotisches cervikales und lumbales Schmerzsyndrom bei Fehlhaltung, Tendovaginitis de Quervain links und beginnende Rhizarthrosen, Knick-Senkfuss und Pes

planus beidseits, regrediente Plantarfasziitis bei Fersensporn beidseits und Fibromyalgie) seien für die Arbeitsfähigkeit nicht relevant (IVSTA-act. 203 S. 65). Auch wenn mit einer Zunahme der degenerativen Veränderungen zu rechnen sei, wirke sich dies nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus (IVSTA-act. 203 S. 65 ff.). Schliesslich sei die bisherige Arbeit im Labor aus rheumatologischer Sicht als angepasst zu betrachten. Ideal sei eine mehrheitlich sitzende, teilweise wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben der Arme über die Horizontale, häufiges Tragen oder Heben von Lasten oder Treppensteigen (IVSTA-act. 203 S. 66).

8.30.2.4 Laut psychiatrischem Teilgutachten vom 12. April 2022 seien die anlässlich der Begutachtung gemachten Angaben der Beschwerdeführerin insgesamt authentisch und plausibel, wenngleich überlagert von einem deutlich subjektiv determinierten Bewertungshorizont. Anhalt für Inkonsistenzen oder ein Aggravationsbestreben habe sich aber nicht ergeben (IVSTA-act. 203 S. 78). Relevant für die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit sei eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) im Rahmen einer Dysthymia (ICD-10: F34.1). Nicht relevant für die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seien die diagnostizierten Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73), die im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit deutlich hypersensitiv-selbstinspektorischer Komponente zu verstehen seien. Andere in den Akten enthaltene Diagnosen (anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10: F45.40], mittelgradige depressive Episode [ICD-10: F33.1], chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [F45.41]), seien in diesem Kontext zu sehen. Insbesondere die Schmerzstörung sei nicht als eigenständige Krankheit zu deuten (IVSTA-act. 203 S. 78). Zwecks differenzierter Beurteilung des kognitiven Leistungsprofils sei ferner eine neuropsychologische Testuntersuchung medizinisch indiziert. Trotz derzeit nur geringfügig eingeschränkter Arbeitsfähigkeit müsse als Folge des langjährigen sowie chronisch verfestigten Krankheitsgeschehens eine ungünstige Prognose gestellt werden. Bei Berücksichtigung der mehrjährigen Absenz vom regulären Arbeitsgeschehen bzw. der das psychopathologische Zustandsbild nachhaltig beeinflussenden Komponente sei eine dauerhafte, erfolgreiche Wiedereingliederung äusserst fraglich. Bei der Beschwerdeführerin liege – in Anlehnung an das Mini-ICF-APP – aktuell aus klinisch-psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Gruppenfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der

Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, der Fähigkeit zur Selbstpflege, der Verkehrsfähigkeit, der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten sowie leichte Beeinträchtigungen der Durchhaltefähigkeit bzw. der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit vor (IVSTA-act. 203 S. 80). Sowohl in der bisherigen als auch einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % seit Februar 2019. Eine optimal angepasste Tätigkeit zeichne sich durch ein maximal stressreduziertes Arbeitsumfeld in allgemein wohlwollender Arbeitsatmosphäre aus und beinhalte klar strukturierte, repetitive sowie an das individuelle Kompetenzniveau angepasste Arbeitsvorgaben ohne enge zeitliche Taktung. Zudem müsse die Möglichkeit bestehen, Erholungspausen einzulegen. Aus präventivmedizinischer Indikation sei eine angepasste Tätigkeit vorzuziehen (IVSTA-act. 203 81 f.).

8.30.2.5 Schliesslich ist dem pneumologischen Teilgutachten vom 26. April 2022 als Diagnose ein geringer Verdacht auf ein Asthma bronchiale zu entnehmen. Diesbezüglich sei darauf hinzuweisen, dass ein Ausschluss der Diagnose Asthma bronchiale mit grosser Wahrscheinlichkeit nur nach Stopp der ICS/LAMA und negativem Bronchoprovokationstest möglich wäre. Ein entsprechender Test sei aber nicht durchgeführt worden. Weiter sei aus pneumologischer Sicht keine Pathologie feststellbar, womit sich auch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergäben. Weder bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit. Da aber ein Asthma bronchiale nicht ausgeschlossen werden könne, sollte eine optimal angepasste Tätigkeit keine körperlich anstrengenden Tätigkeiten (Tragen von Lasten > 15kg) und keine Exposition von Inhalationsnoxen (Stäube, Dämpfe, Gerüche, Lösungsmittel, extreme Hitze oder Kälte) beinhalten (IVSTA-act. 203 S. 94 ff.).

8.31 In der medizinisch-juristischen Beurteilung der Vorinstanz vom 4. August 2022 gelangte diese zum Schluss, dass dem polydisziplinären SMAB-Gutachten voller Beweiswert zukomme und die Beschwerdeführerin seit dem 20. Februar 2019 aus psychiatrischer Sicht zu 20 % sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsunfähig sei. Aus somatischer Sicht bestehe demgegenüber keine Arbeitsunfähigkeit (IVSTA-act. 219).

8.32 Dr. med. T._____ hielt in seiner ärztlichen Stellungnahme vom 1. September 2022 fest, dass die psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungswege ausgeschöpft seien und für die Beschwerdeführerin keine Möglichkeit bestehe, ihr berufliches Funktionieren aufrechtzuerhalten (IVSTA-act. 227).

8.33 Im Rahmen einer Verlaufskontrolle am 8. September 2022 bestätigte Dr. med. Cc._____ eine normale Lungenfunktion (IVSTA-act. 228).

8.34 Anlässlich der computertomographischen Untersuchung in der Radiologie Kk._____ vom 13. September 2022 traten Zeichen einer chronischen Sinusitis maxillares bei aktuell nur geringer polypöser Schleimhautschwellung im Sinus maxillares und sonst regelrechter Belüftung der Nasennebenhöhlen zu Tage (IVSTA-act. 235).

8.35 Am 25. September 2022 führte Dr. med. Bb._____ zusammengefasst aus, die Beschwerdeführerin sei seit über 20 Jahren in regelmässiger hausärztlicher Behandlung. Nebst zahlreichen weiteren gesundheitlichen Problemen stünden abgesehen von einer Atemwegsinfektion die akute Gonalgie rechts und die Daumensattelgelenkbeschwerden links im Vordergrund. Es sei fraglich, ob sie mit den Gelenkschmerzen in ihrem Beruf als MTA noch arbeiten könne. Zusätzlich bestehe bei Zustand nach einer Coronainfektion im April 2022 eine signifikante Tagesmüdigkeit und eine Zunahme von Frequenz und Intensität der vorbestehenden Migräne (IVSTA-act. 236).

8.36 Die Beschwerdeführerin werde, so der ärztliche Verlaufsbericht des Zentrums Sportorthopädie (…) vom 28. September 2022, aufgrund einer aktivierten Gonarthrose links und rezidivierenden Schulterschmerzen rechts bei Tendinosis calcaria und einer Rhizarthrose links seit Mai 2020 regelmässig behandelt. In ihrer spezifischen Tätigkeit leide sie vor allem unter den fixierten Haltungen und stereotypen Bewegungen, die das Daumensattelgelenk überlasten. Weiter komme es zu starken myogelotischen Verspannungen im Nacken-Schulter-Gürtel und im Bereich der Brustwirbelsäule. Die Belastungsfähigkeit sei deutlich herabgesetzt (IVSTA-act. 237).

8.37 Im Untersuchungsbericht vom 5. Oktober 2022 führte die Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. med. Ll._____ folgende Diagnosen auf: Beidseitiger Hörverlust durch Schallempfindungsstörung, Versorgen mit und Anpassen eines Hörgerätes bds., allergische Rhinopathie, Asthma bronchiale, chronische Sinusitis nasal, komplizierte Migräne, Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis und chronische Pharyngitis (IVSTA-act. 233).

8.38 Im Kurzbrief des Universitätsklinikums (…), Klink für Dermatologie & Venerologie, vom 6. Oktober 2022 wird durch Prof. Dr. med. Mm._____,

Facharzt für Dermatologie und Venerologie, sowie die Assistenzärztin Nn._____ über eine Vorstellung der Beschwerdeführerin aufgrund einer Hautveränderung an der linken Brust berichtet. Klinisch habe sich kein ausreichender Befund ergeben. Zum Ausschluss einer atypischen Borreliose sei zudem die Bestimmung der Borrelienserologie erfolgt, wobei sich ein negatives Resultat ergeben habe (IVSTA-act. 252).

8.39 Nach einer MR-Untersuchung im Universitätsklinikum (…) am 28. September 2022 wurden die Ergebnisse im Bericht vom 7. Oktober 2022 durch Dres. med. Oo._____, Pp._____ und Qq._____ (Fachärzte für Radiologie), wie folgt beurteilt: Bekannte punkt- und fleckenförmige Marklagerläsionen supratentorielle beidseits, einzelne davon neu, am ehesten mikroangiopathischer Genese. Sodann seien die bildgebenden McDonald-Kriterien für eine räumliche Dissemination nicht erfüllt (IVSTA-act. 238).

8.40 Am 11. Oktober 2022 berichtet Dr. med. T._____ über eine weitere Vorstellung der Beschwerdeführerin am 27. Juli 2022. Als Diagnosen sind eine organische affektive und kognitive Störung bei Basalganglienverkalkung und fortschreitender vaskulärer Enzephalopathie, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie migränoide Kopfschmerzen mit Chronifizierungsverlauf erwähnt. In den Untersuchungsgesprächen sei der Gedankengang beeinträchtigt durch Konzentrations- und Anpassungsstörungen. In der Interaktion sei sie stockend mit Blickvermeidung (IVSTA-act. 231).

8.41 Im ärztlichen Attest vom 13. Oktober 2022 berichtete der Facharzt für Anästhesiologie Dr. med. N._____ über eine aus schmerztherapeutischer Sicht dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Die Kriterien für eine chronische Migräne und eine Fibromyalgie seien erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine die chronischen Schmerzsyndrome negativ beeinflussende depressive Störung (IVSTA-act. 253).

8.42 Am 5. Januar 2023 nahm der medizinische Dienst der Vorinstanz zu den zahlreichen durch die Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Berichten Stellung. Zusammenfassend ist der Stellungnahme zu entnehmen, dass die eingereichten medizinischen Berichte aus somatischer Sicht keine neuen, wesentlichen Erkenntnisse hervorbringen würden, die ein Abweichen von der medizinisch-juristischen Beurteilung vom 4. August 2022 rechtfertigen könnten. Aufgrund der neu vorgelegten

psychiatrischen Berichte sei aber eine psychiatrische Beurteilung einzuholen (IVSTA-act. 245).

8.43 Aufgrund seit Jahren zunehmenden Schmerzen im linken Handgelenk (Diagnose: Rhizarthrose beidseits [M18.0]; vgl. Bericht der Chirurgie Rr._____ vom 9. Januar 2023) empfahl Dr. med. Ss._____, Facharzt für Chirurgie, anlässlich der ambulanten Behandlung vom 29. November 2022 eine symptomatische Therapie mit intermittierender Ruhigstellung sowie Kühlen und Wärmen der betroffenen Stelle (IVSTA-act. 248).

8.44 Am 25. Januar 2023 fand eine weitere Untersuchung der Beschwerdeführerin bei Dr. med. Ll._____ statt. Anamnestisch trete Schwindel in der Nacht seit einer COVID-Infektion auf. Die durchgeführte augenärztliche Untersuchung habe keinen pathologischen Befund ergeben, bei ca. 15 Kopfschmerztagen pro Monat helfe Triptane. Eine lungenfachärztliche Mitbetreuung finde statt, wobei sie durch den vermehrten Pollenflug derzeit trotz korrekter Asthmamedikation unter stärkerer Verschleimung im Bronchienbereich leide. Im Oktober 2022 seien ein MRT durchgeführt und leichtgradige Veränderungen im Schädel festgestellt worden. Als weiteres Procedere empfahl Dr. med. Ll._____ die Protoneninhibitoren auszuschleichen und eine lungenfachärztliche und neurologische Mitbeurteilung (IVSTA-act. 256).

8.45 Vom 9. Februar 2023 bis zum 13. Februar 2023 befand sich die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik Tt._____ in einer stationären Reha. Dem darüber Auskunft gebenden Bericht vom 14. Februar 2023 sind folgende Diagnosen zu entnehmen: Rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode; F33.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), Migräne (nicht näher bezeichnet; G43.9), Spannungskopfschmerz (G44.2), Fibromyalgie (mehrere Lokalisationen, G44.2), Mischformen des Asthma bronchiale (ohne Angabe zu Kontrollstatus und Schweregrad), Impingement-Syndrom der Schulter, Läsionen der Rotatorenmanschette, primäre Rhizarthrose beidseitig, thoraxbedingte Skoliose (Thorakalbereich, primäre Gonarthrose; IVSTA-act. 258). Die Patientin, so Dres. med. Uu._____ (Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie), Vv._____ (Facharzt für Psychosomatische Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie) und die Stationsärztin Ww._____, bewege sich sodann schwerfällig und schmerzbedingt langsam. Es seien deutliche Druckdolenzen im Verlauf der Bizepssehne, eine eingeschränkte Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule, sowie ausgeprägte Nacken- und Schulterverspannungen vorhanden. Weiter

bestünden aus neurologischer Sicht keine Hinwiese auf Paresen, Sensibilitätsstörungen oder Koordinationsstörungen. Der Strichgang sei mit offenen Augen unsicher, das Gangbild kleinschrittig, hinkend und nach längerem Sitzen schlechter. Was den psychischen Befund betreffe, sei sie im Kontakt abweisend, vorwurfsvoll und weinerlich. Die Konzentration und die Auffassung seien weitestgehend ungestört. Im Affekt sei sie depressiv und verzweifelt herabgestimmt. Anamnestisch bestünden eine Grübelneigung und Konzentrationsschwierigkeiten. Anhalt für Denkstörungen, Halluzinationen, Ich-Störungen oder Suizidalität läge nicht vor. Die durch die Patientin beschriebene psychosomatische Symptomatik sei unter Berücksichtigung der Vorbefunde, des Krankheitsverlaufs sowie des aktuellen psychopathologischen Befundes als Ausdruck einer chronisch-depressiven Entwicklung mit gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung zu sehen. Zudem bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und physischen Anteilen. Eine COVID-Erkrankung habe die Beschwerden zusätzlich zur fortschreitenden pulmonalen Erkrankung (Asthma bronchiale) verschlechtert und die psychische Dekompensation bis zu einer Depression verstärkt. Bei generalisiert erhöhter Muskelgrundanspannung fände sich zudem eine chronische Schmerzerkrankung mit Beeinträchtigung der Koordination und der Feinmotorik. Sodann lägen eine interaktionell ausgelöste hohe emotionale Anspannung, auftretende emotionale Sprunghaftigkeit und Verschlimmerung des Schmerzerlebens bei generalisiert erhöhter Muskelgrundanspannung und eine Beeinträchtigung der sozialen Konfliktfähigkeit, der familiären Adaptation und der Leistungsfähigkeit in Alltagsbelangen vor (IVSTA-act. 258 S. 11). Im Hinblick auf eine Erwerbstätigkeit bestünden Einschränkungen hinsichtlich des Stehens, Gehens und längeren Sitzens sowie des Hebens, Bewegens und Tragens von Lasten aller Art. Zu vermeiden seien zudem Überkopfarbeiten, Zwangshaltungen sowie Nachtschichten. Die Entlassung aus der Behandlung sei bei unbefriedigender psychophysischer Stabilisierung in arbeitsunfähigem Zustand und bei aufgehobenem Leistungsvermögen erfolgt, wobei sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt die weitere Erwerbsfähigkeit aufgehoben sei (IVSTA-act. 258 S. 2 f.).

8.46 Nachdem in der zurückliegenden Reha (Rehaklinik Tt._____) ein Post-COVID-Syndrom vermutet wurde (IVSTA-act. 258 S. 11), stellte die Beschwerdeführerin sich am 14. April 2023 bei Dr. med. Xx._____, Facharzt für Neurologie sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vor. Dieser führte im gleichentags erstellten Bericht unter «Beurteilung/Procedere» aus, dass anhand der typischen Symptomatik sowie des

Zeitkriteriums die Diagnose Post-COVID-Syndroms vorliege. Typischerweise finde sich eine vorbestehende neuropsychiatrische Symptomatik, die sich verstärke. Geraten werde in Bezug auf die Fatigue zu vermehrtem Ausdauersport und gegebenenfalls Optimierung der antidepressiven Medikation. Die Migräne betreffend sei eine Medikation mit Erenumab besprochen worden (IVSTA-act. 261).

8.47 Mit Stellungnahme vom 30. April 2023 beurteilte der medizinische Dienst der IVSTA ein weiteres Mal die durch die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich eingereichten medizinischen Unterlagen (IVSTA-act. 247, 248, 252, 253, 256 und 258). Dr. med. Yy._____ gelangte zum Schluss, dass die eingereichten Dokumente keine wesentlichen neuen somatischen Elemente zu Tage brächten, welche noch nicht im polydisziplinären SMAB-Gutachten gewürdigt worden seien. Gleichzeitig empfehle sie aber auch die Einholung einer psychiatrischen Stellungnahme (IVSTA-act. 260)

8.48 Auch die durch die Beschwerdeführerin nachträglich eingereichten psychiatrischen Unterlagen (IVSTA-act. 227, 231, 258 und 260) wurden durch den medizinischen Dienst geprüft. Der entsprechenden Stellungnahme vom 25. Mai 2023 ist zusammengefasst zu entnehmen, dass die Unterlagen keine neuen relevanten Erkenntnisse lieferten; die darin beschriebene Symptomatik entspreche derjenigen, welche bereits im Zeitpunkt der Erstellung des SMAB-Gutachtens bekannt gewesen sei. Die psychosomatische Rehabilitation, welche vom 9. Februar 2023 bis zum 13. Februar 2023 stattgefunden habe, sei durch die Beschwerdeführerin vorzeitig abgebrochen worden. Den zahlreichen somatischen Komorbiditäten sei kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen worden, wobei das subjektive Erleben der Versicherten dazu widersprüchlich sei. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen liege nicht vor. Den neuen Unterlagen seien keine noch nicht bekannten Beschwerden zu entnehmen. Jedenfalls lägen keine neuen wesentlichen Elemente vor, die aus psychiatrischer Sicht die medizinisch-juristische Beurteilung vom 4. August 2022 in Frage zu stellen könnten (IVSTA-act. 264).

9.
Nachfolgend ist in einem ersten Schritt die Frage nach dem Status der Beschwerdeführerin zu klären.

9.1 Ob eine versicherte Person als ganztägig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommens-

vergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1). Die Statusfrage ist hypothetisch zu beurteilen. Dabei sind die ebenfalls hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen, welche als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich sind und in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden müssen (Urteil des BGer 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.2 m.w.H.).

9.2 Es ist aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Juli 1989 bis zum 31. Juli 2005 in einem Vollzeitpensum bei der Firma B._____ AG (zunächst als Laborantin, ab dem 1. Januar 1996 als Cheflaborantin) und vom 1. August 2005 bis zum 31. Mai 2016 (bis zum 28. Februar 2013 in einem Vollzeitpensum, ab dem 1. März 2013 in einem Arbeitspensum von 60 %) bei der Firma C._____ AG als Scientific Associate II tätig war. Die letzte Tätigkeit übte sie vom 1. Juni 2016 bis am 31. Mai 2018 als medizinisch-technische Assistentin in einem Vollzeitpensum beim Universitätsklinikum (…) aus (IVSTA-act. 25, 97 und 104). Im Fragebogen für die Versicherte antwortet sie auf die Frage, welche Erwerbstätigkeit sie heute bei guter Gesundheit ausüben würde: Sie wäre als Laborantin (Biotechnologie) im Forschungslabor in einem Arbeitspensum von 80 % tätig (IVSTA-act. 97 S. 5).

9.3 Vorliegend ist somit erstellt, dass sie vom 1. Juli 1989 bis zum 28. Februar 2013 in einem Vollzeitpensum als Laborantin, Cheflaborantin oder Scientific Associate II tätig war; die Reduktion des Arbeitspensums erfolgte am 1. März 2013 auf 60 %. Gemäss Auskunft der damaligen Arbeitgeberin (C._____ AG) wurde das Arbeitsverhältnis per 31. Mai 2016 aufgrund ungenügender Performance aufgelöst (IVSTA-act. 104 S. 2 und 5). Bereits vorgängig äusserte die Beschwerdeführerin jedoch ihre Besorgnis über die vielen krankheitsbedingten Fehltage (IVSTA-act. 72). Im Weiteren sind (anamnestisch) Hinweise auf ein durch die Gesundheit belastetes

Arbeitsverhältnis aktenkundig (IVSTA-act. 26 S. 23, 50, 83 S. 2, 140 S. 8 und 258 S. 9). Zusätzlich zur bereits seit mindestens Dezember 2003 bekannten Migräne diagnostizierte Dr. med. H._____ anlässlich der Untersuchung vom 9. August 2013 ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des Gesichts, was anamnestisch zu einer Zunahme der Migräneattacken geführt habe. Die daraufhin durchgeführte Behandlung sei aufgrund von Nebenwirkungen (Beinschmerzen, Herzrasen, Schlafstörungen und Albträume) abgebrochen worden. Danach habe sie an unveränderten Schmerzen im Bereich des Oberkiefers gelitten (IVSTA-act. 50, 66 und 71). Im Übrigen waren zahlreiche Diagnosen (chronische Migräne ohne Aura, chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des Gesichts, Spannungskopfschmerzen, medialbetonte Gonarthrose und Femoropatellararthrose bds., Lipödem mit Schwellung beider Unterschenkel und Füsse, Knick-Senk-Spreizfuss beidseits, Lumbalsyndrom bei Fehlhaltung und Muskeldysbalancen, Hypermobilität der unteren LWS, chronisches Lumbalsyndrom, V.a. auf inkomplette Spondylodese von L5, Beckenschiefstand mit Beinverkürzung, Thorakalsyndrom bei Hyperkyphose der BWS und bei Spondylodese, Cervikalsyndrom bei Fehlhaltung bzw. ungünstiger Bewegung, beginnende degenerative Veränderung der HWS mit Osteochondrose C5/C6, Insertionstenopathie des M.supraspinatus rechts und subacromiales Impingement rechts) im Zeitpunkt vor der Auflösung des Arbeitsverhältnisses am 31. Mai 2016 bereits bekannt (IVSTA-act. 45 und 48 ff., 71). Die krankheitsbedingten Absenzen in den Jahren 2012 und 2013 unterstreichen sodann die Aussage der Beschwerdeführerin, die Reduktion des Arbeitspensums per 1. März 2013 auf 60 % sei gesundheitsbedingt erfolgt (IVSTA-act. 55 S. 5, 97 S. 4 und S. 13 und 203 S. 94). Ein Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin und der damit einhergehenden Reduktion des Arbeitspensums (von 100 % auf 60 % per 1. März 2013) sowie dem durch die C._____ AG aufgrund ungenügender Performance im weiteren Verlauf per 31. Mai 2016 aufgelösten Arbeitsverhältnis ist überwiegend wahrscheinlich. Daran ändert nichts, dass die Beschwerdeführerin im Anschluss vom 1. Juni 2016 bis zum 31. Mai 2018 in einem Vollzeitpensum beim Universitätsklinikum (…) als medizinisch-technische Assistentin (MTA) tätig war (IVSTA-act. 25 S. 1). So berichtet sie, sie habe auch dort unter gesundheitlichen Problemen gelitten (IVSTA-act. S. 14), was aufgrund der zahlreichen, durch ihre deutsche Krankenkasse bescheinigten Arbeitsunfähigkeitszeiten nachvollziehbar ist (IVSTA-act. 55). Jedenfalls ist rechtsgenüglich erstellt, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkungen die bei der C._____ AG ausgeübte Tätigkeit als Scientific Associate II weiterhin ausgeübt hätte.

9.4 Soweit aus den Akten ersichtlich, übte die kinderlose Beschwerdeführerin im Weiteren seit mindestens der Anstellung bei der Firma B._____ AG am 1. Juli 1989 – mit Ausnahme der gesundheitsbedingten Reduktion des Arbeitspensums bei der C._____ AG – eine Tätigkeit in einem Vollzeitpensum aus. Zwar gibt sie im Fragebogen für die Versicherte an, sie wäre bei guter Gesundheit in einem Arbeitspensum von 80 % tätig. Dies ist zufolge der bisherigen Vollzeitstellen aber nicht überwiegend wahrscheinlich, wovon im Übrigen auch die Vorinstanz nicht ausging (IVSTA-act. 105 S. 1 und 265 S. 2). Zudem spricht der angegebene finanzielle Grund gegen eine Reduktion des Pensums (IVSTA-act. 97 S. 5), zumal sie selber finanzielle Probleme beschreibt (IVSTA-act. 97 S. 13). Es ist folglich davon auszugehen, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkung überwiegend wahrscheinlich in einem Vollzeitpensum (100 %) tätig wäre.

10.
Aus medizinischer Sicht stützte die Vorinstanz die Ablehnung des Leistungsgesuchs der Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf das SMAB-Gutachten (IVSTA-act. 203). Nachfolgend ist zu prüfen, ob es inhaltlich zu überzeugen vermag oder konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

10.1 Im psychiatrischen Teil des SMAB-Gutachtens vom 12. April 2022 ist als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) im Rahmen einer Dysthymia (ICD-10: F34.1) aufgeführt. Zudem diagnostizierte der Experte Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit deutlich hypersensitiv-selbstinspektorischer Komponente, mass diesen aber keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bei (IVSTA-act. 203 S. 79). Anhalt für Inkonsistenzen oder ein bewusstes Aggravationsbestreben habe sich nicht ergeben (IVSTA-act. 203 S. 78). Diese Diagnosestellung erweist sich, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, als nachvollziehbar: Eine Dysthymia ist nach der im Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (vgl. < https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f30-f39.htm#F34 >, abgerufen am 18. August 2026). Zwar liegt seit Jahren eine depressive Symptomatik vor, die Diagnose einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung wurde jedoch vor Erstellung des psychiatrischen

Teilgutachtens lediglich im Rahmen der Schmerztherapie durch Dr. med. N._____ am 21. Februar 2019 und die psychologische Psychotherapeutin V._____ am 25. Februar 2019 gestellt, sodass keine durch einen Facharzt bzw. eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie gestellte Diagnose vorliegt (IVSTA-act. 26 S. 3 und S. 22). Zumal sich auch aus den übrigen vor Erstattung des Gutachtens am 12. April 2022 erstellten Dokumenten (insb. aus den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. T._____ [IVSTA-act. 26 S. 1, 39, 54, 82] sowie dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 30. Juli 2021 [IVSTA-act. 133]) keine beweiskräftigen Hinweise auf eine rezidivierende depressive Störung ergeben bzw. diese Diagnose nicht fachärztlich gestellt wurde, ist an der im psychiatrischen Teilgutachten vom 12. April 2022 gestellten Diagnose (leichte depressive Episode im Rahmen einer Dysthymia) nicht zu zweifeln (vgl. auch E. 10.4.1 f. und 10.5.2 hiernach).

10.2 Der Gutachter hat weiter keine Schmerzstörung diagnostiziert. Er erachtete eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) als Grunderkrankung und klassifizierte die Schmerzen als begleitende Somatisierungstendenzen (IVSTA-act. 203 S. 78 f.). Da die Dysthymia zu den anhaltenden affektiven Störungen (ICD-10: F34.-) gehört, wendete er die ICD-10-Ausschlussregel an, wonach psychogene Schmerzen, die im Rahmen einer affektiven Störung auftreten, nicht als eigenständige anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) klassifiziert werden sollen. Unter dieser diagnostischen Einordnung ist die Nichtdiagnose einer anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) nachvollziehbar. Auch hinsichtlich einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) ist diese Argumentation überzeugend, da Schmerzstörungen insbesondere im Zusammenhang mit affektiven, Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen Störungen nicht unter dieser Kategorie berücksichtigt werden sollen (vgl. Ausschlussvorbehalt [ICD-10: F45.41]: < https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f40-f48.htm#F45 >, abgerufen am 18. August 2026). Insofern kann die Beschwerdeführerin aus ihrer Rüge, es sei nicht ersichtlich, inwiefern die massgeblichen Diagnosekriterien insbesondere bei der Schmerzstörung nicht erfüllt seien, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Sie legte sodann nicht substanziiert dar, weshalb die Annahme des Gutachters unzutreffend sein soll oder welche konkreten Indizien dagegen sprechen (BVGer-act. 1 S. 5; IVSTA-act. 203 S. 78). Zudem ist weder aus den Akten erkennbar noch durch die Beschwerdeführerin rechtsgenüglich dargelegt, wie – selbst wenn die Diagnose einer Schmerzstörung gestellt worden wäre – dies in der Gesamtbetrachtung Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Sie berichtet

weiter über einen weitgehend (abgesehen von einem eingeschränkten Konzentrationsvermögen) normalen Tagesablauf, erledigt den Haushalt (schwere Arbeiten in Arbeitsteilung mit ihrem Ehemann) geht zahlreichen Hobbys nach (Lesen, Versorgung der Katze und Spazieren gehen; IVSTA-act. 203 S. 30, S. 43, S. 47, S. 60, 74 f. und S. 91). Im Rahmen des Mini-ICF-APP erkannte der Gutachter keine Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Ebenso wenig bestünden Einschränkungen hinsichtlich der Gruppen- und Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Selbstbehauptung, familiärer oder intimer Beziehungen, der Selbstpflege, der Verkehrsfähigkeit und der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten. Dies deutet auf ein weitgehend intaktes psychosoziales Umfeld hin (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1; vgl. < https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f40-f48.htm#F45 >, abgerufen am 18. August 2026). Jedenfalls trägt die Beschwerdeführerin keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der psychiatrischen Diagnostik sprechen könnten.

10.3 Auch aus der Rüge, auf die Diagnose eines Post-COVID-Syndroms sei kaum eingegangen worden, kann sie nichts zu ihren Gunsten ableiten: Zwar wurde die Diagnose anlässlich einer Untersuchung am 14. April 2023 gestellt. Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist dem entsprechenden Bericht aber nicht zu entnehmen (IVSTA-act. 261). Im Gegenteil beschreibt der durch die Beschwerdeführerin aufgesuchte Neurologe und Psychiater einen (mit Ausnahme eines leichten Schwindels) unauffälligen neurologischen Befund. Als psychischer Befund werden eine deutlich reduzierte psychophysische Belastbarkeit, rasche Erschöpfung, mangelnde Erholung und Schlafstörungen beschrieben. Diese Symptomatik (Schwindel, Übelkeit mit Erbrechen, reduzierte Belastbarkeit, rasche Erschöpfung, mangelnde Erholung und Schlafstörungen) war aber bereits vor der Diagnose des Post-COVID-Syndroms bekannt und die lediglich anamnestisch beschriebene verstärkt auftretende Migräne ist nicht ausreichend, um überwiegend wahrscheinlich von einem dadurch entstehenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen (IVSTA-act. 39, 72, 85 und 203 S. 72). Davon ging im Übrigen auch der medizinische Dienst nicht aus (IVSTA-act. 264).

10.4 Mit Eingabe vom 25. April 2025 reichte die Beschwerdeführerin einen Stellenbeschrieb ein, welcher sich auf die zuletzt bis am 31. Mai 2016 bei der C._____ AG ausgeübte Tätigkeit als Scientific Research Associate II bezieht. Diesem ist zu entnehmen, dass das Stellenprofil die

selbstständige Durchführung von Experimenten und die eigenständige Analyse der Daten beinhaltet, um diese gemeinsam mit Arbeitskolleginnen oder Arbeitskollegen und/oder in Projektteams zu interpretieren. Sodann zählen zu den Hauptaufgaben die Konzeption und Durchführung von Experimenten zur Charakterisierung neuartiger Wirkstoffkandidaten, die Durchführung von Datenanalysen zur Interpretation der eigenen Experimente, der Beitrag zur Entwicklung von zu testenden Hypothesen, der Entwurf und die Durchführung der nächsten Versuchsreihe, die Durchführung und organisierte Nachverfolgung der Versuchsprotokolle, der aktive Beitrag zur Wirkstoffforschung und zu explorativen Projekten, die kooperative Mitarbeit in funktionsübergreifenden Projektteams und die selbstständige Recherche in der wissenschaftlichen und technischen Literatur. Als vorausgesetzte Fähigkeiten sind unter anderem Versuchsplanung, analytisches Denken, Datenanalyse, Verfassen von Berichten, Problemlösungsfähigkeiten, Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Neugierde und Zeitmanagementfähigkeiten ausgeführt. Als notwendige Ausbildung ist ein Bachelor- oder Masterabschluss in Biologie oder eine abgeschlossene Lehre als Biologielaborant/in erwähnt (BVGer-act. 16 Beilage).

10.4.1 Unter Berücksichtigung des eingereichten Stellenbeschriebs ist es nicht nachvollziehbar, wie der Beschwerdeführerin mit den ihr gutachterlich attestierten Einschränkungen *die bisherige Tätigkeit* als Scientific Associate II noch zumutbar sein könnte, zumal diese nebst der Fähigkeit zum selbstständigen Arbeiten explizit Zeitmanagement-, Kommunikations- und Problemlösungsfähigkeiten erfordert und erwartet wird, dass Experimente selbstständig durchgeführt und analysiert werden. Die ihr attestierten Einschränkungen bei der Durchhaltefähigkeit, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit sprechen klar dagegen. Der Beschwerdeführerin ist zudem beizupflichten, dass der Stellenbeschrieb darauf schliessen lässt, dass Multitasking, die Einhaltung von Zeitvorgaben und eine gewisse Stressresistenz unabdingbare Voraussetzungen für ihre bisherige Tätigkeit sind, was den gutachterlich festgehaltenen Merkmalen einer optimal angepassten Tätigkeit (Berücksichtigung eines maximal stressreduzierten Arbeitsumfelds in allgemein wohlwollender Atmosphäre mit klar strukturierten und an das Kompetenzniveau angepassten Arbeitsvorgaben ohne enge zeitliche Taktung, ohne Multitasking und mit der Möglichkeit zur Einlegung von Erholungspausen) klar widerspricht (IVSTA-act. 203 S. 81). Die bisherige Tätigkeit ist somit nicht mehr zumutbar. Dass der Gutachter zudem ausführte, es sei aus präventivmedizinischer Indikation eine angepasste Tätigkeit vorzuziehen – und dies, obwohl er von einem weniger anspruchsvollen Anforderungsprofil (IVSTA-act. 203 S. 4) ausgeht, als dem Stellenprofil der

Beschwerdeführerin entnommen werden kann (BVGer-act. 16 Beilage) –, aber dennoch eine Arbeitsunfähigkeit von lediglich 20 % in der bisherigen Tätigkeit bescheinigt, ist widersprüchlich, sodass auf die Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht abgestellt werden kann. Im Gegenteil lassen die durch ihn attestierten funktionellen Einschränkungen darauf schliessen, dass die bisherige Tätigkeit vollumfänglich unzumutbar ist und folglich in dieser eine vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht (IVSTA-act. 203 S. 80 f.). Somit ist aus psychiatrischer Sicht von einer vollständigen (100 %) Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Scientific Research Associate II seit Februar 2019 auszugehen.

10.4.2 Sodann ist dem psychiatrischen Teilgutachten mit Bezug zur Arbeitsfähigkeit *in einer angepassten Tätigkeit* zu entnehmen, dass in einer optimal angepassten Tätigkeit – unter Berücksichtigung eines maximal stressreduzierten Arbeitsumfelds in allgemein wohlwollender Atmosphäre mit klar strukturierten, repetitiven und an das Kompetenzniveau angepassten Arbeitsvorgaben, ohne enge zeitliche Taktung, ohne Multitasking und mit der Möglichkeit zur Einlegung von Erholungspausen – von einer Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 20 % seit Februar 2019 auszugehen sei. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar, zumal keine anderen beweiskräftigen Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit vorliegen und damit keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Ausführungen sprechen. So geht aus den Ausführungen von Dr. med. T._____ vom 1. September 2022 und Dr. med. N._____ vom 13. Oktober 2022 sowie dem sozialmedizinischen Gutachten des Medizinischen Diensts Dd._____ vom 14. Dezember 2021 nicht hervor bzw. ist unklar, ob sich die beschriebene Arbeitsunfähigkeit auch auf angepasste Tätigkeiten bezieht (IVSTA-act. 203, 227, 247 und 253). Die Behandlung in der Rehaklinik Tt._____ wurde durch die Beschwerdeführerin frühzeitig abgebrochen, weshalb die im entsprechenden Bericht enthaltenen Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit nicht ausreichend beweiskräftig sind (IVSTA-act. 258). Nicht abzustellen ist sodann auf die Aussagen im Gutachten vom 30. Juli 2021, in welchem für leichte, kognitiv nicht anspruchsvolle Tätigkeiten eine Leistungsfähigkeit von 50 % attestiert wurde (IVSTA-act. 133). Diese Beurteilung setzt sich nicht mit allfällig vorhandenen Ressourcen der Beschwerdeführerin auseinander und erweist sich im Hinblick auf die Indikatorenrechtsprechung als unvollständig (vgl. BGE 143 V 418; 141 V 281). Zudem wurden bei der Beurteilung nicht alle relevanten Akten berücksichtigt, was die Vorinstanz dazu veranlasste, ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen (IVSTA-act. 146 und 203). Ferner würdigte auch der medizinische Dienst der IVSTA die nachträglich durch die Beschwerdeführerin eingereichten Unterlagen

(ärztliche Stellungnahme vom 1. September 2022 und Untersuchungsbericht vom 11. Oktober 2022 von Dr. med. T._____ [IVSTA-act. 227 und 231], Entlassungsbericht der Rehaklinik Tt._____ vom 14. Februar 2023 [IVSTA-act. 258] und medizinischer Bericht von Dr. med. Xx._____ vom 14. April 2023 [IVSTA-act. 261]) und erkannte keine neuen, nicht bereits im SMAB-Gutachten berücksichtigten wesentlichen Elemente (IVSTA-act. 264). Und selbst die Beschwerdeführerin legte ihrer Berechnung des Invaliditätsgrads eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % zugrunde (BVGer-act. 1).

10.5 Sodann sind die Ausführungen in den somatischen Teilgutachten und die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu würdigen.

10.5.1 Das internistische Teilgutachten vom 13. April 2022 (IVSTA-act. 203 S. 25), das neurologische Teilgutachten vom 13. April 2022, das rheumatologische Teilgutachten vom 6. April 2022 (IVSTA-act. 203 S. 55 ff.) sowie das pneumologische Teilgutachten vom 26. April 2022 erweisen sich im Hinblick auf die gestellten Diagnosen und die Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit als überzeugend. Sie basieren auf eingehenden, persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin. Die relevanten medizinische Akten wurden berücksichtigt, die Befunde erhoben und darauf basierend die Diagnosen gestellt. Nicht zu beanstanden ist sodann, dass in den genannten Disziplinen weder in der bisherigen noch einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt (IVSTA-act. 203 S. 34 ff.).

10.5.2 Auch die im Rahmen des Einwandverfahrens eingebrachten Stellungnahmen (IVSTA-act. 229 S. 6 ff.) und die medizinischen Akten (Berichte von Dr. med. Cc._____ vom 15. August 2022 sowie 8. September 2022 [IVSTA-act. 228 und 232], Radiologiebericht von Dr. med. Zz._____ vom 13 September 2022 [IVSTA-act. 235], Attest von Dr. med. Bb._____ vom 25. September 2022 [IVSTA-act. 236], Verlaufsbericht der Sportorthopädie (…) vom 28. September 2022 [IVSTA-act. 237], sozialmedizinisches Gutachten vom 14. Dezember 2021 [IVSTA-act. 247], medizinischer Bericht von Dr. med. Ss._____ vom 9. Januar 2023 [IVSTA-act. 248], Kurzbrief von Dr. med. Mm._____ und der Assistenzärztin Nn._____ vom 6. Oktober 2022 [IVSTA-act. 252], ärztliches Attest von Dr. med. N._____ vom 13. Oktober 2022 [IVSTA-act. 253], Untersuchungsberichte vom 5. Oktober 2022 und 25. Januar 2023 von Dr. med. Ll._____ [IVSTA-act. 233 und 256] und Entlassungsbericht der Rehaklinik Tt._____ vom 14. Februar 2023 [IVSTA-act. 258]) vermögen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Ausführungen der somatischen Experten zu begründen, zumal die vorgetragenen medizinischen

Beschwerden umfassend gewürdigt wurden und keine anderen beweiskräftigen medizinischen Einschätzungen zur Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Zwar wird im Verlaufsbericht vom 28. September 2022 eine herabgesetzte Belastungsfähigkeit beschrieben und Dr. med. N._____ geht im Bericht vom 13. Oktober 2022 von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit aus. Inwiefern sich diese Aussagen aber auf die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit beziehen, wird offengelassen (IVSTA-act. 237 und 253). Dr. med. Bb._____ wirft im Weiteren lediglich die Frage auf, ob «die Patientin mit den Gelenkschmerzen in ihrem Beruf als MTA noch wird arbeiten können», ohne aber diese zu beantworten (IVSTA-act. 236; vgl. dazu auch E. 10.4.2 hiervor). Weiter sind die durch die Beschwerdeführerin vorgetragenen Schmerzen (Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Schmerzen an der Hand, Schmerzen im Fuss und Knieschmerzen) durch die SMAB-Gutachter überzeugend als weder für die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit einschränkend eingeschätzt worden. In Bezug auf die Schmerzen im Daumensattelgelenk erwähnte sie selbst, sie sei durch eine Kortisonspritze fast schmerzfrei gewesen (IVSTA-act. 229 S. 18). Sodann ist in der rheumatologischen Expertise nachvollziehbar dargelegt, dass auch bei einer Zunahme der degenerativen Veränderungen mit den Jahren die Arbeitsfähigkeit voraussichtlich nicht eingeschränkt werde (IVSTA-act. 203 S. 65). Da schliesslich bereits aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit erstellt ist (vgl. E. 10.4.1 hiervor) und die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens vorgetragenen Rügen sich im Wesentlichen auf das psychiatrische Teilgutachten beschränken, hat es damit sein Bewenden (BVGer-act. 1).

10.6 Abschliessend ist die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung vom 2. Juni 2022 zu prüfen, wobei die Gutachter ausschliesslich aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % sowohl in der bisherigen als auch einer angepassten Tätigkeit ab Februar 2019 erkannten. Diese Einschätzung überzeugt nicht. Aus psychiatrischer Sicht ist, wie bereits ausführlich dargelegt, von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszugehen (vgl. E. 10.4.1 hiervor). Nicht zu beanstanden sind im Übrigen die somatischen Ausführungen zur Arbeitsunfähigkeit.

10.7 Zusammenfassend ergibt sich was folgt: Im SMAB-Gutachten stellten die Experten lediglich im psychiatrischen Teil eine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (leichte depressive Episode [ICD-10: F32.0] im Rahmen einer Dysthymia [ICD-10: F34.1]). Konkret attestierte der psychiatrische Experte eine Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in angepassten Tätigkeiten von 20 % aufgrund erforderlicher

Erholungspausen. Diese Einschätzung überzeugt nicht, denn es ist nicht nachvollziehbar, wie die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit noch ausüben kann. Im Gegenteil ist eine vollständige (100 %) Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit erstellt. In angepassten Tätigkeiten ist von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % auszugehen.

10.8 Im Hinblick auf das durch die Beschwerdeführerin beantragte Gerichtsgutachten ist weiter Folgendes festzuhalten.

10.8.1 Rechtsprechungsgemäss bedarf es bei der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als Grundlage «echtzeitlicher» medizinischer Unterlagen. Einer retrospektiven Festlegung der Arbeitsunfähigkeit kann (nur) gefolgt und auf ein echtzeitliches Arztzeugnis verzichtet werden, wenn anderweitig echtzeitlich dokumentiert ist, dass und wann sich die gesundheitliche Beeinträchtigung in Form einer verminderten Leistungsfähigkeit («sinnfällig») auf das Arbeitsverhältnis ausgewirkt hat. Die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen kann sich etwa in einem belegten Leistungseinbruch am Arbeitsplatz manifestieren, ebenso in auffällig gehäuften gesundheitlich bedingten Arbeitsausfällen (vgl. Urteil des BGer 9C_399/2022 vom 31. Mai 2023 E. 2.4 m.w.H.; Urteil des BVGer C-1478/2024 vom 10. Juni 2026 E. 10.3.2).

Die aktenkundigen Ausführungen zur Arbeitsunfähigkeit wurden im Rahmen des polydisziplinären SMAB-Gutachtens bewertet. Auf die im Rahmen des Einwandverfahrens eingebrachten medizinischen Berichte kann zum rechtsgenüglichen Nachweis einer veränderten Arbeitsunfähigkeit nicht abgestellt werden (vgl. E. 10.4.1 ff. hiervor). Es ist damit nicht davon auszugehen und durch die Beschwerdeführerin im Übrigen auch nicht behauptet, dass weitere noch nicht gewürdigte beweiskräftige medizinische Einschätzungen zur Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Insofern ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass selbst bei Erstellung eines weiteren Gutachtens eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden könnte (vgl. Urteil des BGer 9C_399/2022 vom 31. Mai 2023 E. 2.4). Von weiteren Beweismassnahmen sind somit keine weiteren sachdienlichen Erkenntnisse zu erwarten, die den Ausgang des Verfahrens zu beeinflussen vermöchten. Auf die Abnahme weiterer Beweise ist daher in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (vgl. BGE 122 III 219 E. 3c; 119 V 335 E. 3c m.w.H.) und der beschwerdeweise vorgebrachte Antrag auf die Einholung eines Gerichtsgutachtens (BVGer-act. 1) ist abzuweisen (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3; 122 V 157 E. 1d m.w.H.).

11.
Im Weiteren ist der Invaliditätsgrad zu berechnen.

11.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28*a* Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des BGer 8C_61/2018 vom 23. März 2018 E. 6.2). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

11.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen 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. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 134 V 322 E. 4.1; Urteil des BGer 8C_897/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1).

11.3 Gemäss Art. 5 Abs. 2 AHVG (SR 831.10) gilt als massgebender Lohn jedes Entgelt für in unselbstständiger Stellung auf bestimmte oder unbestimmte Zeit geleistete Arbeit. Der massgebende Lohn umfasst auch Teuerungs- und andere Lohnzulagen, Provisionen, Gratifikationen, Naturalleistungen, Ferien- und Feiertagsentschädigungen und ähnliche Bezüge, ferner Trinkgelder, soweit diese einen wesentlichen Bestandteil des Arbeitsentgeltes darstellen. Die zum massgebenden Lohn gehörenden Bestand teile werden in Art. 7 AHVV (SR 831.101) beispielhaft näher aufgeführt. Grundsätzlich unterliegen nur Einkünfte, die tatsächlich geflossen sind, der Beitragspflicht (BGE 133 V 153 E. 3.1 m.w.H.; FELIX FREY, in: Frey/Mosimann/Bollinger/Früh [Hrsg.], AHVG/IVG/ELG Kommentar, 2. Aufl. 2025, Art. 5 Rz. 2 ff.).

11.4 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes 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 insbesondere Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweis; Urteil des BGer 9C_422/2017 vom 17. Mai 2017 E. 4.1), wobei grundsätzlich immer die aktuellsten statistischen Daten zu verwenden sind (BGE 143 V 295 E. 2.3).

11.4.1 In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (Urteil des BGer 8C_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 mit Hinweisen), wobei aber auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt werden kann, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen. Dies geschieht namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt. Es besteht jedoch kein Grundsatz, wonach stets auf die Tabelle TA1 abzustellen ist (Urteil des BGer 9C_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2). Wird auf die LSE 2012 oder neuer abgestellt, ist – zumindest

bis auf Weiteres – nur die Tabelle TA1 zu verwenden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen, wobei nach Geschlechtern zu differenzieren, das heisst auf den branchenspezifischen Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen ist (BGE 129 V 408 E. 3.1.2).

11.4.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (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).

11.5 Bezüglich Valideneinkommen ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin nach der gesundheitlich bedingten Reduktion ihres Arbeitspensums per 1. März 2013 auf 60 % bei der C._____ AG im Monat brutto Fr. 4'905.– verdiente (vgl. Gehaltsabrechnungen März bis Mai 2016; IVSTA-act. 97 S. 25 f.). Dies stimmt mit den Angaben zum aktuellen AHV-beitragspflichtigen Lohn pro Jahr im Fragebogen für Arbeitgebende überein (Fr. 58'860.– / 12 = Fr. 4'905.–; IVSTA-act. 104 S. 3). Rechnet man den Betrag auf ein Vollzeitpensum hoch (Fr. 4'905.– / 60 x 100) ergibt dies ein monatliches Bruttoeinkommen von Fr. 8'175.– bzw. ein Bruttojahreseinkommen von Fr. 98'100.– (12 x Fr. 8'175.–). Zudem spricht für das Abstellen auf diesen Betrag, dass sie laut Arbeitsvertrag vom 25. April 2005 (IVSTA-act. 97 S. 37) bei ihrer Einstellung im Jahr 2005 ein Jahresgrundgehalt von gerundet Fr. 88'000.– (13 x Fr. 6'769.–) brutto erhielt. Mit Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 2005 bis 2016 (2005: 117.9; 2016: 133.9) ergibt das ein Jahresgrundgehalt von Fr. 99'942.30. Dieser Betrag liegt nur geringfügig über dem mittels Lohnabrechnungen erstellten Jahreslohn von Fr. 98'100.– (vgl. Tabelle T1.93, Total Frauen, Ziffern 01-93

[2005] bzw. Ziffern 05-96 [2016]; vgl. www.bfs.admin.ch > Statistiken > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Schweizerischer Lohnindex > Übersicht > weiterführende Informationen > Tabellen > Tabelle Schweizerischer Lohnindex nach Sektor: Index und Veränderung auf der Basis 1993 = 100; zuletzt aufgerufen am 6. August 2026). Gemäss Zusatzvereinbarung zum Arbeitsvertrag bestand die Möglichkeit, eine leistungsbezogene «Bonus/Incentive-Zahlung» von maximal 11 % des Jahresgrundgehalts zu erhalten (IVSTA-act. 97 S. 42). Aus den Akten ergibt sich aber lediglich eine Bonuszahlung für das Jahr 2012 in der Höhe von Fr. 7'240.– (IVSTA-act. 97 S. 28). Entgegen der Angabe im Fragebogen für Arbeitgebende («zzgl. ca. 11 % Bonus pro Jahr») betrug der Bonus damit im Jahr 2012 nur rund 7.5 % des damaligen Jahresgrundgehalts von Fr. 97'500.– (12 x Fr. 8'125.–; IVSTA-act. 97 S. 28 und S. 30). Insofern ist weder mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sie jedes Jahr – oder zumindest über einen längeren Zeitraum – einen Bonus erhielt, noch dass dieser jeweils in der Höhe von 11 % ausgezahlt wurde. Der Bonus ist folglich bei der Berechnung des Valideneinkommens nicht zu berücksichtigen und Grundlage für die Berechnung bildet das Bruttojahreseinkommen von Fr. 98'100.–. Weiter ist an dieser Stelle nicht zu prüfen, ob der Bonus als Lohnbestandteil im Sinne von Art. 322 OR oder als Gratifikation gemäss 322d OR zu qualifizieren ist und die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf entsprechende Zahlungen jedes Jahr hatte, zumal auch mit Berücksichtigung einer maximalen Ausschüttung von 11 % kein höherer Rentenanspruch bestehen würde (vgl. BGE 142 III 381 E. 2 ff.; 139 III 155 E. 3 ff.; vgl. E. 11.8 hiernach). Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung (vgl. hierzu BGE 129 V 408; Urteil des BGer 8C_630/2019 vom 14. Januar 2020 E. 5) von 2016 auf 2021 (2016: 106.1; 2021: 110.5, vgl. Tabelle T1.2.10, Frauen, Wirtschaftszweig M, Ziffern 69 bis 75 [freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten]; vgl. www.bfs.admin.ch > Statistiken > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Schweizerischer Lohnindex > Übersicht > weiterführende Informationen > Tabellen > Tabelle Schweizerischer Lohnindex: Index und Veränderung auf der Basis 2010 = 100 [NOGA08]; zuletzt aufgerufen am 6. August 2026) resultiert im relevanten Jahr 2021 (frühest möglicher Rentenanspruch am 1. Juli 2021) ein Valideneinkommen von Fr. 102'168.25.

11.6 Was das Invalideneinkommen anbelangt, ist mangels eines tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens ein Tabellenlohn heranzuziehen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2). Grundlage bilden die aktuellsten statistischen Daten (statt vieler: BGE 143 V 295 E. 2.3 m.w.H.). Gemeint sind damit die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns

aktuellsten veröffentlichten Daten, weshalb vorliegend die LSE 2020 relevant ist (vgl. BGE 150 V 67 E. 4.2). Davon ging im Übrigen auch die Beschwerdeführerin aus (BVGer-act. 1 S. 8). Aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen ist sie nicht mehr in der Lage, ihre bisherige Tätigkeit auszuüben. Das gutachterlich festgestellte Belastungsprofil schränkt sie zudem bei angepassten Tätigkeiten erheblich ein (vgl. E. 10.4.1 f. hiervor). Mangels verwertbarer beruflicher Qualifikationen ausserhalb ihres bisherigen Tätigkeitsbereichs und zufolge des gesundheitlich eingeschränkten Belastungsprofils sowie der gutachterlich festgehaltenen Merkmale einer optimal angepassten Tätigkeit ist auf dem Zentralwert der Tabelle TA1_tirage_skill_level für Frauen im Kompetenzniveau 1 abzustellen (Fr. 4'276.–; vgl. auch www.bfs.admin.ch > Statistiken > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Lohnstruktur > privater und öffentlicher Sektor > weiterführende Informationen > Tabellen > monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht [privater Sektor]; zuletzt aufgerufen am 5. August 2026). Bei Umrechnung auf die betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Arbeitsstunden pro Woche im Jahr 2021 (BGE 126 V 75 E. 3b bb; vgl. www.bfs.admin.ch > Statistiken > Arbeit und Erwerb > Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit > Arbeitszeit, Absenzen und Ferien > vertragliche Arbeitsstunden der Arbeitnehmenden > weiterführende Informationen > Tabellen > Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche 1990-2025 > Abschnitt A-S [Ziffern 01-96; Total]; zuletzt aufgerufen am 6. August 2026) beträgt das hypothetische Invalideneinkommen jährlich Fr. 53'492.75 ([Fr. 4'276.– x 12] : 40 x 41.7). Dieser Wert ist an die Nominallohnentwicklung anzupassen (2020: 107.9; 2021: 108.6, vgl. Tabelle T1.2.10, Frauen, Wirtschaftszweige B-S, Ziffern 05-96 [Total]; vgl. www.bfs.admin.ch > Statistiken > Arbeit und Erwerb > Löhne, Erwerbseinkommen und Arbeitskosten > Schweizerischer Lohnindex > Übersicht > weiterführende Informationen > Tabellen > Tabelle Schweizerischer Lohnindex: Index und Veränderung auf der Basis 2010 = 100 [NOGA08]; zuletzt aufgerufen am 6. August 2026), was einem Jahreslohn von Fr. 53'839.80 (12 x Fr. 4'486.65) entspricht. Unter Berücksichtigung der im SMAB-Gutachten festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit von 20 % beträgt das Invalideneinkommen Fr. 43'071.85 (0.8 x Fr. 53'839.80).

11.7 Die Vorinstanz äusserte sich nicht zur von der Beschwerdeführerin beschwerdeweisen vorgebrachten Berechnung des Invaliditätsgrads und insb. auch nicht dazu, inwieweit ein Leidensabzug vorzunehmen sein könnte. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen, namentlich der

Pausenbedarf und eine allfällige Minderleistung aufgrund eines langsameren Arbeitstempos dürfen rechtsprechungsgemäss nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfliessen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (BGE 148 V 174 E. 6.3 m.w.H.). In diesem Zusammenhang hat der Gutachter den Umstand, dass die Beschwerdeführerin vermehrt auf Pausen angewiesen ist, bereits im Rahmen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit von 20 %) einbezogen worden (Urteil des BGer 8C_799/2018 vom 30. April 2019 E. 4.4). Nichtsdestotrotz ist zu berücksichtigen, dass sie im Rahmen einer Verweistätigkeit auf ein maximal stressreduziertes Arbeitsumfeld in allgemein wohlwollender Atmosphäre angewiesen ist. Es muss sich um klar strukturierte, repetitive sowie an das Kompetenzniveau angepasste Arbeitsvorgaben ohne enge zeitliche Taktung, ohne Multitasking und mit der Möglichkeit zur Einlegung zwischenzeitlicher Pausen handeln. Zudem ist die Beschwerdeführerin aufgrund des somatischen Leistungsprofils eingeschränkt (aus somatischer Sicht sind nur leichte körperliche Tätigkeiten ohne Zwangshaltung und ohne Heben und Tragen von mittelschweren sowie schweren Lasten möglich, aus rheumatologischer Sicht wäre eine mehrheitlich sitzende, teilweise wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben der Arme über die Horizontale und ohne häufiges Tragen oder Heben von Lasten und ohne Treppensteigen ideal sowie sind aus pneumologischer Sicht keine anstrengenden Tätigkeiten zumutbar und Inhalationsnoxen [Stäube, Dämpfe, Gerüche, Lösungsmittel und extreme Hitze oder Kälte] zu vermeiden). Die eingeschränkte Flexibilität, die Beeinträchtigungen bei der Durchhalte- und der Umstellungsfähigkeit, die gutachterlich attestierte ungünstige prognostische Perspektive aufgrund des chronisch verfestigten Krankheitsgeschehens und die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt über mehrere Jahre erschweren die Einarbeitung in ein anderes Tätigkeitsgebiet bzw. legen nahe, dass die Restarbeitsfähigkeit nur mit unterdurchschnittlichem Erfolg verwertet werden kann. Auch wenn ein Abzug nicht automatisch erfolgen soll, rechtfertigen die genannten Gründe in der Gesamtschau einen Abzug von maximal 10 % (Urteile des BGer 8C_681/2024 vom 15. Oktober 2025 E. 5.2; 9C_395/2022 vom 4. November 2022 E. 4.5.3; 9C_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 f. m.w.H.; Urteil des BVGer C-2585/2024 vom 13. Juli 2026 E. 5.2.1). Unter Berücksichtigung des Abzugs resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 38'764.65.

11.8 Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens in der Höhe von Fr. 102'168.25 sowie des hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 38'764.65 resultiert bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 63'403.35 ein IV-Grad von gerundet 62 % ([Fr. 63'403.35 x 100] / Fr. 102'168.25; vgl. zur

Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1), was Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung ab dem 1. Juli 2021 gibt (Art. 28 Abs. 2 und Art. 29 Abs. 1 IVG).

Hinzuzufügen bleibt, dass selbst bei zusätzlicher Berücksichtigung einer Bonuszahlung von maximal 11 % des Jahresgrundgehalts – wofür kein Anlass besteht, zumal weder nachgewiesen ist, dass sie jedes Jahr eine Bonuszahlung erhalten hat noch, dass die maximale Höhe von 11 % des Jahresgrundgehalts erreicht wurde – (Fr. 102'168.25 x 1.11 = Fr. 113'406.75) kein Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung bestehen würde. Diesfalls läge der errechnete Invaliditätsgrad bei 66 % (100 - [Fr. 43'071.85 x 0.9 x 100 / Fr. 113'406.75]).

11.9 Die Beschwerdeführerin hat sodann bereits in ihrem Einwand die Vorinstanz aufgefordert, den Invaliditätsgrad unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs zu berechnen (IVSTA-act. 229 S. 4) und die Thematik in der Beschwerde wieder aufgegriffen, indem sie eine eigene Berechnung des Invaliditätsgrads einbrachte (BVGer-act. 1). Weder der vorinstanzlichen Verfügung vom 7. Juni 2023 noch der Vernehmlassung vom 13. September 2023 oder der Duplik vom 30. November 2023 sind Ausführungen im Hinblick auf die Berechnung des Invaliditätsgrads zu entnehmen. In der Verfügung ist diesbezüglich (ohne konkrete Berechnung) lediglich erwähnt, dass ein Invaliditätsgrad von 20 % kein Recht auf eine Rente gebe (IVSTA-act. 265). In der Vernehmlassung zudem, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit nach wie vor zu 80 % arbeitsfähig sei, weshalb sich eine wirtschaftliche Bemessung des Einkommensverlusts erübrige (BVGer-act. 13). Die Vorinstanz konnte nicht davon ausgehen, dass – zumal bestritten – die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % (insbesondere in der bisherigen Tätigkeit) durch das Gericht übernommen wird. Es war für sie voraussehbar, dass im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine konkrete Berechnung des Invaliditätsgrads erfolgen wird. In dieser besonderen Konstellation konnte die Vorinstanz nicht mit der Einräumung des rechtlichen Gehörs rechnen, wenn das Gericht eine Begründungssubstitution (statt Prozentvergleich, Einkommensvergleich) vornimmt. Insofern ist diesbezüglich der Vorinstanz zur Wahrung des rechtlichen Gehörs auch nicht zusätzlich Gelegenheit zu geben, sich zu diesem Punkt ergänzend zu äussern (vgl. MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER/KAYSER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 3. Auflage 2022, Rz. 1.54 mit Hinweisen).

11.10 Insgesamt ergibt sich damit unter Berücksichtigung eines Valideneinkommens in der Höhe von Fr. 102'168.25 und eines Invalideneinkommens von Fr. 38'764.65 ein Invaliditätsgrad von gerundet 62 %.

12.
Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben ist. Es wird sodann festgestellt, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Juli 2021 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der schweizerischen Invalidenversicherung hat (Art. 28 Abs. 1 und 2 sowie Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Akten gehen an die Vorinstanz zur Berechnung der geschuldeten Rente. Dabei wird sie zu prüfen haben, ob für die Rentenansprüche Verzugszinsen geschuldet sind (Art. 26 Abs. 2 ATSG). Sie erlässt danach eine entsprechende Verfügung.

13.
13.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weshalb ihr der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz sind ebenfalls keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (vgl. Art. 63 Abs. 2 VwVG).

13.2 Die obsiegende, anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Vorinstanz, erhält sie doch die Dreiviertelsrente, die sie in der Beschwerde für den Fall beantragt hat, dass ihr Antrag auf Durchführung eines gerichtlichen Gutachtens verworfen wird, was konkret auch geschehen ist. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (vgl. Art. 14 Abs. 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3’000.– (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer [vgl., betreffend diesen Punkt, das Urteil des BVGer C-1478/2024 vom 10. Juni 2026 E. 13.2]) angemessen.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 7. Juni 2023 aufgehoben und die Vorinstanz angewiesen wird, der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2021 bei einem Invaliditätsgrad von 62 % eine Dreiviertelsrente der schweizerischen Invalidenversicherung auszurichten.

2.
Die Akten gehen an die Vorinstanz zur Berechnung der geschuldeten Rente. Dabei wird sie zu prüfen haben, ob für die Rentenansprüche Verzugszinsen geschuldet sind (Art. 26 Abs. 2 ATSG). Sie erlässt danach eine entsprechende Verfügung.

3.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der Beschwerdeführerin wird der Kostenvorschuss von Fr. 800.– nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

4.
Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.– zugesprochen.

5.
Dieses Urteil geht an die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:	Der Gerichtsschreiber:
Vito Valenti	Samuel Wyrsch

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Handen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: