



Abteilung III
C-5911/2022

Urteil vom 16. Mai 2025

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),
Richterin Caroline Gehring, Richter Philipp Egli,
Gerichtsschreiberin Barbara Scherer.

Parteien

A. _____, (Deutschland),
Klopstockweg 7, DE-58513 Lüdenscheid,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA),
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch
(Verfügung vom 18. November 2022).

Sachverhalt:**A.**

Die deutsche Staatsangehörige A. _____ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin), geb. am (...) 1967, lebt aktuell in Deutschland. Sie ist gelernte Bankkauffrau und Sparkassenbetriebswirtin und war als Wertpapier- und Vermögensberaterin für verschiedene Banken und Sparkassen auch im Ausland tätig (vgl. Zeugnisse vom 25. Januar 1989 und 16. Juni 1992 [Akten der Vorinstanz, im Folgenden: IV-Akt., 29 S. 8 und 10; vgl. auch Fragebogen für die Versicherte vom 18. März 2022 [IV-Akt. 32]). Sie lebte und arbeitete in der Schweiz und hat dabei von 2005 bis 2015 Beiträge für die schweizerische obligatorische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) entrichtet, zuletzt, ab 2011 als Selbständigerwerbende (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto vom 23. September 2021; IV-Akt. 6). Seit dem 4. Juli 2019 ist die Versicherte krankgeschrieben.

B.

Am 30. August 2021 stellte die Versicherte über die Deutsche Rentenversicherung einen Antrag auf eine Invalidenrente bei der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: IVSTA oder Vorinstanz), den diese am 12. Dezember 2021 erhielt (Schreiben und Formular E 204 DE vom 9. Dezember 2021; IV-Akt. 1 und 2).

Die IVSTA nahm in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen vor und hat die ärztlichen Unterlagen seinem medizinischen Dienst zur Beurteilung unterbreitet. Dieser ist in seiner Stellungnahme vom 6. September 2022 zum Schluss gekommen, dass die Versicherte wegen einer chronischen Pankreatitis mit Verkalkungen bei rezidivierender Pankreatikolithiasis vom 4. Juli 2019 bis zum 26. Januar 2020 vollständig arbeitsunfähig gewesen sei und dass danach aus psychiatrischer Sicht und aufgrund einer Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase) nur noch kurzfristige Arbeitsunfähigkeiten bestanden haben (IV-Akt. 62).

Mit Vorbescheid vom 12. September 2022 wurde der Versicherten die Ablehnung ihres Leistungsgesuchs in Aussicht gestellt. Die Vorinstanz führte dazu aus, dass keine ausreichende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vorgelegen habe und dass trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Ausübung der üblichen Tätigkeit zumutbar und somit ein Rentenanspruch ausgeschlossen sei (IV-Akt. 64).

Die Versicherte erhob gegen den Vorbescheid mit Schreiben vom 3. Oktober 2022 Einsprache (IV-Akt. 66). Sie machte geltend, dass seit dem 4. Juli 2019 ununterbrochen eine Arbeitsunfähigkeit vorliege. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ihres Hausarztes, die Rehabilitation und die diversen Krankenhausaufenthalte würden dies beweisen. Sie hat noch eine fortlaufende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 23. September 2022 sowie einen neuen Befundbericht vom 28. September 2022 ihres Hausarztes, Dr. B._____, eingereicht (IV-Akt. 67 und 68).

Der medizinische Dienst der IVSTA hat diese neuen Unterlagen gewürdigt und in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2022 seine vorherige Einschätzung beibehalten (IV-Akt. 71).

Mit Verfügung vom 18. November 2022 wurde das Leistungsgesuch der Versicherten im Sinne des Vorbescheids abgelehnt. Zur Begründung wiederholte die Vorinstanz ihre im Vorbescheid erwähnten Ausführungen und erklärte zusätzlich, dass ihr ärztlicher Dienst die neuen medizinischen Unterlagen geprüft habe und zum Schluss gekommen sei, dass damit keine abweichende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit begründet werde (IV-Akt. 72).

C.

C.a Am 19. Dezember 2022 (Poststempel) reichte die Versicherte gegen die Verfügung der Vorinstanz Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht ein (Akten im Beschwerdeverfahren [nachfolgend: BVGer-Akt.] 1). Sie beantragte sinngemäss die Ausrichtung einer Invalidenrente und erklärte, dass sie die Rentenabweisung nicht verstehe, verschiedene Fachärzte hätten ihren Gesundheitszustand überprüft. Sie reichte einen neuen Befundbericht vom 13. Dezember 2022 ihres Hausarztes sowie eine Mitteilung vom 15. November 2022 der CNAP Luxemburg (Nationale Pensionsversicherungsanstalt) ein (BVGer-Akt. 1 Beilagen 2 und 3).

C.b Der mit Zwischenverfügung vom 3. Januar 2023 eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- (vgl. BVGer-Akt. 3) ging am 12. Januar 2023 fristgerecht bei der Gerichtskasse ein (vgl. BVGer-Akt. 4).

C.c Am 27. Januar 2023 beantragte die Vorinstanz vernehmlassungsweise die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung der angefochtenen Verfügung. Sie führte zur Begründung an, dass sich aus der Beschwerde keine neuen Elemente ergäben, welche eine Änderung ihrer Beurteilung rechtfertigen würden (BVGer-Akt. 7).

C.d Mit Replik vom 23. Februar 2023 (BVGer-Akt. 11) und Duplik vom 7. März 2023 (BVGer-Akt. 13) haben die Parteien an ihren Anträgen festgehalten. Die Beschwerdeführerin hat sich bereit erklärt, sich einer Begutachtung in ihrer Umgebung, da sie nicht reisefähig sei, zu unterziehen. Weiter hat sie die Bescheinigungen ihrer Krankenkassen vom 2. und 23. Februar 2022 sowie eine Fallübersicht einer (unbekannten) Versicherung, Stand 21. Februar 2023, beigelegt (BVGer-Akt. 11 Beilagen 1, 2 und 4).

C.e Der Schriftenwechsel wurde – vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen – abgeschlossen (vgl. BVGer-Akt. 14) und die Erkundigungen der Beschwerdeführerin nach dem Verfahrensstand beantwortet (BVGer-Akt. 16 bis 19).

C.f Mit Eingabe vom 28. April 2025, eingegangen am 22. Mai 2025, legte die Beschwerdeführerin neue Berichte vor über eine stationäre psychotherapeutische Behandlung in der Zeit vom 15. Januar bis 29. Februar 2024, eine Bestätigung vom 22. Juli 2024 über die Aufnahme auf die Warteliste für eine ambulante Psychotherapie sowie einen Spitalbericht vom 4. März 2025 über eine Notfallbehandlung am selben Tag.

C.g Auf die weiteren Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Beweismittel ist – soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht [VGG; 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als direkte 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. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht

eingereicht (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) und der Kostenvorschuss wurde rechtzeitig geleistet (Art. 63 Abs. 4 VwVG).

Da sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1 Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG). Es ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG).

2.2 Das Verwaltungsverfahren wie auch der Sozialversicherungsprozess vor dem Bundesverwaltungsgericht 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 144 V 427 E. 3.2; 137 V 210 E. 1.2.1 und 2.1.1; 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt und findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Partei (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin ist deutsche Staatsangehörige, wohnt aktuell wieder in Deutschland und war in Luxemburg (vgl. P4000 und E 2005 L vom 24. November 2021; IV-Akt. 5 S. 6 ff), Deutschland (Beschäftigungsverlauf und Bescheinigung vom 17. Januar 2022 des Versicherungsverlaufs in Deutschland; IV-Akt. 5 S. 1 ff) sowie in der Schweiz bei der AHV/IV versichert (IV-Akt. 6). Damit gelangen vorliegend 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 (vgl. Art. 80a Abs. 1 IVG). Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010 (AS 2015 343), Nr. 465/2012 (AS 2015 345) und Nr. 1224/2012 (AS 2015 353) erfolgten Änderungen in

den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Staats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind, was für das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz, ebenso wie für das Verhältnis zwischen den übrigen EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz, nicht der Fall ist. Infolgedessen beurteilt sich das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften allein nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil Bundesgerichts [nachfolgend: BGer] 8C_111/2020 vom 15. Juli 2020 E. 2; 9C_317/2014 vom 16. Juni 2014 E. 2) und die Leistungsausrichtung ausländischer Versicherungsträger sind für die schweizerischen Behörden und Gerichte nicht bindend, was die Beschwerdeführerin zu Recht nicht bestreitet.

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.31). Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV [AS 2021 705; BBI 2020 5535]; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBI 2017 2535]) sowie die Änderungen vom 3. November 2021 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; RS 831.201; AS 2021 706) in Kraft getreten. Leistungsansprüche, die – wie vorliegend infolge des Rentenantrags vom 30. August 2021 (IV-Akt. 2 S. 6) – frühestens nach in Kraft treten dieser Änderungen entstehen können (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG; unten E. 6.5), sind somit nach den neuen Normen zu prüfen (vgl. auch Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Juli 2022, Rz. 9100 f.; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystem [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Januar 2022, Rz. 1007–1010).

4.

Anfechtungsobjekt und somit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 134 V 418 E. 5.2; 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 18. November 2022 mit welcher die Vorinstanz die Erstanmeldung der Versicherten abgewiesen hat. Streitig

und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist deshalb der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente.

5.

Die Versicherte hat zwischen 2005 und 2015 während mehreren Jahren Beiträge an die AHV/IV geleistet (IV-Akt. 6). Sie erfüllt somit die Anspruchsvoraussetzung der Mindestbeitragsdauer von drei Jahren gemäss Art. 36 Abs. 1 IVG, wonach Versicherte, die bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet haben, Anspruch auf eine ordentliche Rente haben (vgl. auch Art. 36 Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [AHVG; SR 831.10], Art. 6 und Art. 45 VO [EG] 883/2004; BGE 131 V 390). Es bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin auch 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 im Sinne von Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit 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 erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a 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 (Einkommen mit Invalidität/Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Einkommen ohne Invalidität/Valideneinkommen). Der Invaliditätsgrad ergibt sich aus der Einkommensdifferenz (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 137 V 334 E. 3.1.1; 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Bei der Bestimmung des Valideneinkommens einer Selbstständigerwerbenden ist zu berücksichtigen, in welcher Weise sich das Unternehmen der versicherten Person voraussichtlich entwickelt hätte, wenn diese nicht invalid geworden wäre (ZAK 1963 S. 462). Es ist namentlich auf die beruflichen und persönlichen Fähigkeiten sowie die Art der Tätigkeit der versicherten Person vor Eintritt der Invalidität abzustellen (ZAK 1961 S. 367; vgl. Rz. 3320 KSIR). Die IV-Stelle verlangt die Buchhaltungsabschlüsse von mehreren Jahren. Sie beachtet insbesondere all jene Konten, bei welchen nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen Abweichungen auffallen (Personalaufwand, Abschreibungen, Brutto- und Nettoertrag und dessen Verhältnis zum Umsatz). Im Übrigen werden die Einkommensverhältnisse gestützt auf Beitragsunterlagen (namentlich die Steuermeldungen an die Ausgleichskasse) und nötigenfalls durch eine Abklärung an Ort und Stelle erhoben (vgl. Rz. 3323 KSIR). Ob eine Person als selbstständig oder unselbstständig erwerbend zu qualifizieren ist, beurteilt sich nicht aufgrund des Vertragsverhältnisses zwischen den Parteien. Ausschlaggebend ist die wirtschaftliche Stellung, also die Beantwortung der Frage, ob die versicherte Person einen wesentlichen Einfluss auf die Geschäftspolitik und -entwicklung nimmt. Diese Frage kann beantwortet werden, indem die finanzielle Beteiligung, die Zusammensetzung der Leitung der Gesellschaft und vergleichbare Gesichtspunkte geprüft werden (Urteil des BGer 9C_453/2014 vom 17. Februar 2015; Rz. 3318 KSIR).

6.4 Nach Art. 28b IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Abs. 1). Bei einem Invaliditätsgrad von 50–69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40–49 % erhöht sich der Rentenanspruch linear von einem Anteil von 25–47.5 % (Abs. 4). 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. 4 und 7 VO [EG] 883/2004; vgl. BGE 130 V 253 E. 2.3 und E. 3.1).

6.5 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). Gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht.

7.

7.1 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 Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Eine begutachtende medizinische Fachperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

7.2 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder Belastungsfaktoren einerseits und Ressourcen (Kompensationspotentialen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; vgl. auch 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, fachgerecht gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; vgl. auch BGE 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert und zwei Kategorien gebildet (BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Die 1. Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3 des BGE 141 V 281) beinhaltet die Komplexe «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). Die festgestellten Einschränkungen müssen noch einer Konsistenzprüfung standhalten. So beinhaltet die 2. Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4 des BGE 141 V 281]) die Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

7.3 Sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, gilt im Sozialversicherungsrecht der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 143 V 168 E. 2; 138 V 218 E. 6). Die bloße Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt dieser Beweisanforderung nicht. Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; 126 V 353 E. 5b; 125 V 193 E. 2 je mit Hinweisen) und dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des BGer 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, nicht publiziert in: BGE 140 V 220).

8.

Aufgrund des soeben Ausgeführten ist nachfolgend zu prüfen, ob die Vorinstanz den medizinischen Sachverhalt entsprechend der ihr gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG obliegenden Pflicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

9.

9.1 Es lagen der Vorinstanz hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeits(un)fähigkeiten der Beschwerdeführerin zuerst folgende medizinische Unterlagen vor:

9.1.1 Die Versicherte hielt sich vom 11. bis 20. Dezember 2019 stationär in der C. _____ Klinik in (...) auf. Im vorläufigen Entlassungsbrief vom 13. Dezember 2019 wurden hauptsächlich folgende Diagnosen gestellt: 1. mehrere Pankreasgangsteine im Korpus pancreaticus mit Zustand nach akuter Pankreatitis im Juli 2019, 2. einen Zustand nach Refluxösophagitis Grad 3 und 3. eine Hypothyreose, substituiert. Die Versicherte habe sich wegen zunehmenden epigastrischen Schmerzen vorgestellt, nachdem im Oktober und November 2019 keine Steinextraktion möglich gewesen sei. Während der ERCP (endoskopisch-retrograde Cholangio-Pankreatikographie) vom 13. Dezember 2019 sei eine Indikation zur ESWL-Therapie festgestellt worden, die am 17. und 19. Dezember 2019 durchgeführt worden sei. Die verbleibenden Konkremente hätten jedoch am 20. Dezember 2019 nicht extrahiert werden können und eine Wiederaufnahme einer ESWL mit Konkrementextraktion wurde im Januar 2020 vorgeschlagen (IV-Akt. 9).

9.1.2 Die Versicherte wurde somit vom 20. bis 25. Januar 2020 wieder in der C. _____ Klinik in (...) behandelt. Im Entlassungsbericht vom 3. Februar 2020 wurden als Diagnosen 1. eine chronisch-kalzifizierende Pankreatitis bei bekannter rezidivierender Pankreatikolithiasis, 2. ein Verdacht auf ein verkalktes Uterusmyom, 3. ein Zustand nach einer Refluxösophagitis Grad III und 4. eine Hypothyreose, substituiert, erwähnt. Am Aufnahmetag sei eine Endosonographie erfolgt, wobei sich weiterhin ein grosses lumenverlegenes Ductus-Wirsungianus-Konkrement gezeigt habe und es habe eine Indikation zur erneuten ESWL-Therapie bestanden, die am 22. Februar 2020 durchgeführt worden sei. Es sei im weiteren Verlauf zu einer Makrohämaturie gekommen, die sich jedoch spontan sistiert habe. Anschliessend sei am 23. Januar 2020 eine erfolgreiche ERCP durchgeführt worden mit Sondierung des DP, Ballondilatation, Konkrementextraktion und Stenteinlage. Es wurde in vier Monaten ein Stentwechsel und eine

Verlaufsevaluation empfohlen (IV-Akt. 10 S. 3 bis 5). Die Laborbefunde lagen bei (IV-Akt. 10 S. 6 f.).

9.1.3 Die Versicherte hielt sich vom 14. bis 16. Mai 2020 erneut in der C._____ Klinik in (...) zur Behandlung auf. Im Entlassungsbericht vom 14. Mai 2020 haben die Ärzte angeführt, dass die geplante ERCP am Aufnahme-tag mit einem Stentwechsel und Extraktion residueller Konkrement-anteile erfolgt sei. Eine Stententfernung in 4-6 Monaten wurde in Betracht gezogen (IV-Akt. 11).

9.1.4 Die Versicherte nahm vom 18. November bis zum 16. Dezember 2020 an einem Rehabilitationsprogramm in (...) teil. Im ärztlichen Entlassungsbericht vom 21. Dezember 2020, der zuhanden der Deutschen Rentenversicherung ausgestellt wurde, stellten die Ärzte als Diagnosen eine chronisch kalzifizierte Pankreatitis bei bekannter rezidivierender Pankreatikolithiasis mit exokriner Pankreasinsuffizienz sowie spezifische Phobien mit der Differentialdiagnose Agoraphobie. In der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erwähnten sie, dass die Tätigkeit als Bankkauffrau aus internistischer Sicht leidensgerecht sei und die Versicherte eine leichte bis mittelschwere berufliche Tätigkeit von mehr als 6 Stunden ausüben könne. Es würden aber Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit aufgrund der rezidivierenden Abdominalbeschwerden mit Übelkeit sowie der vorhandenen deutlichen Angstzustände und Phobien bestehen. Eine erneute gastroenterologische Untersuchung mit Kontrolle des Stents wurde empfohlen. Sollte diese Kontrolluntersuchung ohne pathologischen Befund sein, sei eher von einer psychosomatisch bedingten Beschwerdesymptomatik auszugehen und eine ambulante Psychotherapie, bei gleichzeitig vorhandenen Phobien, sei dringend empfehlenswert. Die Versicherte wurde weiterhin arbeitsunfähig aus der Rehabilitation entlassen (IV-Akt. 12).

9.1.5 Im Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung vom 14. März 2021 gab Dr. B._____, Facharzt für Innere Medizin, welcher die Versicherte seit 2017 behandelt und alle 14 Tage sehe, als Diagnosen Steine im Pankreasgang, ein Zustand nach sonstiger chronischer Pankreatitis sowie eine Anpassungsstörung an. Der psychotherapeutische Befund sei nicht vorliegend. Er informierte über Konzentrationsstörungen und gab mehrere Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an. Er bestätigte zudem das Bestehen einer Arbeitsunfähigkeit ab dem 4. Juli 2019. Seit Oktober 2020 sei eine Besserung eingetreten (IV-Akt. 13).

9.1.6 Die Versicherte wurde vom 22. bis 27. April 2021 wiederum in der C._____ Klinik in (...) behandelt. Im Entlassungsbericht vom 23. April 2021 haben die Ärzte neben den bekannten Diagnosen auch eine mässiggradige Antrumgastritis, ÖGD am 26. April 2021, erwähnt. Die Versicherte habe beim Eintritt Oberbauchbeschwerden sowie intermittierendes Erbrechen angegeben. Seit der Entlassung im November 2020 sei es immer wieder in Abständen von ca. zwei Wochen zu galligem Erbrechen gekommen, die meistens einen halben Tag anhielten. Seit einer Woche leide die Versicherte nun an permanenten Oberbauchbeschwerden. Zuletzt sei im November 2020 mittels einer ERCP der Stent gewechselt worden, zudem konnten Konkremente entfernt werden. Vier elektive Termine für einen Stent-Auslassversuch habe die Versicherte wegen Übelkeit absagen müssen. Am 24. April 2021 habe nun die Stentexplantation und ein Stentauslassversuch durchgeführt werden können. Es habe keine Hinweise auf relevante Konkremente gegeben. Bei rezidivierender Übelkeit mit Erbrechen sei ausserdem eine Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) durchgeführt worden, bei der zusammenfassend eine mässiggradige Antrumgastritis festgestellt worden sei. Eine prokinetische Therapie wurde vorgeschlagen und eine Wiedervorstellung bezüglich der Stentimplantation sei nur bei Beschwerden notwendig (IV-Akt. 14).

9.1.7 Ein Laborbericht vom 1. Juni 2021 sowie ein analysiertes EKG vom 26. Juni 2021 befanden sich ebenfalls im Dossier (IV-Akt. 15 und 16) und die D._____ Krankenkasse hat am 6. Oktober 2021 die verschiedenen Krankenhausbehandlungen der Versicherten von Oktober 2019 bis August 2021 angegeben. Dabei wurden neben den bereits erwähnten Behandlungen (vgl. oben E 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3 und 8.2.6) auch Krankenhausbehandlungen vom 15. bis 17. Oktober 2019, vom 5. bis 7. November 2020 sowie am 20. August 2021 aufgeführt (IV-Akt. 17).

9.1.8 Die Versicherte suchte am 7. Dezember 2021 Dr. E._____, Fachärztin für Gastroenterologie und Innere Medizin, wegen rezidivierender Übelkeit, kolikartigen Abdominalschmerzen und galliges Erbrechen auf. Die Ärztin erklärte in ihrem gleichentags verfassten Bericht, dass im August 2021 eine abdominelle Sonographie durchgeführt worden und der Befund unauffällig gewesen sei (IV-Akt. 30).

9.1.9 Die Versicherte wurde weiter an Dr. F._____, Gastroenterologe und Internist, überwiesen. Im Arztbericht vom 10. Juni 2022 beschrieb dieser Facharzt die bekannte Anamnese. Die Versicherte leide mindestens ein bis zweimal monatlich über mehrere Tage an akuten

Oberbauchschmerzen, Krämpfen unter der rechten Brust und galligem Erbrechen, zeitweise dann auch an diffusen Bauchschmerzen. In der Familie der Versicherten seien Gallensteinerkrankungen bekannt. Bei der Sonographie des Abdomens hat der Arzt mehrere Steine und auch Sludge in der Gallenblase festgestellt. Aktuell könnten typische Gallenkoliken vorliegen und eine Vorstellung bei einem Chirurgen sei geplant (IV-Akt. 43).

9.1.10 Im Dossier befanden sich noch ein radiologischer Bericht vom 11. Mai 2022 bezüglich des rechten Fusses nach Fraktur der Zehe D5 (IV-Akt. 45), die Laborbefunde vom 13. Juni 2022 (IV-Akt. 46), der Bericht vom 26. Juni 2022 der Dr. E. _____ über eine durchgeführte Vorsorgecolonoskopie (IV-Akt. 54) sowie eine ärztliche Verschreibung vom Juni 2022 für Kompressionsstrümpfe und ein Diuretikum (IV-Akt. 48).

9.1.11 Der Hausarzt, Dr. B. _____, hat der IVSTA seine gesamte interne medizinische Dokumentation über die Versicherte zugestellt, die sich über den Zeitraum seiner Behandlung vom 1. März 2017 bis zum 1. August 2022 erstreckt und über 43 Seiten lang ist. Diese Dokumentation enthält viele Informationen und Angaben zu den Beschwerden der Versicherten, den verschiedenen gestellten Diagnosen und Differentialdiagnosen, den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, den Laborbefunden, den erhaltenen medizinischen Dokumentationen usw. (IV-Akt. 55). So kann daraus insbesondere neben den bereits erwähnten Diagnosen und Behandlungen entnommen werden, dass ab dem 16. Januar 2018 ein chronisch-degeneratives LWS-Syndrom aufgeführt wurde (S. 36 der IV-Akt. 55) und dass seit Januar 2018 auch Bauchschmerzen erwähnt wurden (S. 36), dass am 20. April 2020 als Diagnose Schlafstörungen gestellt wurden (S. 19), dass ab dem 8. Januar 2021 und bis zuletzt, am 14. Juli 2022, als Diagnosen auch Angststörungen (S. 13, 10, 8, 6, 5, 4, 2 und 1; vgl. auch S. 24 [29. November 2019] und S. 11 [5. März 2021]) und am 8. Januar 2021 ein Verdacht auf Somatisierungsstörungen genannt wurden (S. 13), dass die Versicherte am 2. Februar 2021 zu einem Psychotherapeuten überwiesen wurde (S. 12), dass am 1. Juni 2021 als Diagnosen ein Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode und Anpassungsstörungen festgehalten wurden (S. 9) und dass am 15. Juni 2021 ein Befundbericht vom 26. Februar 2021 der Praxis für Psychotherapie eingereicht wurde (S. 9). Zudem hat der Hausarzt ab dem 9. bzw. 19. Juli 2019 fortlaufende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausgestellt (S. 29 ff.).

9.1.12 Die Versicherte befand sich vom 12. bis 18. August 2022 im Klinikum (...) zur stationären Behandlung wegen einer chronischen

Cholecystitis bei bekannter chronischer Pankreatitis. Im Entlassungsbrief vom 17. August 2022 wurde über die Cholezystektomie (Entfernung der Gallenblase) ohne laparoskopische Revision der Gallengänge informiert, die am 13. August 2022 durchgeführt wurde. Die stationäre Aufnahme der Versicherten sei mit rechtsseitigen Oberbauchschmerzen erfolgt. Intraoperativ sei eine Schwellung des Pankreaskopfes aufgefallen, weshalb eine Endosonographie des Pankreas und eine CT des Oberbauchs durchgeführt worden sei. Beides soll für eine chronische Pankreatitis ohne Hinweise auf ein Malignom sprechen. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet (IV-Akt. 60).

9.2 Nach dem Vorbescheid vom 12. September 2022 hat die Versicherte noch eine Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 23. September 2022, gültig bis zum 21. Oktober 2022 (IV-Akt. 67), sowie einen Befundbericht vom 28. September 2022 ihres Hausarztes, Dr. B._____, eingereicht (IV-Akt. 68). Dieser Arzt bescheinigte, dass seit dem 4. Juli 2019 eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit bestehe und dass die Versicherte auch nach der Steinentfernung und Erweiterung des Pankreasganges an rezidivierenden Oberbauchschmerzen mit Übelkeit und Erbrechen leide. Die 2022 erfolgte Cholezystektomie habe die Symptomatik auch nicht verbessern können. Zudem liege wegen des langen Krankheitsverlaufs eine Anpassungsstörung und eine depressive Episode vor, eine medikamentöse antidepressive Therapie sei erfolgt. Die psychotherapeutische Mitbehandlung habe auf Grund der somatischen Beschwerden teilweise ausgesetzt werden müssen. Der Arzt hat eine eingeschränkte körperliche und psychische Belastungsfähigkeit erwähnt, erhebliche Einschränkungen der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, sowie des Konzentrationsvermögens, eingeschränkte Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie eine für den angestammten Beruf der Versicherten notwendige Durchsetzungs- und Durchhaltefähigkeit, Kreativität und rhetorische Fähigkeit (IV-Akt. 68).

9.3 Im vorliegenden Beschwerdeverfahren legte die Versicherte noch einen Bericht vom 13. Dezember 2022 ihres Hausarztes vor, der identisch mit seinem letzten Bericht vom 28. September 2022 ist (BVGer-Akt. 1 Beilage 3). Sie reichte auch Bescheinigungen vom 2. und 23. Februar 2022 ihrer Krankenkassen ein, die bestätigen, dass die Versicherte während ihrer Mitgliedszeiten vom 4. Juli 2019 bis 31. Mai 2022 und vom 1. Juni 2022 bis zum 3. März 2023 arbeitsunfähig gewesen sei (BVGer-Akt. 11 Beilagen 1 und 2), sowie eine Fallübersicht einer (unbekannten) Versicherung, mit Stand vom 21. Februar 2023, die für die Zeit vom 4. Juli 2019 bis zum 19. Januar 2023 und vom 17. Februar 2023 bis zum 3. März 2023

verschiedene Diagnosen aufführte, darunter auch eine Angststörung (BVGer-Akt. 11 Beilage 4).

9.4 Im Dossier befanden sich hauptsächlich noch folgende Dokumente:

9.4.1 Der Bescheid vom 17. Januar 2022 der Deutschen Rentenversicherung, mit welchem der Rentenantrag der Versicherten abgewiesen wurde, weil die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt gewesen waren (IV-Akt. 21).

9.4.2 Der Fragebogen für den Arbeitgeber, der am 28. Februar 2022 von der G. _____ ausgefüllt und unterschrieben wurde und woraus hervorging, dass das Arbeitsverhältnis, das am 17. Juni 2019 begann, während der Probezeit auf den 31. Juli 2019 seitens des Arbeitgebers wegen verhaltensbedingten Einwänden gekündigt wurde. Die Versicherte sei vollzeitlich angestellt gewesen (IV-Akt. 27).

9.4.3 Der Fragebogen für die Versicherte vom 18. März 2022 und das erklärende Schreiben vom 12. März 2022 der Versicherten (IV-Akt. 31 und 32) sowie der Fragebogen für Selbständigerwerbende, den die Versicherte am 6. April 2022 unterschrieb (IV-Akt. 36), aus denen ersichtlich ist, dass die Versicherte ab März 2008 bis Dezember 2018 auf selbständiger Basis als Finanzberaterin zuerst für die H. _____, (...) und dann für die I. _____ tätig gewesen sei und dass sie ohne Gesundheitsbeeinträchtigung zu 100% arbeiten würde (vgl. auch Prüfungs- und Arbeitszeugnisse und Zertifikate sowie Lebenslauf; IV-Akt. 29 und 33).

9.4.4 Die Mitteilung vom 15. November 2022 der CNAP Luxemburg, welche der Versicherten einen Anspruch auf eine Invalidenrente ab dem 8. Januar 2021 zusprach (BVGer-Akt. 1 Beilage 2).

10.

10.1 Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin stützte sich die Vorinstanz auf die Stellungnahmen seines ärztlichen Dienstes. Dieser wurde mehrmals zur Würdigung der zusammengetragenen medizinischen Dokumentation eingeladen (vgl. ärztliche Stellungnahmen vom 9. Mai, 19. August und 6. September 2022 des Dr. J. _____ [IV-Akt. 39, 58 und 62] und Stellungnahme vom 16. November 2022 des Dr. K. _____ [IV-Akt. 71]).

10.2

10.2.1 Dr. J. _____ des medizinischen Dienstes der IVSTA, Facharzt für Innere Medizin, hat nach Würdigung der vorliegenden Dokumentation am 6. September 2022 (IV-Akt. 62) folgende Diagnosen festgehalten:

Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- chronisch kalzifizierte Pankreatitis bei rezidivierender Pankreatikolithiasis (ICD-10-Code K86.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Hypothyreose
- Gastritis
- Verdacht auf ein Uterusmyom
- Angststörung
- degeneratives LWS-Syndrom
- Zuckerintoleranz
- Status nach einer Cholezystektomie.

Der IVSTA-Arzt bestätigte das Bestehen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit vom 4. Juli 2019 bis zum 26. Januar 2020, d.h. bis nach dem Ende des Spitalaufenthalts der Versicherten, die sich vom 20. bis 25. Januar 2020 in der C. _____ Klinik in (...) aufhielt und während welchem Steine des Wirsung-Ganges erfolgreich entfernt und ein Stent eingesetzt worden sind (vgl. oben E. 9.1.2). Der IVSTA-Arzt bedachte weiter, dass der Stent später – d.h. am 24. April 2021 (vgl. oben E. 9.1.6) – wieder entfernt werden konnte (IV-Akt. 39, 58 und 62). Während Dr. J. _____ zuerst beantragte, zusätzliche Angaben über das psychiatrische Leiden der Versicherten zu erhalten, um eine langfristige, invalidierende psychiatrische Beeinträchtigung ausschliessen zu können (IV-Akt. 39 und 58), führte er schliesslich aus, dass die vorhandenen medizinischen Unterlagen nach dem 16. Dezember 2020 – als der Rehabilitationsaufenthalt endete (vgl. oben E. 9.1.4) – und insbesondere im Entlassungsbericht vom 23. April 2021 der C. _____ Klinik (...) (vgl. oben E. 9.1.6) kein psychisches Leiden mehr erwähnt hätten. Aus psychiatrischer Sicht habe somit lediglich Ende 2020 eine kurzfristige Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-Akt. 39, 58 und 62). Des Weiteren sei die Cholezystektomie während des Spitalaufenthalts vom 12. bis 18. August 2022 erfolgreich durchgeführt und ein Pankreaskarzinom ausgeschlossen worden (vgl. oben E. 9.1.12). Aufgrund der Cholezystektomie habe deshalb im Jahr 2022 nur eine kurze Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (IV-Akt. 62).

10.2.2 Dr. K. _____ des medizinischen Dienstes der Vorinstanz, Facharzt für Innere Medizin, hat am 16. November 2022 die neuen Dokumente gewürdigt, welche die Versicherte mit ihrer Einsprache zum Vorbescheid eingereicht hatte, d.h. die Folgearbeitsunfähigkeitsbescheinigung vom 23. September 2022 und den Befundbericht vom 28. September 2022 des Dr. B. _____, Hausarzt der Versicherten (vgl. oben E. 9.2). Er führte dazu aus, dass die vom Hausarzt erwähnten depressiven Störungen bereits vom medizinischen Dienst gewürdigt worden seien und dass diese nicht zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit geführt haben. Es sei zudem merkwürdig, eine Anpassungsstörung mit einer depressiven Störung in Verbindung zu bringen, zumal erstere in der Regel nicht arbeitsunfähig mache. Weiter habe der Hausarzt weder einen Befund noch eine Behandlung oder fachärztliche Betreuung erwähnt und die kognitiven Einschränkungen seien nicht dokumentiert worden. Zu den erwähnten Verdauungsstörungen (Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen) führte der IVSTA-Arzt aus, dass diese bereits von einem Facharzt im Zusammenhang mit einer Antrumgastritis erwähnt worden seien und eine Behandlung mit Prokinetika vorgeschlagen wurde. Dr. K. _____ kam zum Schluss, dass die neue Dokumentation nicht begründet sei und keine neuen wesentlichen Erkenntnisse über den bereits bekannten Gesundheitszustand der Versicherten liefere (IV-Akt. 71).

10.3

10.3.1 Es muss nachfolgend geprüft werden, ob diese Einschätzungen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz beweiskräftig sind. Die Ärzte dieses Dienstes haben die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen.

10.3.2 Nach der Rechtsprechung ist es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden.

Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) oder – wie vorliegend – des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer

9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil des BGer 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). Sie haben die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1).

An die Beweiswürdigung solcher Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA sind jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465; 122 V 157 E. 1d).

10.3.3 Wie nachfolgend dargelegt wird, genügen die Abklärungen des Sachverhalts und die Beurteilungen des medizinischen Dienstes der IVSTA diesen Beweisanforderungen der Rechtsprechung nicht.

Tatsächlich waren die Unterlagen, auf die sich die IVSTA-Ärzte stützten, äusserst lückenhaft. In somatischer Hinsicht befinden sich zwar mehrere Berichte von Fachärzten im Dossier, die zu den Beschwerden der Versicherten aus gastroenterologischer Sicht Stellung nahmen (vgl. E. 9.1.1 bis 9.1.3, 9.1.6, 9.1.8, 9.1.9, 9.1.12). Diese Berichte wurden jedoch lediglich in Bezug auf die Behandlung der Leiden verfasst und enthalten keine einzigen Angaben über allfällige Einschränkungen und Arbeitsunfähigkeiten der Versicherten. Sie sind deshalb aus invalidenrechtlicher Sicht ungenügend und nicht beweistauglich. Die IVSTA-Ärzte haben es sodann auch versäumt, zu der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit der Versicherten seit dem 4. Juli 2019 ausdrücklich Stellung zu nehmen und haben weder den Reha-Entlassungsbericht vom 21. Dezember 2020, wonach die Versicherte weiterhin arbeitsunfähig entlassen wurde (E. 9.1.4), noch die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen des Hausarztes, Dr. B. _____, gewürdigt (E. 9.1.5, 9.2 und 9.3). Der Reha-Entlassungsbericht hat aber Einschränkungen der

körperlichen Belastbarkeit aufgrund der rezidivierenden Abdominalbeschwerden mit Übelkeit erwähnt, die von den Fachärzten auch später, am 23. April 2021, 7. Dezember 2021, 10. Juni 2022 und 17. August 2022, konstant angeführt worden sind (E. 9.1.6, 9.1.8, 9.1.9 und 9.1.12). So leide die Versicherte ca. alle zwei Wochen bzw. mindestens ein- bis zweimal monatlich an akuten Oberbauchschmerzen, die mehrere Tage bestünden, sowie an Krämpfen, Übelkeit und galligem Erbrechen, welche mindestens einen halben Tag anhielten (E. 9.1.6 und 9.1.9). Der Hausarzt hat in seinen (identischen) Berichten vom 28. September und 13. Dezember 2022 erklärt, dass sich diese Symptomatik mit der – am 13. August 2022 erfolgten – Cholezystektomie nicht verbessert habe (E. 9.2 und 9.3). Bei dieser Sachlage kann die von den IVSTA-Ärzten festgelegte, befristete Arbeitsunfähigkeit vom 4. Juli 2019 bis zum 26. Januar 2020 nicht nachvollziehbar mit der Tatsache erklärt werden, dass die Steinextraktion und Stenteinlage – noch vor der Reha vom 18. November bis zum 16. Dezember 2020 – während des Spitalsaufenthalts vom 20. bis 25. Januar 2020 erfolgreich durchgeführt worden ist und auch die Entfernung der Gallenblase am 13. August 2022 erfolgreich war und zudem kein Pankreaskarzinom vorlag.

Der Reha-Entlassungsbericht hat als Einschränkungen weiter auch deutliche Angstzustände und Phobien angeführt. Ausserdem erwähnte er, dass wenn die gastroenterologische Untersuchung ohne pathologischen Befund sein sollte, eher von einer psychosomatisch bedingten Beschwerdesymptomatik auszugehen sei. Auch der Hausarzt hat psychische Beschwerden, wegen des langen Krankheitsverlaufs, erwähnt, so eine Anpassungsstörung, Schlafstörungen, ein Verdacht auf Somatisierungsstörungen und eine mittelgradige depressive Episode. Nach der Reha sei die Versicherte am 2. Februar 2021 einem Psychotherapeuten überwiesen worden (vgl. E. 9.1.11), es sei eine medikamentöse und antidepressive Therapie erfolgt (E. 9.2 und 9.3) und am 15. Juni 2021 sei ein Befundbericht vom 26. Februar 2021 der Praxis für Psychotherapie eingereicht worden (vgl. E. 9.1.11). Nichtsdestotrotz hat die Vorinstanz offensichtlich darauf verzichtet, beweiskräftige medizinische Berichte über den psychischen Gesundheitszustand der Versicherten zu erhalten, obwohl Dr. J. _____ die Einholung solcher Unterlagen am 9. Mai und 19. August 2022 beantragt hatte (10.2.1). In dieser Situation sind die medizinischen Unterlagen, auf welche sich die Vorinstanz basierte, auch in psychiatrischer Hinsicht vollkommen lückenhaft. Aus der Tatsache, dass die Gastroenterologen in ihren Berichten kein psychisches Leiden erwähnt haben, kann das Vorliegen solcher Beschwerden nicht beweiskräftig ausgeschlossen werden. Unbestrittenermassen verfügen die Gastroenterologen nicht über die fachliche Qualifikation, um

sich zu allfälligen psychischen Beschwerden der Versicherten rechtserheblich äussern zu können. Zudem haben sich ihre Berichte lediglich auf die Behandlung der somatischen Leiden bezogen. Das Gericht kann somit den Ausführungen und Schlussfolgerungen des medizinischen Dienstes der Vorinstanz nicht folgen.

Das Gericht kann sich jedoch auch nicht ausschliesslich auf die interne Dokumentation und die Berichte des Dr. B. _____ (vgl. E. 9.1.5, 9.1.11, 9.2 und 9.3) stützen, welcher der Versicherten ab dem 4. Juli 2019 eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit bescheinigte und verschiedene körperliche und psychische Einschränkungen erwähnte, so eine erhebliche Einschränkung der Belastungsfähigkeit, der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit, des Konzentrationsvermögens, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie eine für die angestammten Beruf der Versicherten notwendige Durchsetzung- und Durchhaltefähigkeit, Kreativität und rhetorische Fähigkeit (E. 9.1.5, 9.2 und 9.3). Auch seine Dokumente erlauben keine vollständige und rechtsgenügende Darstellung und Beurteilung des relevanten medizinischen Sachverhalts. Gemäss der Rechtsprechung (vgl. Urteile des BGer 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc; 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 mit Hinweisen) kommt eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (z.B. Hausärzte oder Spezialärzte) im Beschwerdeverfahren kaum in Frage, zumal deren Berichte in der Regel nicht die materiellen Anforderungen an ein Gutachten erfüllen. So verfügt auch Dr. B. _____ einerseits nicht über die notwendigen fachspezifischen Qualifikationen, um zu den gastroenterologischen und psychischen Beschwerden der Versicherten, die er angegeben hatte, beweistauglich Stellung nehmen zu können. Seine Schlussfolgerungen sind andererseits mangels ausführlicher Begründungen auch nicht nachvollziehbar, was Dr. K. _____ der IVSTA zu Recht festgestellt hat. In Bezug auf die psychischen Beschwerden erfolgte schliesslich unbestrittenermassen keine systematisierte Indikatorenprüfung gemäss dem strukturierten Beweisverfahren der Rechtsprechung (vgl. dazu oben E. 7.2), die es gegebenenfalls erlauben würde, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der Versicherten einzuschätzen. Weiter ist gemäss Rechtsprechung zu beachten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Bei der Würdigung ihrer Berichte hat das Gericht sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag wie auch der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall

eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung zu tragen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

10.3.4 Insgesamt war somit die Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die Vorinstanz vollkommen ungenügend. Die eingeholten Arztberichte erlauben es nicht, ein schlüssiges und nachvollziehbares Bild der geklagten Leiden der Versicherten zu machen und sie bilden keine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeiten der Beschwerdeführerin während des massgebenden Zeitraums bis zur Verfügung vom 18. November 2022. Die Ärzte des medizinischen Dienstes bzw. die Vorinstanz wären aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes verpflichtet gewesen, weitere Abklärungen aus somatischer und psychiatrischer Sicht vorzunehmen. In Anbetracht der Beschwerden der Versicherten hätte sich zudem eine interdisziplinäre Begutachtung ihrer Arbeitsfähigkeit aufgedrängt. Enthalten die Akten für die streitigen Belange wie vorliegend keine beweistauglichen Unterlagen, kann die Stellungnahme der versicherungsinternen Fachpersonen in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

11.

Die Versicherte muss noch auf ihre Pflicht zur Selbsteingliederung hingewiesen werden, die im Sozialversicherungsrecht gilt: Bevor die versicherte Person Leistungen der Invalidenversicherung verlangt, hat sie aufgrund der Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn die versicherte Person selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Für die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs der zumutbaren Tätigkeit sind die gesamten subjektiven und objektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen. Im Vordergrund stehen bei den subjektiven Umständen die verbliebene Leistungsfähigkeit sowie die weiteren persönlichen Verhältnisse wie Alter, berufliche Stellung, Verwurzelung am Wohnort etc. Bei den objektiven Umständen sind insbesondere der ausgeglichene Arbeitsmarkt und die noch zu erwartende Aktivitätsdauer massgeblich (vgl. dazu Urteile des BGer 9C_621/2017 vom 11. Januar 2018 E. 2.2.1; 9C_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 4.3.1 mit Hinweisen; SVR 2010 IV Nr. 11 [9C_236/2009] E. 4.1 und 4.3).

12.

12.1 Die angefochtene Verfügung ist gestützt auf eine unvollständige Sachverhaltsabklärung ergangen, weshalb die Sache in Anwendung von Art. 61 Abs. 1 VwVG zur Vornahme der notwendigen medizinischen Abklärungen und hernach neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Diese Rückweisung an die Vorinstanz erfolgt in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher eine Rückweisung an die IV-Stelle insbesondere im Falle einer notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage möglich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1; 137 V 210 E. 4.4.1.4), was vorliegend der Fall ist, da die Vorinstanz weder die somatischen noch die psychischen Beschwerden der Versicherten rechtsgenüglich abgeklärt hat.

12.2 Die Vorinstanz wird angewiesen, die medizinischen Akten zu aktualisieren und zu vervollständigen – so hat sie insbesondere den Befundbericht vom 26. Februar 2021 der Praxis für Psychotherapie, welcher vom Hausarzt erwähnt wurde (vgl. E. 9.1.11), einzufordern – und dann eine interdisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin zu veranlassen. Mit Blick auf die im Raum stehenden Befunde und Diagnosen erscheinen Expertisen in den Fachbereichen Innere Medizin, Gastroenterologie und Psychiatrie (letztere insbesondere unter Berücksichtigung der Standardindikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung [BGE 143 V 418; 143 V 409; 141 V 281]) erforderlich. Ob neben den genannten Fachdisziplinen auch noch weitere Spezialisten beizuziehen sind, ist dem pflichtgemässen Ermessen der Gutachter zu überlassen, zumal es primär ihre Aufgabe ist, aufgrund der konkreten Fragestellung über die erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3; Urteil des BGer 9C_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 4.4).

Obwohl die Beschwerdeführerin eine Begutachtung in der Nähe ihres Wohnortes wünscht (BVGer-Akt. 11), hat die interdisziplinäre Begutachtung in der Schweiz zu erfolgen, da die Abklärungsstelle mit den Grundsätzen der schweizerischen Versicherungsmedizin vertraut sein muss (Art. 7m der Verordnung vom 11. September 2002 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSV; SR 830.11]; vgl. auch Urteil des BGer 9C_235/2013 vom 10. September 2013 E. 3.2; statt vieler Urteil des BVGer C-3864/2017 vom 11. März 2019 E. 7.5 mit weiteren Hinweisen). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, welche eine Begutachtung in der Schweiz als unverhältnismässig erscheinen lassen. Die von der Versicherten behauptete Reiseunfähigkeit ist weder begründet noch belegt. Im

Weiteren ist die Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip gemäss Zuweisungssystem «SuisseMED@P» zu ermitteln (Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG i.V.m. Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 139 V 349 E. 5.2.1) und der Beschwerdeführerin sind die ihr zustehenden Mitwirkungsrechte einzuräumen (vgl. insb. Art. 44 Abs. 2 und 3 ATSG).

13.

Es bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden.

13.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten grundsätzlich der unterliegenden Partei auferlegt werden. Die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 146 V 28 E. 7; 141 V 281 E. 11.1; Urteil des BGer 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 7.1). Der obsiegenden Beschwerdeführerin sind deshalb keine Verfahrenskosten aufzuerlegen und der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.– ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten. Die Vorinstanz als Bundesbehörde hat ebenfalls keine Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Es werden somit keine Verfahrenskosten erhoben.

13.2 Der obsiegenden Beschwerdeführerin, die nicht anwaltlich vertreten ist, sind keine unverhältnismässig hohen Kosten entstanden. Es ist ihr infolgedessen keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG i.V.m. Art. 7 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die Verfügung vom 18. November 2022 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie den medizinischen Sachverhalt im Sinne der Erwägungen weiter abkläre und anschliessend neu verfüge.

2.

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

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV).

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Christoph Rohrer

Barbara Scherer

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Luzern, Schweiz Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden, sofern die Voraussetzungen gemäss Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; 173.110) gegeben sind. Die Frist ist gewahrt, wenn die Beschwerde spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben worden ist (Art. 48 Abs. 1 BGG). Die Rechtschrift 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: