Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administrativ federal

Entscheid angefochten beim BGer

Abteilung III
C-121/2021

Urteil vom 23. Juni 2025

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richterin Caroline Gehring,
Richter Philipp Egli,
Gerichtsschreiberin Fiona Schneider.

Parteien

A._____, (Portugal),
vertreten durch Tania Teixeira, Rechtsanwältin,
Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Revision 6a,
Verfügung der IVSTA vom 20. November 2020.

Sachverhalt:

A.

A.a Die am (…) 1962 geborene portugiesische Staatsangehörige A._____ (*nachfolgend:* Versicherte oder Beschwerdeführerin) war zwischen 1994 und 1996 als Hotelangestellte (Zimmerreinigung) in der Schweiz erwerbstätig und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; vgl. Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland [IVSTA-act.] 2).

A.b Mit Formular vom 4. September 1996 meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons B._____ zum Leistungsbezug an (IVSTA-act. 11). Mit Verfügung vom 26. März 1999 (IVSTA-act. 8 S. 18) sprach ihr die IV-Stelle B._____ gestützt auf ein MEDAS-Gutachten vom 11. Dezember 1998 (IVSTA-act. 9), welches als relevante Diagnosen gemischte Konversionsstörungen bei Status nach rezidivierender iliako-femoro-kruraler Phlebothrombose und eine histrionische Persönlichkeitsstörung festgestellt hatte, eine ganze Invalidenrente, eine Zusatzrente für den Ehegatten und eine Kinderrente mit Wirkung ab 1. Juli 1997 zu. Ein Gesuch um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung wurde mit Verfügung vom 28. Mai 2002 abgelehnt (IVSTA-act. 5 S. 1).

A.c Per Juli 2003 verlegte die Versicherte ihren Wohnsitz nach Portugal. Am 7. September 2007 leitete die nun zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland (*nachfolgend:* IVSTA oder Vorinstanz) eine Revision von Amtes wegen ein, in deren Folge die Rente der Versicherten mit Verfügung vom 13. Januar 2009 per 1. März 2009 aufgehoben wurde (IVSTA-act. 54). Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde ans Bundesverwaltungsgericht wurde mit Urteil C-976/2009 vom 28. September 2009 gutgeheissen und der Fall zwecks Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückgewiesen.

A.d Im Rahmen der nachfolgenden Abklärungen wurde der Versicherten gestützt auf ein weiteres MEDAS-Gutachten vom 16. September 2010 (IVSTA-act. 113) mit Verfügung vom 12. April 2011 zufolge eines unveränderten Gesundheitszustandes weiterhin eine ganze Invalidenrente zugesprochen (IVSTA-act. 130).

B.

B.a Nach Inkrafttreten des ersten Teils der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 gab die Vorinstanz am 23. April 2012 (IVSTA-act. 138) eine weitere medizinische Begutachtung der Versicherten in Auftrag und hob in der Folge gestützt auf drei medizinische Expertisen vom 15. August sowie 4. und 11. September 2012 (IVSTA-act. 165/166/167) die Rente der Versicherten mit Verfügung vom 18. Juli 2013 per 31. August 2013 auf (IVSTA-act. 193). Einer gegen die Verfügung gerichteten Beschwerde wurde die aufschiebende Wirkung entzogen. Die Versicherte focht diese Verfügung mit Beschwerde vom 3. September 2013 beim Bundesverwaltungsgericht an (IVSTA-act. 199). Mit Urteil B-4933/2013 vom 18. April 2016 hiess das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde aufgrund der im Juni 2015 begründeten bundesgerichtlichen Indikatorenrechtsprechung gut und wies die Angelegenheit zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen an die Vorinstanz zurück.

B.b Mit Eingabe vom 4. Dezember 2015 teilte die Rechtsvertreterin der Versicherten der IVSTA mit, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten verschlechtert habe, weshalb eine entsprechende Neuanmeldung vorgenommen werde. Dazu reichte sie verschiedene medizinische Unterlagen ein (IVSTA-act. 205).

B.c Am 24. August 2016 gab die IVSTA ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag (IVSTA-act. 240), welches am 21. Mai 2017 erstattet wurde (IVSTA-act. 320).

B.d Am 29. Mai 2018 kontaktierte die IVSTA die Rechtsvertreterin der Versicherten zwecks Abklärung von Wiedereingliederungsmassnahmen in der Schweiz (IVSTA-act. 339/340). Die Rechtsvertreterin nahm mit Schreiben vom 24. Juli 2018 zur geplanten Durchführung eines entsprechenden Gesprächs Stellung und reichte verschiedene Arztberichte ein (IVSTA-act. 342/347/351). Nach Prüfung der eingereichten Unterlagen verneinte die IVSTA mit unangefochten gebliebener Zwischenverfügung vom 8. Februar 2019 eine relevante Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands der Versicherten sowie eine Reiseunfähigkeit und hielt an der Durchführung des geplanten Gesprächs fest (IVSTA-act. 357). Das Eingliederungsgespräch wurde in der Folge auf den 10. Oktober 2019 festgelegt. Die Versicherte trat den hierfür organisierten Flug in die Schweiz jedoch nicht an (IVSTA-act. 404/405/407).

B.e Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IVSTA-act. 437) bestätigte die IVSTA mit Verfügung vom 20. November 2020 die Aufhebung der Invalidenrente per 31. August 2013 (IVSTA-act. 447).

C.

C.a Diese Verfügung focht die Versicherte mit Beschwerde vom 11. Januar 2021 beim Bundesverwaltungsgericht an und beantragte, ihr sei weiterhin, d.h. rückwirkend seit dem 1. September 2013, eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zur Vornahme von Eingliederungsmassnahmen zurückzuweisen, dies unter der Weiterausrichtung der bisherigen ganzen Invalidenrente rückwirkend seit dem 1. September 2013 sowie im Sinne von Bst. a Abs. 2 und 3 SchlBest. IVG (Akten des Bundesverwaltungsgerichts [BVGer-act] 1).

C.b Die Vorinstanz beantragte mit Vernehmlassung vom 17. Februar 2021 die Abweisung der Beschwerde und reichte die Vorakten, zwei Stellungnahmen des medizinischen Dienstes zur Frage der pneumologischen Situation sowie einen Einkommensvergleich ein (BVGer-act. 6).

C.c Mit Zwischenverfügung vom 4. März 2021 (BVGer-act. 8) wurde der Beschwerdeführerin die mit Gesuch vom 19. Februar 2021 (BVGer-act. 7) beantragte unentgeltliche Rechtspflege gewährt. Am 16. Mai 2022 ging die detaillierte Honorarnote der Rechtsvertreterin beim Bundesverwaltungsgericht ein (BVGer-act. 17).

C.d Nach gewährter Fristverlängerung reichte die Rechtsvertreterin ihre Replik vom 19. Mai 2021 ein und hielt an den gestellten Anträgen fest (BVGer-act. 12).

C.e Mit Duplik vom 9. Juni 2021 nahm die Vorinstanz unter Festhalten an ihrem Abweisungsantrag nochmals Stellung (BVGer-act. 15).

C.f Der Schriftenwechsel wurde mit Instruktionsverfügung vom 16. Juni 2021 geschlossen (BVGer-act. 16).

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. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom 18. Dezember 2020 bis 2. Januar 2021 (vgl. Art. 38 Abs. 4 Bst. c ATSG) frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

2.
Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 20. November 2020, mit welcher die Vorinstanz die Aufhebung der ganzen Invalidenrente der Beschwerdeführerin per 31. August 2013 und damit ihre diesbezügliche Verfügung vom 18. Juli 2013 bestätigt hat. Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Rentenrevision auf der Grundlage von Bst. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket [AS 2011 5659]; *nachfolgend:* SchlBest. IVG).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin besitzt die portugiesische Staatsbürgerschaft und wohnt in Portugal, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA; SR 0.142.112.681), insbesondere dessen Anhang II betreffend die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, anzuwenden ist (Art. 80*a* IVG). Gemäss Art. 1 Abs. 1 in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs in der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Fassung (vgl. den Beschluss Nr. 1/2012 des Gemischten Ausschusses vom 31. März 2012 zur Ersetzung des Anhangs II dieses Abkommens über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit [AS 2012 2345]) wenden die Vertragsparteien untereinander namentlich – unter Vorbehalt vorliegend nicht relevanter

Anpassungen – die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1; geändert durch die Verordnung [EG] Nr. 988/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 [ABl. L 284 S. 43]) sowie die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.11) an.

3.2 Im Rahmen des FZA ist auch die Schweiz als «Mitgliedstaat» im Sinne der erwähnten Koordinierungsverordnungen zu betrachten (vgl. Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA in der früher geltenden und in der am 1. April 2012 in Kraft getretenen Fassung). Fallen Personen in den persönlichen Anwendungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (vgl. Art. 2 Abs. 1 der Verordnung), haben sie nach Art. 4 der Verordnung auf Grund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats die gleichen Rechte und Pflichten wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Entsprechendes galt nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71. Soweit das FZA beziehungsweise die auf dieser Grundlage anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte keine abweichenden Bestimmungen vorsehen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens sowie die Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen einer schweizerischen Invalidenrente damit grundsätzlich nach der innerstaatlichen Rechtsordnung (BGE 130 V 257 E. 2.4). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität, die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4), insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11).

3.3 Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG und des ATSG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2020 5535; Botschaft des Bundesrates vom 15. Februar 2017 [BBl 2017 2535]) sowie die Änderungen der IVV vom 3. November 2021 (AS 2021 706) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der genannten Änderungen datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen zu prüfen (vgl. insbesondere auch Bst. c

der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705; BBl 2017 2535]).

3.4 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 20. November 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; 130 V 445 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_136/2017 vom 7. August 2017 E. 3). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1; 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

3.5 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. 43 Abs. 3 ATSG; 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 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).

4.2 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).

4.3 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 [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]). 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).

4.4 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 (vgl. Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017vom 22. November 2017 E. 3.1 m.H.).

4.5 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).

4.6 Gemäss Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG

nicht erfüllt sind. Sie findet laut Bst. a Abs. 4 SchlBest. IVG keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen. Bst. a Abs. 3 SchlBest. IVG sieht vor, dass bei Durchführung von Massnahmen nach Art. 8a IVG die Rente bis zum Abschluss dieser Massnahmen weiter ausgerichtet wird, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung.

4.7 Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt in der Regel auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV). Massgeblich ist jene Verwaltungsverfügung, mit welcher die Herabsetzung oder Aufhebung erstmals verfügt wurde. Muss infolge eines Rückweisungsentscheides eine neue Verfügung erlassen werden, kann damit die ursprüngliche Rentenherabsetzung resp. -aufhebung (samt Wirkungszeitpunkt) rückwirkend bestätigt werden (Urteil des BGer 9C_540/2020 vom 18. Februar 2021 E. 4.6.2 m.H.).

4.8 Vorliegend hob die Vorinstanz in Anwendung von Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG die Rente der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 18. Juli 2013 per 31. August 2013 auf. Das Bundesverwaltungsgericht kam in der Folge mit Urteil B-4933/2013 vom 18. April 2016 zum Schluss, dass die Voraussetzungen für eine Rentenüberprüfung gemäss Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG gegeben sind (E. 5.8), nachdem die entsprechenden medizinischen Voraussetzungen erfüllt waren und die Beschwerdeführerin, welche ab dem 1. Juli 1997 eine Invalidenrente bezog, zum Zeitpunkt der Einleitung des Rentenüberprüfungsverfahrens Anfang 2012 noch nicht während 15 Jahren berentet gewesen war (vgl. oben B.a; siehe auch Bst. a Abs. 4 SchlBst. IVG). Dies wird von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht infrage gestellt. Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ab 1. September 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist.

5.

5.1 Mit Urteil B-4933/2013 vom 18. April 2016 wurde die Vorinstanz angewiesen, eine neue Begutachtung zu veranlassen, in deren Rahmen die Gutachterinnen bzw. Gutachter anhand der Indikatoren zu berücksichtigen hatten, welche Auswirkungen die Leiden auf die Arbeits- und Alltagsfunktionen der Beschwerdeführerin haben. Bereits bei der Diagnosestellung war dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Diagnose der anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung einen gewissen Schweregrad voraussetzt. Einzubeziehen waren zudem die Ressourcen, welche die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin begünstigen könnten. Entscheidend und abzuklären war weiter, ob die geltend gemachten Einschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit, Haushalt und Freizeit) gleichermassen auftreten und ob sich der Leidensdruck in der Inanspruchnahme allfälliger therapeutischer Möglichkeiten zeigt (E. 7).

5.2 Die Vorinstanz ist diesen Anweisungen mit der Einholung eines weiteren bidisziplinären medizinischen Gutachtens bei Dr. med. C._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, sowie bei Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nachgekommen. In ihrem am 21. Mai 2017 erstatteten Gutachten kommen die beiden Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin unter keinen rheumatologischen und internistisch-somatischen Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit leide. Jedoch lägen eine schwere Persönlichkeitsstörung, eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode und eine anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, jedoch auch eine Tendenz zur Aggravation vor. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % in angestammter sowie in einer Verweistätigkeit (vgl. IVSTA-act. 320, S. 31 f./46/63 f.).

5.3 In ihrer Verfügung vom 20. November 2020 hält die Vorinstanz fest, dass dem bidisziplinäre Gutachten vom 21. Mai 2017 volle Beweiskraft zukomme und die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen sowie in der angepassten Tätigkeit nicht anspruchserhebliche 30 % betrage. Die seit der Begutachtung eingereichten medizinischen Unterlagen würden keine gesundheitliche Verschlechterung belegen (BVGer-act. 1 Beilage 4).

5.4 Die Beschwerdeführerin macht hingegen eine vollumfängliche Erwerbsunfähigkeit gelten. Das Gutachten sei widersprüchlich, da es eine schwere Persönlichkeitsstörung, eine depressive Störung (mittelgradige Episode) sowie eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziere, jedoch von einer Leistungsfähigkeit von 70 % ausgehe. Die Gutachter hätten zudem die angeblich zumutbare Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar begründet. Seit der Begutachtung im Mai 2017 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zudem deutlich verschlechtert. Sie sei seither mehrfach stationär behandelt worden, unter anderem auch wegen akuter Suizidalität. Sie leide gemäss Berichten ihres behandelnden Psychiaters unter einer schweren depressiven Episode ohne Remission.

Ferner bestünden Angstzustände sowie Gleichgewichtsstörungen mit häufigen Stürzen. Die Beschwerdeführerin werde mit verschiedenen Antidepressiva medikamentös behandelt. Das Gutachten lasse komplett ausser Acht, dass sie infolge tiefer Beinvenenthrombosen wiederholt unter Lungenembolien gelitten habe. Zudem habe sie im Dezember 2018 erneut einen kompletten sowie schwerwiegenden Lungenverschluss erlitten. Sie stehe deswegen unter permanenter medizinischer Beobachtung sowie medikamentöser Behandlung. Das Gutachten sei demnach in pneumologischer Hinsicht unvollständig, die entsprechenden Arztberichte zur Lungenthematik seien nicht unter den Akten im Gutachten aufgeführt. Der medizinische Sachverhalt erweise sich deshalb als nicht rechtsgenüglich abgeklärt. Die Ausführungen im Gutachten zur Malcompliance würden nicht überzeugen, nachdem die Beschwerdeführerin von ihrer Begleitperson für die Exploration frisch gemacht worden und ihr Verhalten laut Gutachter auf ihre histrionische Persönlichkeitsstörung zurückzuführen sei. Ausserdem sei einzig bei vollständigem Fehlen einer angeblich eingenommenen Substanz klar, dass sie nicht eingenommen wurde (vgl. BVGer-act. 1). Im Weiteren sei den Stellungnahmen des medizinischen Dienstes vom 28. Januar bzw. 9. Februar 2021 keinerlei Beweiswert beizumessen, nachdem die zuständige Ärztin die pneumologische Situation als unklar bezeichne, aber dennoch zum Schluss gelange, dass diese wegen der Staubexposition und der Exposition von Reinigungsmitteln sowie wegen der körperlichen Anstrengung zu einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Zimmermädchen führe. Zudem habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Erstellung des Gutachtens massgeblich verschlechtert (BVGer-act. 1, 12).

5.5 In ihrer Vernehmlassung hält die Vorinstanz grundsätzlich an ihrer Begründung in der Verfügung vom 20. November 2020 fest, führt jedoch ergänzend aus, dass aufgrund der beiden eingeholten Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 28. Januar und 9. Februar 2021 aus pneumologischer Sicht wegen einer gesundheitlichen Verschlechterung ab März 2015 bzw. der zu diesem Zeitpunkt begonnene Inhalationstherapie in der angestammten Tätigkeit als Zimmermädchen von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (BVGer-act. 6).

6.

Im rheumatologischen Teilgutachten des bidisziplinären Gutachtens vom 21. Mai 2017 (IVSTA-act. 320 S. 2-37) kommt der Gutachter zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin keine rheumatologischen und internistisch-somatischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

gestellt werden könnten (S. 31). Die von der Beschwerdeführerin subjektiv wahrgenommenen Schmerzen seien keinem strukturellen Korrelat zuzuordnen. Eine Symptomverdeutlichung könne objektiviert werden, ebenso diskrepante Befunde bei aktiver und passiver Untersuchung sowie in unbeobachtetem Zustand (S. 33). Erlittene Lungenembolien seien nicht objektivierbar (S. 11). Als rheumatologische Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden insbesondere ein leichtes postthrombotisches Syndrom (ICD-10: 187.00) sowie eine Fibromyalgie (ICD-10: M79.7) genannt. Eine zugrunde liegende somatische Erkrankung könne nicht eruiert werden. Aus somatischer Sicht liege eine noch gut erhaltene Funktionalität vor. Es bestehe eine Eingliederungsresistenz bei chronifizierter Schmerzkrankheit (S. 34). Divergierende Vorbefunde lägen keine vor (S. 35). In den vorangehenden Gutachten vom 11. Dezember 1998 und vom 11. September 2012 habe bezüglich der somatischen Beurteilungen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit objektiviert werden können. Es bestehe eine Polypragmasie bezüglich der Medikamente, wobei sechs psychotropisch wirksame Medikamente anscheinend eingenommen würden. Diskrepant scheine, dass die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka nicht durchgeführt werde (S. 36 f.). Aus somatischer Sicht könne nur eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Zimmermädchen ab 1995 bestätigt werden. Die bisherige Tätigkeit könne aus rheumatologischer Sicht zu 100 %, aus schmerzmedizinischer Sicht zu 80 % durchgeführt werden. Die Einschränkung von 20 % beruhe auf einem verlangsamten Arbeitstempo und erhöhtem Pausenbedarf bei Fibromyalgiesyndrom. Die Arbeit als Zimmermädchen beinhalte leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, Letztere zu 20 %, welche somit nicht ausgeführt werden könnten. Jegliche Verweistätigkeit, rein leichte Tätigkeit, wechselbelastend, mit freiem Positionswechsel, ohne Zwangshaltungen, gebückt oder überstreckt und häufigen Rumpfrotationen, könne zu 80 % ausgeübt werden. Die Reduktion von 20 % ergebe sich aus denselben Gründen wie bei der angestammten Tätigkeit (S. 36).

6.1 Aus den Akten ist ersichtlich, dass sich die Beschwerdeführerin in Portugal mehreren pneumologischen Untersuchungen unterzogen hat:

6.1.1 In der Stellungnahme des medizinischen Dienstes vom 19. Dezember 2008 (IVSTA-act. 52) wird auf einen Bericht über eine Computertomografie (CT) des Thorax vom 26. September 2008 (IVSTA-act. 44) verwiesen. Das Untersuchungsergebnis sei mit Ausnahme einer Veränderung im Bereich des linken Lungenapex infolge eines früheren Entzündungsgeschehens unauffällig. Ebenfalls unauffällig seien die Ergebnisse einer

Blutuntersuchung vom 23. September 2008, eines kardiologischen Belastungstests vom 22. September 2008 und eine Gehirn-CT vom 14. September 2005 (IVSTA-act. 33).

6.1.2 Gemäss Ausführungen im medizinischen Bericht des Spital E._____ vom 30. Juli 2012 sei die Versicherte zwei Wochen zuvor wegen einer akuten Bronchitis behandelt worden. Im Rahmen der Untersuchung in der Notfallstation seien unter anderem Blutdruck und Abdomen untersucht sowie eine Herz- und Lungenauskultation durchgeführt worden. Eine Laboranalyse sowie eine Röntgenuntersuchung des Thorax hätten normale Befunde ergeben. Die Versicherte verwende Bronchodilatatoren (IVSTA-act. 157 S. 1 [Übersetzung BVGer-act. 19]).

6.1.3 Im medizinischen Bericht des Spital E._____ vom 5. Juni 2015 über eine pneumologische Untersuchung vom 28. Juli 2014 wird zunächst auf eine Lungenfunktionsprüfung am 12. Februar 2013 verwiesen mit einer im Ergebnis leicht verringerter, nach Korrektur jedoch normaler CO-Diffusionskapazität. Die Sauerstoffsättigung habe 97 % betragen, die Atemgeräusche seien unauffällig gewesen ohne pathologische Befunde. Die Versicherte sei für angesetzte Lungenfunktionsprüfungen nicht anwesend gewesen, weshalb ein neuer Termin angeboten werde. Gemäss Untersuchungsbefund seien insbesondere eine normale Herz-Lungenauskultation ohne respiratorische Insuffizienzzeichen im Ruhezustand sowie eine Sauerstoffsättigung von 99 % festgestellt worden. Eine pulmonale Plethysmographie habe anhand der CO-Diffusionskapazität eine Bronchialerweiterung gezeigt. Die Medikation werde aufrechterhalten (IVSTA-act. 208 [Übersetzung IVSTA-act. 236]).

6.1.4 Gemäss radiologischem Bericht vom 11. März 2015 habe eine Thorax-CT eine leichte Verdichtung der Bronchialwände mit diskreten tubulären dispersen Bronchiektasen und einem kleinen, vermutlich residualen Knoten anliegend am kardiophrenischen Winkel im unteren rechten Lappen ergeben. Es seien keine Anzeichen von interstitieller Lungenfibrose und keine konsolidierten oder kavernösen Lungenveränderungen zu sehen. Die Pleurasäcke seien frei, ohne Anzeichen von Erguss. Im Mediastinum hätten sich die grossen Gefässe ebenso wie die grossen Lungenäste im Normbereich gezeigt, es seien keine Anzeichen von Adenomegalie gefunden worden (IVSTA-act. 211 [Übersetzung IVSTA-act. 235]).

6.1.5 Laut Bericht vom 31. März 2015 absolvierte die Beschwerdeführerin eine funktionelle Atemuntersuchung (Spirometrie und Plethymographie),

welche ein schweres obstruktives Ventilationssyndrom in Verbindung mit «air trapping» ergeben habe. Die Diffusion der Alveolen sei schwerwiegend bzw. moderat reduziert, wenn um das Alveolarvolumen korrigiert. Der Nachweis für eine Bronchodilatation sei negativ gewesen (IVSTA-act. 210 S. 3 [Übersetzung BVGer-act. 23]).

6.1.6 Im pneumologischen Bericht des Spital E._____ vom 10. August 2016 wird zunächst aus dem pneumologischen Bericht vom 5. Juni 2015 (IVSTA-act. 208 [Übersetzung IVSTA-act. 236]) zitiert. Die Lungenfunktionsprüfung anlässlich einer Konsultation am 2. Februar 2016 habe eine schwere obstruktive Ventilationsstörung ergeben. Die Versicherte beginne eine Inhalationstherapie mit den Bronchodilatatoren Relvar und Bretaris und nehme einen Vitaminmix. Für den nächsten Termin werde eine Thorax-Untersuchung geplant. Der Gewichtsverlust im November habe 7 kg betragen, die Versicherte sei in die Notaufnahme gekommen. Ein Herz- und Darmscreening sei gemacht worden. Sie habe begonnen, sich um ihre an Alzheimer erkrankte Mutter zu kümmern, was mit einer klinischen Verschlechterung einhergegangen sei. Die im Rahmen der körperlichen Untersuchung durchgeführte Lungenauskultation habe ein beidseitiges vesikuläres Rauschen ohne Nebengeräusche ergeben. Die Sauerstoffsättigung habe 96 % betragen. Die medikamentöse Behandlung sei angepasst worden (Duaklir, Miflonide). Die Versicherte benötige eine LAMA/LABA/ICS Medikation zur symptomatischen Kontrolle. Auch anlässlich einer Konsultation am 1. Juni 2016 habe die Lungenfunktionsprüfung eine schwere obstruktive Ventilationsstörung ergeben. Die Mutter der Versicherten sei im Februar verstorben. Der Vater leider unter multiplen Komorbiditäten und benötige die kontinuierliche Hilfe der Tochter. Der Ehemann leide unter einer grösseren Depression. Die Versicherte zeige Anzeichen einer körperlichen und psychischen Erschöpfung und sei in psychiatrischer Behandlung. Die Lungenauskultation habe ein beidseitig vorhandenes vesikuläres Rauschen ohne Nebengeräusche ergeben. Die Sauerstoffsättigung habe 98 % betragen. Ein Thorax-CT am 9. Mai 2016 habe eine Verdickung des Medastinum anerius in Verbindung mit Präsenz von Thymusgewebe in dieser Topographie ergeben. Es lägen keine Anzeichen von mediastinalen und hilären Adenopathien und kein Pleuraerguss vor. Die Lungenfenster wiesen beidseitig einige apikale netzförmige Opazitäten mit dem Anschein von Narben auf. Weitere sichtbare Veränderungen seien nicht gefunden worden. Der Versicherten sei erklärt worden, dass sie ihren Lebensrhythmus verlangsamen müsse, weil sonst das Risiko einer respiratorischen, kardiologischen und neurologischen Verschlechterung bestehe. Der nächste Termin sei für den 26. Dezember 2016 geplant

gewesen, jedoch habe die Patientin vorzeitig abgesagt (IVSTA-act. 250 [Übersetzung BVGer-act. 19]).

6.1.7 Im pneumologischen Bericht des Spital E._____ vom 11. Dezember 2018 über eine Konsultation vom 3. Dezember 2018 wird zunächst der Inhalt des Berichts vom 10. August 2016 (IVSTA-act. 250 [Übersetzung BVGer-act. 19]) wiedergegeben. Der Zustand der Versicherten sei vom respiratorischen Standpunkt aus gut. Ein Termin am 22. Dezember sei geplant für eine erneute Beurteilung. Die Versicherte nehme weiterhin Brimica und Miflonide. Der Ventilan werde im Notfall eingesetzt. Es seien keine Verschlimmerungen und keine Besuche in der Notaufnahme zu verzeichnen. Die Sauerstoffsättigung betrage 96 %. Die Lungenauskultation habe beidseitig ein vesikuläres Rauschen ohne Nebengeräusche ergeben. Die Inhalationstherapie bleibe bestehen (IVSTA-act. 352 [Übersetzung BVGer-act. 19]).

6.2 Gemäss rheumatologischem Teilgutachten (IVSTA-act. 320 S. 2-37) habe die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung berichtet, dass sie asthmoide Beschwerden habe und insbesondere im Bereich der Lungen eine Verschattung vorliege, weshalb sie zwei Medikamente (Budenosid und Formoterol) inhalieren müsse. Eine Lungenembolie im Jahr 2009 sei nicht objektiviert, eine pneumologische Erkrankung bei unauffälliger Lungenfunktion am 28. Juli 2014 ausgeschlossen worden. Radiologisch festgestellt sei eine leichte Verdichtung der Bronchialwände mit diskreten Bronchoektasien der unteren Lobuli sowie ein residualer Rundherd von 2 mm am kardiophrenischen Winkel anliegend. Es bestünden keine Zeichen einer interstitiellen Lungenfibrose. Eine kardiale Dysfunktion sei bei unauffälliger, transthorakaler Echokardiographie vom 2. April 2015 ausgeschlossen worden (S. 18, 21, 32). Die Medikamente Budesonid und Formoterol würden symptomatisch bei asthmoiden Beschwerden eingesetzt, wobei solche bisher pneumologisch nicht hätten bestätigt werden können (S. 37). Im Rahmen der Untersuchung der Lunge stellte der Gutachter pulmonal ein vesikuläres Atemgeräusch über allen Lungenabschnitten ohne Nebengeräusche fest (S. 26). Die systemische Anamnese und Schmerzanamnese ergaben kein Husten und keine Dyspnoe, lediglich bei Anstrengungen oder Aufregungen (S. 22).

6.3 In ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2021 (BVGer-act. 6 Beilage) hält die zuständige Chefärztin des medizinischen Dienstes, Dr. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, fest, dass die Dyspnoe der Beschwerdeführerin seit

vielen Jahren bekannt und mehrfach pneumologisch untersucht worden sei. Die Lungenfunktion sei am 12. Februar 2013 als normal beschrieben worden, mit einer leichten Verminderung der Diffusionskapazität der Lunge (DLCO), jedoch normal nach Korrektur; die Sauerstoffsättigung habe bei 97% gelegen. Eine CT im März 2015 habe diskrete diffuse Bronchiektasien gezeigt und eine leichte Verdichtung der Bronchien. Eine interstitielle Lungenfibrose sei ausgeschlossen worden. Neue Lungenfunktionstests seien am 31. März 2015 durchgeführt worden und hätten eine obstruktive Ventilationsstörung gezeigt, welche als schwer bezeichnet worden sei, mit «air trapping». Die alveolokapilläre Diffusion sei moderat verringert gewesen. Der Bronchodilatationstest sei negativ gewesen. Eine Inhalationsbehandlung scheine dennoch begonnen worden zu sein. Eine neue CT vom 9. Mai 2016 habe ergeben, dass kein Pleuraerguss und keine Adenopathien vorlägen, jedoch einige retikuläre Trübungen. Im Jahr 2016 habe die Sauerstoffsättigung bei 96 % gelegen. Der Beschwerdeführerin sei gesagt worden, dass sie ihren Lebensrhythmus verlangsamen solle. In dieser Zeit habe die Beschwerdeführerin ihre Mutter bis zu deren Tod gepflegt, ihr Vater sei multimorbid gewesen und ihr Ehemann habe an einer schweren Depression gelitten. Bei der Begutachtung im Jahr 2017 habe der rheumatologische Gutachter eine umfassende internistische Untersuchung durchgeführt, welche auch eine Anamnese und eine Lungenuntersuchung umfasst habe; die Versicherte habe keine Beschwerden wie Husten und keine Dyspnoe gehabt, nur bei Anstrengung oder Erregung, die Lungenauskultation sei unauffällig gewesen, mit gut hörbarem vesikulärem Atemgeräusch ohne Nebengeräusche. In Bezug auf den pneumologischen Bericht vom 11. Dezember 2018 werde die Atmung der Beschwerdeführerin als «gut» beschrieben. Die Beschwerdeführerin habe unter keiner Superinfektion gelitten und sei auch nicht in der Notaufnahme gewesen. Die Lungenauskultation sei «normal» gewesen, ebenso die Auswurfleistung, ohne zusätzliche Geräusche. Die Diagnose einer Lungenembolie habe nicht bestätigt werden können. Zwar sei die Lungenpathologie nicht ganz klar, die Ursache unbestimmt, die Beschwerdeführerin sei Nichtraucherin, die Mitarbeit bei den Tests unklar, aber die Situation sei stabil und unter Kontrolle, die Versicherte habe keine Dyspnoe in Ruhe, die Sauerstoffsättigung sei korrekt und eine Sauerstofftherapie nicht erforderlich.

6.4 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, das Gutachten lasse ausser Acht, dass sie infolge tiefer Beinvenenthrombosen wiederholt und im Dezember 2018 erneut Lungenembolien bzw. einen kompletten und schwerwiegenden Lungenverschluss erlitten habe und deswegen unter permanenter medizinischer Beobachtung und medikamentöser Behandlung

stehe, lässt sich dieser Vorwurf gestützt auf die Aktenlage nicht belegen. Zwar erwähnen diverse Berichte portugiesischer Medizinalpersonen und Spitäler jeweils in der Wiedergabe der Krankengeschichte die Diagnose einer Lungenembolie, welche die Beschwerdeführerin infolge der tiefen Venenthrombose erlitten haben soll (so erstmals der Bericht des G._____ vom 30. Januar 2008 [IVSTA-act. 30 S. 1, Übersetzung BVGer-act. 19]). Diese Darstellung erweist sich jedoch gestützt auf die Akten der medizinischen Einrichtungen in der Schweiz, welche die Beschwerdeführerin nach dem Auftreten der tiefen Venenthrombose behandelten, als falsch (vgl. IVSTA-act. 80-83). Zudem finden sich in den medizinischen Akten aus Portugal keine Hinweise, dass anlässlich einer dort erfolgten medizinischen Untersuchung eine Lungenembolie diagnostiziert worden wäre (vgl. IVSTA-act. 30, 31, 44, 48, 63 [Übersetzungen BVGer-act. 19]; IVSTA-act. 52, 208 [Übersetzung IVSTA-act. 236], 234; vgl. auch MEDAS-Gutachten vom 16. September 2010 [IVSTA-act. 113 S. 4 f., 9], Stellungnahme des med. Dienstes vom 14.10.2010 [IVSTA-act. 121 S. 1 f.]). Bei der in den Berichten vom 31. März 2015, vom 10. August 2016 sowie vom 11. Dezember 2018 festgestellten «obstrução ventilatória grave» handelt es sich nicht um eine Lungenembolie, sondern um eine schwere obstruktive Ventilationsstörung (IVSTA-act. 210 S. 3 [Übersetzung BVGer-act. 23]), 250 [Übersetzung BVGer-act. 19], 352 [Übersetzung BVGer-act. 19]). Somit sind weder für den Zeitraum vor noch nach Erstellung des bidisziplinären Gutachtens diagnostizierte Lungenembolien bzw. diesbezügliche medikamentöse Therapien aktenkundig. Die Dauerantikoagulation mit Marcoumar von 1995 bis 2016 bzw. mit Sintrom seit April 2016 erfolgte aufgrund der erlittenen tiefen Beinvenenthrombose (IVSTA-act. 320 S. 31). Die im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens gemachte Feststellung der fehlenden Objektivierbarkeit von erlittenen Lungenembolien erweist sich demnach als korrekt.

6.5 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, sie leide unter einem einschränkenden pneumologischen Gesundheitsschaden, wobei die entsprechenden Arztberichte nicht unter den Akten im Gutachten aufgeführt seien und auch im Gutachten selbst nicht diskutiert würden. Wie aus dem Arztbericht des Spital E._____ vom 11. Dezember 2018 hervorgehe, werde aus pneumologischer Sicht eine Reduktion der Aktivitäten empfohlen, da andernfalls eine gravierende Verschlechterung aus pneumologischer, kardiologischer und neurologischer Sicht drohe. Damit erweise sich das Gutachten vom 21. Mai 2017 als überholt. Die seither eingereichten Arztberichte belegten eindeutig eine Verschlechterung des Gesundheitszustands

in einem Bereich, der im entsprechenden Gutachten noch keinen Eingang gefunden und nicht mitberücksichtigt worden sei.

6.5.1 Ob und gegebenenfalls welche Berichte in der Expertise erwähnt und diskutiert werden, liegt im Ermessen der Gutachter. Entscheidend ist, dass den Experten sämtliche Unterlagen zur Verfügung standen (Urteil des BGer 9C_651/2017 vom 19. Juni 2018 E. 4.4). Das Gutachten stützt sich auf «vollständige Akten des IV-Dossiers gemäss Inhaltsverzeichnis vom 24.08.2016» (IVSTA-act. 320 S. 3). Der pneumologische Bericht vom 10. August 2016 (IVSTA-act. 250) wurde der Vorinstanz mit Eingabe der Beschwerdeführerin vom 7. November 2016 zugestellt und dem Gutachter mit Schreiben vom 9. Dezember 2016 weitergeleitet, allerdings ohne ein aktualisiertes Aktenverzeichnis (IVSTA-act. 249, 254). Somit ist davon auszugehen, dass das rheumatologische Teilgutachten in Kenntnis des Berichts vom 10. August 2016 verfasst wurde.

Im Gutachten erwähnt werden der Bericht der Pneumologie vom 5. Juni 2015 (IVSTA-act. 208 [Übersetzung IVSTA-act. 236]), die Resultate der radiologischen Untersuchung vom 11. März 2015 (IVSTA-act. 211 [Übersetzung IVSTA-act. 235]) sowie der Echokardiographie vom 2. April 2015 (IVSTA-act. 320 S. 15). Nicht erwähnt bzw. diskutiert werden der Bericht zur Lungenfunktionsprüfung vom 31. März 2015 (IVSTA-act. 210 S. 3 [Übersetzung BVGer-act. 23]) sowie der pneumologische Bericht vom 10. August 2016 (IVSTA-act. 250 [Übersetzung BVGer-act. 19]). Im Bericht vom 31. März 2015 wird das Ergebnis der Lungenfunktionsprüfung festgehalten (schwere obstruktive Ventilationsstörung). Der Bericht vom 10. August 2016 zitiert den pneumologischen Bericht vom 5. Juni 2015 (IVSTA-act. 236) und nennt die Ergebnisse der Lungenfunktionsprüfung (schwere obstruktive Ventilationsstörung), der Lungenauskulation und der Sauerstoffmessung (beide unauffällig) anlässlich der pneumologischen Konsultationen vom 2. Februar und 1. Juni 2016 sowie die Medikation (IVSTA-act. 250 S. 2). Eine pneumologische Erkrankung wird weder im Bericht vom 15. März 2015 noch im Bericht vom 10. August 2016 diagnostiziert. Dass der Gutachter auf eine Erwähnung bzw. Diskussion der genannten Berichte verzichtete, vermag angesichts dieser Sachlage keine Pflichtwidrigkeit zu begründen.

6.5.2 Es ist grundsätzlich Sache des Gutachters zu entscheiden, ob und welche Abklärungen und Untersuchungen für eine umfassende Expertise notwendig sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_516/2014 vom 6. Januar 2015 E. 6.2; 9C_297/2017 vom 6. April 2018 E. 4.3). Aus den

Akten ergibt sich, dass die pneumologische Situation der Beschwerdeführerin in Portugal seit 2008 wiederholt untersucht wurde, ohne dass eine pneumologische Erkrankung diagnostiziert werden konnte. Mit den Ergebnissen der Computertomographien, der Röntgenuntersuchungen und den Sauerstoffsättigungswerten liegen hierzu objektive Angaben vor, während die Resultate der Lungenfunktionsprüfungen auch von der Mitwirkung der Versicherten abhängig waren (BVGer-act. 6 Beilage 2 «collaboration aux tests»). Der Gutachter berücksichtigt diese Aktenlage und verweist dabei insbesondere auf die Ergebnisse der radiologischen und echokardiologischen Untersuchungen sowie auf die symptomatische Medikation mit Budesonid und Formoterol. Seine eigenen Untersuchungsergebnisse anlässlich der Begutachtung ergaben keine Auffälligkeiten im pneumologischen Bereich. Die Versicherte verneinte Beschwerden wie Husten oder Dyspnoe, ausser bei Anstrengung oder Aufregung. Sie erinnerte sich zudem nicht an eine Einnahme von Budesonid und Formoterol, obwohl diese zur einmaligen bzw. zweimaligen täglichen Inhalation verschrieben wurden (IVSTA-act. 320 S. 40). Im Weiteren lassen die dem Gutachter zur Verfügung gestellten pneumologischen Berichte keine Häufung oder Regelmässigkeit von pneumologischen Konsultationen erkennen, welche auf ein akutes oder schwerwiegendes Krankheitsgeschehen hindeuten würden; angebotene bzw. vereinbarte Test- und Kontrolltermine wurden von der Beschwerdeführerin teilweise nicht wahrgenommen (IVSTA-act. 250 S. 1 und S. 2). Die Chefärztin des medizinischen Dienstes hält in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2021 fest, dass die Ursache der seit Jahren bekannten und wiederholt untersuchten pneumologischen Beschwerden, jedoch auch die Mitarbeit der Beschwerdeführerin bei den Lungenfunktionsprüfungen unklar seien. Dass der Gutachter eine pneumologische Erkrankung angesichts dieser Sachlage als nicht nachgewiesen erachtete und aufgrund seiner eigenen Untersuchungen keinen Anlass für weitere Abklärungen sah, ist daher nicht zu beanstanden.

6.5.3 Betreffend die geltend gemachte Verschlechterung der pneumologischen Situation nach Erstellung des Gutachtens ist darauf hinzuweisen, dass im pneumologischen Bericht vom 11. Dezember 2018 – welcher bis in die Mitte der zweiten Seite den Bericht vom 10. August 2016 einschliesslich der Passage über die Empfehlung einer Reduktion des Aktivitätsniveaus wiedergibt (IVSTA-act. 250 [Übersetzung BVGer-act. 19]) – weder ein schwerwiegender kompletter Lungenverschluss (vgl. oben E. 6.4) noch eine Verschlechterung der pneumologischen Situation erwähnt wird. Im Gegenteil wird der Zustand der Versicherten vom respiratorischen Standpunkt aus als gut bezeichnet; es seien keine Verschlimmerungen zu

verzeichnen. Die Ergebnisse der pneumologischen Untersuchungen waren unauffällig (IVSTA-act. 352 [Übersetzung BVGer-act. 19]). Weitere, nach Erstellung des bidisziplinären Gutachtens vom 21. Mai 2017 datierende Berichte liegen nicht vor.

6.6 Der rheumatologische Gutachter kommt zum Schluss, dass bei der Versicherten aus schmerzmedizinischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % in der bisherigen sowie in einer Verweistätigkeit vorliege (IVSTA-act. 320 S. 36; unter Berücksichtigung der psychiatrischen Beschwerden ergibt sich eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %, vgl. unten E. 7.5). In ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2021 hält die Chefärztin des medizinischen Dienstes dagegen fest, dass die pneumologische Situation vorbehältlich einer Verschlimmerung seit Dezember 2018 nicht im Vordergrund stehe und keine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 % in einer angepassten Tätigkeit rechtfertige. «Vorsichtshalber» sei jedoch aufgrund der Staubexposition, der Dämpfe von Reinigungsmitteln sowie der erforderlichen Anstrengungen wie das Umdrehen von Matratzen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit ab Datum des Lungenfunktionstest vom 31. März 2015 auszugehen. Für eine Tätigkeit, welche diese Einschränkungen berücksichtige, ergebe sich keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit (BVGer-act. 6 Beilage 2).

6.6.1 Es ist Sache des (begutachtenden) Mediziners, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2).

6.6.2 Der rheumatologische Gutachter erachtete eine pneumologische Erkrankung aufgrund der Aktenlage sowie aufgrund seiner eigenen Untersuchungsbefunde als nicht nachgewiesen (vgl. oben E. 6.4 und 6.5.2). Er begründet daher seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit allein aufgrund

seiner schmerzmedizinischen Feststellungen. Seine diesbezüglichen Erläuterungen sind ausführlich und nachvollziehbar. Körperlich mittelschwere Aufgaben der bisherigen Tätigkeit einschliesslich dem Wenden von Matratzen wurden bei der Einschätzung berücksichtigt. Für die Zeit nach Erstellung des Gutachtens ist keine Verschlechterung der pneumologischen oder rheumatologischen Situation belegt (vgl. oben E. 6.5.3). Die von der Chefärztin des medizinischen Dienstes mitunter «vorsichtshalber» vorgenommene Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit vermag daher angesichts der oben dargelegten Sachlage sowie der übrigen Aktenlage einschliesslich der festgestellten Symptomverdeutlichung bzw. Aggravation (IVSTA-act. 320 S. 33, 54) nicht zu überzeugen (BGE 135 V 465 E. 4.4; vgl. auch Urteil 8C_426/2023 des BGer vom 16. April 2024 E. 5.2.1.).

6.7 Aus den Akten ergibt sich somit, dass zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung am 10. Mai 2017 bei der Beschwerdeführerin keine ausreichend objektivierbare Lungenerkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlag. Entsprechend bestand für den Gutachter auch keine Veranlassung, weitere Fachpersonen beizuziehen (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; Entscheide des BGer 9C_57/2015 vom 19. Mai 2015 E. 4.2, 8C_784/2011 vom 15. Dezember 2011 E. 3.3). Zudem ergeben sich aus dem eingereichten Arztbericht vom 11. Dezember 2018 keine Hinweise auf eine abklärungsbedürftige Verschlechterung des physischen Gesundheitszustandes, welche eine weitere Begutachtung vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. November 2020 notwendig gemacht hätte.

6.8 Bei dieser Sachlage ist der Entscheid der Vorinstanz, anstelle eines polydisziplinären Gutachtens unter Einschluss der Fachrichtung Pneumologie lediglich ein bidisziplinäres Gutachten einzuholen, nicht zu beanstanden. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass auch die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin im Rahmen des rechtlichen Gehörs (IVSTA-act. 227) keine Einwände gegen die Auswahl der Fachdisziplinen vorgebracht hatte und auch anlässlich der Nachreichung des pneumologischen Berichts vom 10. August 2016 keine Ausweitung der Begutachtungsdisziplinen beantragt wurde (IVSTA-act. 249).

6.9 Der Gutachter hält im rheumatologischen Teilgutachten fest, dass die Versicherte eine 1.5-stündige Wartezeit wegen Verspätung der Übersetzerin im Sitzen gut habe gestalten können. Sie erhebe sich langsam, jedoch ohne Abstützen aus dem Stuhl, das Gangbild sei symmetrisch, jedoch sehr langsam. Die Mimik sei stark reduziert mit Fältelung der Lippen. Während der Anamneseerhebung weine die Versicherte ca. eine Stunde lang bei der

Schilderung ihrer Schmerzen und den Unfähigkeiten, ihren Alltag zu bestreiten. Sie mache einen depressiven, ängstlichen und aggravierenden bis übertriebenen Eindruck mit starker Angst vor schweren Erkrankungen. Die bisherigen Krankheiten und die Operationen, mit erneuter Gebärmutter-Operation und Biopsie, seien für sie mit Angst behaftet, dass sie an Krebs leiden würde. Es bestehe eine Symptomverdeutlichung und ein Schonverhalten. In unbeobachtetem Zustand seien Kopfdrehungen zwischen der Übersetzerin und des Gutachters frei möglich und erfolgten ohne grosses Schmerzgebaren. Bei der passiven Untersuchung sei eine Kopfdrehung kaum möglich, aktive Untersuchungen würden mit Gegenspannen quittiert. Diskrepant seien die Untersuchungen der Wirbelsäule, wo eine Flexion kaum möglich sei. Hingegen könne sich die Versicherte frei auf dem Stuhl sitzend aufhalten und sich beim Entkleiden und Abziehen der Schuhe vollständig in der Hüfte und am Oberkörper flektieren (IVSTA-act. 320 S. 25 f.).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Nicht per se auf Aggravation weist hingegen blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Die Frage, ob ein Verhalten (nur) verdeutlichend ist oder die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschreitet, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer gesundheitlichen Störung gegeben sein sollten (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen hingegen lediglich – wie vorliegend – neben einer ausgewiesenen verselbstständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (vgl. Urteil des BGer 8C_418/2021 vom 16. September 2021 E. 6.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2.2.2 m.H.). Diese Bereinigung wurde vom Gutachter in nachvollziehbarer Weise vorgenommen (vgl. IVSTA-act. 320 S. 31/33).

6.10 Zusammenfassend ergibt sich, dass das rheumatologische Teilgutachten auf den Vorakten basiert sowie auf der persönlichen Untersuchung vom 10. Mai 2017 durch einen entsprechend qualifizierten Facharzt. Der Gutachter setzt sich einlässlich mit den beklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Er hält die erhobene

detaillierte Anamnese fest (vgl. S. 17-25), führt die Untersuchungsbefunde auf, würdigt die Vorakten mittels chronologischer Auflistung sowie Zusammenfassung der wichtigsten Dokumente (vgl. S. 3-16) und begründet die gestellten Diagnosen (vgl. S. 25-32). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erweist sich als ausreichend begründet und nachvollziehbar. Die Aggravation wurde berücksichtigt (vgl. S. 31/33). Die Ergebnisse des Teilgutachtens fanden Eingang in die Konsensbesprechung im Rahmen der Erstellung des bidisziplinären Gutachtens (vgl. S. 63 f.). Das rheumatologische Teilgutachten erfüllt daher insgesamt die Kriterien einer beweiswertigen medizinischen Expertise. Nachdem auch keine Hinweise auf eine massgebliche Verschlechterung des physischen Gesundheitszustandes vor Erlass der angefochtenen Verfügung vorliegen, ist auf die Ergebnisse des rheumatologischen Teilgutachtens abzustellen.

7.

Im psychiatrischen Teilgutachten des bidisziplinären Gutachtens vom 21. Mai 2017 (IVSTA-act. 320 S. 38-63) attestiert der Gutachter der Versicherten eine rezidivierende depressive Episode derzeit mittleren Grades (ICD-10: F33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine Persönlichkeitsstörung mit deutlich unreifen, narzisstisch instabilen, zur Vermeidung und Abhängigkeit, histrionischen und zur Somatisierung neigenden Zügen (ICD:10 F61). Dabei stützt sich der Gutachter auf die Anamnese und das Interaktions- und Kommunikationsverhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung vom 11. Mai 2017 sowie auf den dabei erhobenen ausführlichen psychopathologischen Befund. Hinsichtlich der teilweise divergierenden Diagnosen der vorbefassten Psychiaterinnen und Psychiater erläutert der Gutachter nachvollziehbar, dass aufgrund der Akten die depressive Symptomatik mit grosser Wahrscheinlichkeit schwankend verlaufe und demzufolge die Versicherte in verschiedenen depressiven Zuständen angetroffen werde. Entsprechend fänden sich in den Akten unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich des Schweregrades der Depression (S. 52). Weiter werde die bereits 1998 festgestellte histrionische Symptomatik auch heute angetroffen, allerdings nicht ausschliesslich. In keiner Weise festgestellt werden könne ein lockerer, dynamisch offener lebensfreudiger Umgang, wie 1998 beschrieben. Die Diagnose einer Konversionsstörung im Sinne einer dissoziativen Störung der Bewegungs- und Sinnesempfindungen könne nachvollzogen werden, dennoch müsse davon ausgegangen werden, dass es sich hier um eine Kombination zwischen einer Persönlichkeitsstörung, einer konversionsneurotischen Symptomatik, einer unreifen, mit einem Strukturdefizit behafteten Persönlichkeit, einer psychosomatischen Problematik und einer

affektiven Störung handle, bzw. um ein Strukturdefizit mit einer defizitären Regulation der Affekte und einem kindlichen, unreifen, vermeidenden Verhaltensstil (S. 53). Bezüglich der vom behandelnden Psychiater diagnostizierten depressiven Angstzustände (erstmals 2009) und der schweren depressiven Episode (2015) stellt der Gutachter fest, dass aufgrund seiner eigenen Untersuchung keine Hinweise auf eine generalisierte Angststörung gemäss ICD:10, eine Zwangsstörung oder eine Erkrankung aus dem Formenkreis der psychotischen Erkrankungen bestünden (S. 51 f.).

7.1 Soweit die Beschwerdeführerin eine unvollständige Diagnosestellung kritisiert, ist festzuhalten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Entsprechend kann die ärztliche Beurteilung abhängig von der Gutachterperson und von den Umständen der Begutachtung eine grosse Varianz aufweisen und trägt deshalb ebenfalls von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 m.H.).

7.2 Bei der Beurteilung einer invalidisierenden gesundheitlichen Einschränkung kommt es zudem nicht in erster Linie auf die Diagnoseeinstellung an, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Denn zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend ist der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil des BGer 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2 m.H.; so schon BGE 127 V 294 E. 4c).

7.3 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 äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) anderseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). 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).

7.3.1 Die Kategorie «funktioneller Schweregrad» beurteilt sich nach den konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen leidensbedingt beeinträchtigt ist (vgl. Urteil des BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 6.3 m.H.). Zu prüfen sind die Komplexe «Gesundheitsschädigung», «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext».

7.3.1.1 Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist als erster Indikator die *Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde* zu nennen. Im psychiatrischen Teilgutachten (IVSTA-act. 320 S. 38-63) wird hierzu gutachterlich festgehalten, dass die Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde erheblich sei (S. 54). Die Gesundheitsschädigung manifestiere sich auf allen Ebenen, wobei den subjektiven Angaben der Versicherten gefolgt werden müsse. Aufgrund der bestehenden Diskrepanz zwischen den erhobenen Befunden und den subjektiven Angaben der Versicherten müssten bezüglich der geschilderten Erscheinungsform der Gesundheitsschädigung Aggravationselemente miteinbezogen werden (S. 54 f.). Mit einer fehlenden differenzierten beruflichen Ausbildung, fehlenden Sprachkenntnissen, der Berentung über viele Jahre, der schwierigen finanziellen Situation und mit dem fortgeschrittenen Alter bestünden erhebliche invaliditätsfremde Elemente (S. 55). Die von der Versicherten gezeigte leicht manipulative, trotzige, passiv-aggressive Beziehungsgestaltung sei nicht allein unbewusster Natur, nachdem es ihr im Lauf der Untersuchung möglich gewesen sei, über gewisse Themen offener und flüssiger zu sprechen. Dieses Verhalten müsse teilweise als aggravatorisch eingestuft werden, wobei eine genaue Bemessung der Aggravation nicht möglich sei. Ein Suchtleiden liege gestützt auf die Laborbefunde nicht vor, weshalb auch nicht von einer irreversiblen Gesundheitsschädigung aufgrund eines Abhängigkeitssyn-

droms auszugehen sei (S. 56). Die Versicherte zeige eine deutlich eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit, eine eingeschränkte Mimik, Gestik und Motorik, eine monotone Stimmlage, einen Interessenverlust, eine Freudlosigkeit, eine dysphorisch-dysthyme Gestimmtheit, eine gedrückte Gestimmtheit, eine Niedergeschlagenheit, eine Traurigkeit. Sie sei zunächst wortkarg, taue erst mit der Zeit etwas auf, dabei könne aber keine wirkliche Aufhellung erreicht werden. Die Versicherte zeige ein deutlich vermindertes Selbstwertgefühl, habe Schuldgefühle gegenüber der Familie, eine negativ-pessimistische Zukunftsperspektive, sie äussere keine Suizidgedanken, habe aber eine Todessehnsucht. Der Schlaf sei angeblich gestört, ebenso der Appetit, so gebe die Versicherte an, bis 40 kg abgenommen zu haben, was trotz ihrer geringen Körpergrösse ein sehr tiefes Körpergewicht sei. Sie wirke interesselos, könne sich in einer freundlichen Umgebung nicht gut entspannen, und habe einen Appetit- sowie einen Libidoverlust. Die Versicherte leide unter Schmerzen, die mit körperlichen Befunden nie hätten erklärt werden können. Sie sei nachhaltig therapieresistent. Aus subjektiver Sicht nähmen die Schmerzen dauernd zu, was objektiv nicht nachvollzogen werden könne, auch unter Beizug der Akten. Die ständige Steigerung der Schmerzsymptomatik entspreche der subjektiven Wahrnehmung. Die Versicherte habe parallel dazu entscheidend ursächlich beeinflussende psychiatrische Ko-Erkrankungen, so die besagte Depression und auch die Persönlichkeitsstörung. Es sei der Versicherten aufgrund der Komorbidität erschwert, ihre Schmerzen adäquat zu bewältigen. Zudem bestehe eine Chronifizierung der Schmerzproblematik und mit grosser Wahrscheinlichkeit auch ein Schmerzgedächtnis, das nie habe unterbrochen werden können und dauernd aktiviert geblieben sei. Bei dieser somatoformen Schmerzstörung handle es sich um eine Abwehr von innerpsychischen affektiven Spannungszuständen, die die Explorandin aufgrund ihrer Persönlichkeitsstörung nicht anders verarbeiten könne, als sie zu somatisieren, denn die Psychisierung, d.h. die Überführung einer innerpsychischen Spannung in einen Konflikt und nachfolgend in Sprache sei ihr nicht möglich. Es müsse von einer infantilen, regredierten, abhängigen, narzisstisch wenig stabilen, zur Somatisierung neigenden Persönlichkeitsstörung mit histrionischen Anteilen ausgegangen werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit liege dem ein narzisstisches Problem, ein Strukturdefizit auf den Ebenen Affektregulation, Antrieb und Impulskontrolle sowie Wahrnehmen und Denken und eine ödipale Problematik zugrunde (S. 48 f.).

7.3.1.2 Sodann stellen *«Behandlungserfolg oder -resistenz»*, also Verlauf und Ausgang von Therapien, wichtige Schweregradindikatoren dar (Urteil

des BGer 9C_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5.1; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

7.3.1.2.1 Die Beschwerdeführerin brachte zahlreiche Medikamentenschachteln an die Begutachtung mit, darunter die Psychopharmaka Protiadene, Eszitalopram und Maprotilin sowie die Benzodiazepine Victan, Valium, Alprazolam und Xanax (IVSTA-act. 320 S. 40). Dabei fiel dem Gutachter auf, dass einige Schachteln bereits abgelaufen waren oder bald ablaufen würden (S. 41). Die Patientin konnte selbst nicht angeben, welche der mitgebrachten Medikamente sie täglich einnehme, und verwies darauf, dass ihr Mann sich darum kümmere. Gefragt, von welchen Medikamenten sie wisse, wann sie sie einnehme, gab die Versicherte Eszitalopram 10 mg morgens und Valium 10 mg abends an (S. 41). Aufgrund der mitgebrachten Menge an Benzodiazepinen und dem Hinweis, dass die Versicherte mindestens 10 mg Valium abends konsumiere, stellte der Gutachter die Verdachtsdiagnose einer Benzodiazepin-Abhängigkeit (S. 50), welche sich jedoch anlässlich der Laboruntersuchung nicht bestätigte: Es konnte lediglich die Einnahme von Alprazolam als einziges Benzodiazepin nachgewiesen werden (S. 56).

7.3.1.2.2 Die Patientin wird laut Gutachten zum Teil ortsüblich lege artis behandelt, jedoch werde die Benzodiazepine-Verordnung und Konsumkontrolle nirgends erwähnt (S. 58). Es bestehe weiterhin die Indikation für eine sozialpsychiatrische Begleitung. Von einer psychotherapeutischen Behandlung könne die Versicherte kaum profitieren, da keine Introspektionsfähigkeit bestehe. Während die Versicherte in Bezug auf die Konsultationen des Psychiaters in Portugal kooperativ sei und diese einmal alle ein bis zwei Monate besuche (S. 40), bestehe aufgrund der Laborbefunde keine Compliance in Bezug auf die in den Akten erwähnte und verordnete und von der Versicherten mündlich mitgeteilte Einnahme von Psychopharmaka (S. 58).

7.3.1.2.3 Der diesbezügliche Einwand der Beschwerdeführerin, wonach mit einer Laboranalyse nur eine einzige valide Aussage zur Medikamenten-Compliance gemacht werden könne, nämlich, dass bei vollständigem Fehlen der angeblich eingenommenen Substanz klar sei, dass sie nicht eingenommen werde, erweist sich als unbehelflich, nachdem tatsächlich keine Antidepressiva im Blut nachgewiesen werden konnten. Dass die Gutachter den erhobenen Medikamentenspiegel (IVSTA-act. 320 S. 30) in ihre Beurteilung miteinbezogen, ist auch anderweitig nicht zu beanstanden, kann dieser doch vor allem bei chronischen Schmerzpatienten in Ergänzung zu

Anamnese und klinischem Befund wichtige Informationen über den effektiven Leidensdruck und die Konsistenz der Beschwerden liefern (vgl. Urteil des BGer 9C_233/2017 vom 19. Dezember 2017 E. 3.2.1 m.H.). Vorliegend diente er auch als Grundlage für die gutachterliche Prognose, dass sich der Gesundheitszustand bei ausreichender antidepressiver medikamentöser Behandlung wahrscheinlich verbessern liesse (vgl. S. 59).

7.3.1.3 In Bezug auf den Indikator *«Eingliederungserfolg oder -resistenz»* führt der Gutachter aus, dass die Versicherte in der Schweiz ab 1997 voll berentet worden sei und bis zu ihrer Rückkehr nach Portugal keine Eingliederungs- oder Beschäftigungsmassnahmen in die Wege geleitet worden seien. Eine Eingliederung werde durch das vorliegende Störungsbild vollumfänglich beeinflusst. Eingliederungsmassnahmen seien derzeit eher in zweiter Linie zu empfehlen. Weit wichtiger sei die Verbesserung der medikamentösen Behandlung (S. 59). Soweit möglich, solle die Versicherte weiterhin sozialpsychiatrisch begleitet werden. Es könne davon jedoch keine weitere Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit erwartet werden. Berufliche Massnahmen, ein Arbeitstraining und ein Belastbarkeitstraining seien bei Wohnsitz in der Schweiz und im Rahmen der im Gutachten bestimmten Arbeits- und Leistungsfähigkeit absolut zumutbar (S. 63).

7.3.1.4 Unter dem Aspekt der *«Komorbiditäten»* ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Gemäss Gutachter habe die Versicherte parallel zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entscheidend ursächlich beeinflussende psychiatrische Ko-Erkrankungen, so die besagte Depression und die Persönlichkeitsstörung. Der Versicherten sei es aufgrund der Komorbidität erschwert, ihre Schmerzen adäquat zu bewältigen. Es bestehe eine negative Wechselwirkung zwischen der Persönlichkeitsproblematik, der Depressivität und der Schmerzproblematik. Die Symptomenkomplexe würden die Copingmechanismen gegenseitig negativ beeinflussen, so dass es bei der Versicherten zu einer Kumulation der Beeinträchtigungen auf der Copingebene gekommen sei (S. 49).

7.3.2 Mit Blick auf die ebenfalls der Kategorie des funktionellen Schweregrades angehörenden Komplexe «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und «Sozialer Kontext» lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass der Kommunikationsstil der Beschwerdeführerin stark durch ihre Persönlichkeit und ihre affektive Stimmungslage geprägt sei. Sie werde jedoch im sozialen Netz gut unterstützt (S. 57). Es müsse

davon ausgegangen werden, dass die Versicherte ihre Abwehrmechanismen, ihre psychische Struktur im Verlauf ihrer Kindheit und Jugend nicht genügend gut habe aufbauen können. Weiter müsse davon ausgegangen werden, dass sie bis zu ihrem 32. Lebensjahr in einem beschützten, symbiotischen und infantilisierenden familiären Umfeld aufgewachsen sei, in dem sie dauernd überbehütet und geschützt worden sei und dabei nicht wirklich auf eigenen Beinen stehen und ein Erwachsenenleben habe führen müssen. Hinsichtlich ihrer Reifungsbedürfnisse sei sie in wenig angepassten, dysfunktionalen familiären Bedingungen aufgewachsen. Aufgrund dieser Entwicklung sei eine infantile, kindliche Persönlichkeitsstruktur mit entsprechendem Strukturdefizit zurückgeblieben. Dazu sei – mit der tiefen Beinvenenthrombose – eine nicht ungefährliche somatische Erkrankung gekommen, deretwegen die Versicherte bis heute antikoaguliert werden müsse. Die Störung sei mit einem erheblichen Leiden verbunden, da sie an ihren eigenen Phantasien als beste Mutter und Ehefrau scheitere und sich dafür schuldig und wertlos fühle (S. 50). Die Beschwerdeführerin sei ab 1997 voll berentet gewesen. Wiedereingliederungsmassnahmen und therapeutische Massnahmen seien nicht an die Hand genommen worden. Entsprechend habe sich sehr schnell eine Chronifizierung und eine Regression entwickelt, aus der sich die Versicherte nicht mehr habe befreien können (S. 53). Die Berentung als Bestätigung ihrer Erkrankung habe dazu beigetragen, dass die Versicherte unbewusst im sekundären Krankheitsgewinn und ihrer Identifikation mit der Kranken, Hilflosen, Unfähigen und zu Umsorgenden jahrzehntelang bestätigt worden sei. Dabei handle es sich nicht um einen invaliditätsfremden, vielmehr um einen versicherungsmedizinischen, exogenen Faktor (S. 55). Die innerpsychischen Ressourcen seien in Anbetracht der Persönlichkeitsstörung als beeinträchtigt zu beurteilen (S. 54).

7.3.3 In die Kategorie *«Konsistenz»* fallen verhaltensbezogene Gesichtspunkte (BGE 141 V 281 E. 4.4). Der Gutachter führt dazu aus, es bestehe eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Symptomen und der Gepflegtheit der Versicherten, wie auch bezüglich der Angaben betreffend der Medikamenteneinnahme. Es müsse davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Aggravation der Versicherten zu einem kleinen Teil auch um eine Inszenierung handle, weil sie sich sprachlich nicht besser ausdrücken könne. Teilweise handle es sich auch um eine manipulative Beziehungsgestaltung. Diese sei teilweise bewusst, teilweise unbewusst, was der histrionischen Persönlichkeitsproblematik geschuldet sei. Die Versicherte gebe an, im Haushalt nichts machen zu können, ausser hin und wieder zu kochen. Dies könne nicht nachvollzogen werden. Es bestünden aus

psychiatrisch-gutachterlicher Sicht keine so schweren Befunde, dass eine Beeinträchtigung im Haushalt begründet werden könne (S. 59). Dass die Beschwerdeführerin in gepflegtem Zustand sowie mit modischer Kleidung und Brille zur Begutachtung erschien, deutete der Gutachter als atypisch für die von der Versicherten als einfach beschriebenen Verhältnisse (S. 39). Soweit die Beschwerdeführerin hierzu geltend macht, sie sei von ihrer Freundin und Begleiterin frisch gemacht worden, zu Hause laufe sie in ganz einfachen Kleidern vom Roten Kreuz herum, weil sie solche Mühe habe beim An- und Ausziehen, erweisen sich diese Ausführungen als nicht plausibel. So dürfte der Erwerb einer passenden Brille kaum ohne Mitwirkung der Beschwerdeführerin, welche im Übrigen Modedesignerin als frühere Tätigkeit angibt (S. 41), möglich gewesen sein. Zudem konnte sich die Beschwerdeführerin im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung im unbeobachteten Zustand beim Entkleiden und Ausziehen der Schuhe vollständig in der Hüfte und am Oberkörper flektieren (S. 26).

7.3.4 Der Indikator einer *«gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen»* zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Der Gutachter hält hierzu fest, dass das Aktivitätsniveau der Versicherten unter Berücksichtigung der Aktenlage seit Jahrzehnten tief sei. Mit grosser Wahrscheinlichkeit sei es nie hoch gewesen, denn die Versicherte habe vom Elternhaus in die Ehe gewechselt, ohne eine belastbare Persönlichkeitsstruktur entwickelt zu haben (S. 60).

7.3.5 Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen *«Leidensdruck»* hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Der Gutachter hält hierzu fest, dass die Beschwerdeführerin alle ein bis zwei Monate eine sozialpsychiatrische Therapie besuche (S. 40). Die verschriebenen Psychopharmaka nehme sie jedoch gemäss Laborbefund nicht ein (S. 58). Aus dem Gutachten ergeben sich keine Hinweise, dass der Beschwerdeführerin aufgrund des festgestellten Gesundheitsschadens die Einhaltung eines Therapieplans bzw. die Einnahme von Psychopharmaka nicht möglich sein sollte. Es besteht keine Unfähigkeit zur Therapieadhärenz (S. 60), und der Gutachter attestiert eine unbeeinträchtigte Entscheidungsfähigkeit im Alltag (S. 61). Dass die Beschwerdeführerin in der Schweiz wohl nie in Behandlung war, führt der Gutachter in nachvollziehbarer Weise auf ein Sprachproblem zurück, dürfte es doch zur massgeblichen Zeit mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht möglich gewesen sein, sich in (…) und Umgebung

zu einem portugiesisch sprechenden Fachperson in Psychotherapie zu begeben (S. 60).

7.4 Nach dem Dargelegten ist mit dem Gutachter einig zu gehen, dass die als erheblich eingestuften (S. 54) gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin im Rahmen einer Gesamtbetrachtung und insbesondere auch unter Berücksichtigung der festgestellten Aggravation (S. 61) einer angemessenen Belastung nicht entgegenstehen. Auch unter Berücksichtigung der bestehenden Komorbidität ist die Beschwerdeführerin weder in ihrer Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit noch in ihrer Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit, Konzentriertheit oder in ihrer Selbstpflege eingeschränkt (S. 61). Die in relativ grossen Abständen wahrgenommene sozialpsychiatrische Begleitung weist zwar auf einen gewissen Leidensdruck hin, allerdings besteht diesbezüglich eine Diskrepanz zur von der Beschwerdeführerin nicht eingehaltenen, jedoch verordneten medikamentösen Behandlung. Die berufliche Eingliederung wäre unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Empfehlungen des Gutachters (S. 58 f.) – die Weiterführung der sozialpsychiatrischen Begleitung und insbesondere die Verbesserung der medikamentösen Behandlung – realisierbar. Schliesslich überzeugen auch die gutachterlichen Ausführungen im sozialen Kontext und im Bereich Konsistenz.

7.5 Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hält der Gutachter fest, dass die in den früheren Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeiten von 100 bzw. 20 % unter Berücksichtigung der gestellten Diagnosen und deren Folgen sowie aller Indikatoren und der Aggravation nicht nachvollziehbar seien (S. 61 f.). Während der zweistündigen (S. 45) Untersuchung hätten sich bei der Versicherten keine Gedächtnisprobleme, Aufmerksamkeitsstörungen oder Unkonzentriertheit gezeigt. Sie könne im Alltag entscheiden. Sie sei zwar ängstlich und deprimiert, aber es bestehe keine massive Beeinträchtigung der Realitätsbeurteilung und kein psychotisches Leiden. Die Versicherte drücke ihre Affekte nicht adäquat, sondern körperlich und szenisch aus. Affekte anderer könne sie aufgrund ihrer Selbstbezogenheit kaum wahrnehmen und einschätzen. Berücksichtige man die vorliegenden funktionellen Beeinträchtigungen, die Befunden, auch im Längsschnitt gemäss Aktenlage, die subjektiven Angaben, die reduzierten innerpsychischen Ressourcen, die guten sozialen Ressourcen, aber auch die Aggravation, sei der Versicherten in einer ihren körperlichen Einschränkungen gemäss Ausführungen im rheumatologischen Gutachten angepassten Tätigkeit eine zeitliche Belastung von 70 % und eine ebensolche Leistungsanforderung zuzumuten. Die Versicherte könne bezogen auf ein 42-Stunden-Pensum

an fünf Tagen pro Woche sechs Stunden täglich, gleichmässig verteilt auf Vor- und Nachmittag, einer ihren körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit nachgehen. Bezüglich der Haushaltstätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung aufgrund der freien Einteilung und Möglichkeit von Pausen. Im Rahmen der Konsensbesprechung kommen die Gutachter zum Schluss, dass die psychiatrische Beurteilung hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sei. Die rheumatologisch-schmerzmedizinische Reduktion von 20 % sei bei chronifiziertem Schmerzgeschehen nicht kumulierbar mit der psychiatrischen Beurteilung (IVSTA-act. 320 S. 63 f.). Diese Darlegungen der Gutachter erweisen sich mit Blick auf die Aktenlage als nachvollziehbar. Dagegen bringt die Beschwerdeführerin nichts vor, was ernsthafte Zweifel an den gutachterlichen Ausführungen erwecken würde.

7.6 Bezüglich der geltend gemachten Verschlechterung des psychischen Zustandes seit Erstellung des bidisziplinären Gutachtens vom 21. Mai 2017 verweist die Beschwerdeführerin auf zwei Berichte ihres behandelnden Psychiaters Dr. H._____ (Bericht vom 20.10.2018 [IVSTA-act. 387 [Doppel von 348; Übersetzung BVGer-act. 19]; Bericht vom 5.10.2019 [IVSTA-act. 421, Übersetzung BVGer-act. 19]). Zudem liegt ein handschriftliches Reiseunfähigkeitszeugnis vom 25. Juli 2018 bei den Akten (IVSTA-act. 343, Übersetzung BVGer-act. 19). Diesen Berichten zufolge leide die Beschwerdeführerin an einer schweren Depression mit wiederkehrenden Selbstmordgedanken, schweren Angstzuständen, pathologischem Kummer, Gleichgewichtsstörungen mit häufigen Stürzen, eingeschränkter Mobilität und schwerer venöser Insuffizienz der unteren Gliedmassen, vor allem auf der linken Seite; sie sei vollständig und dauerhaft arbeitsunfähig und definitiv nicht in der Lage, regelmässige Aufgaben jeglicher Art zu erfüllen. Die Inhalte dieser Berichte decken sich somit weitgehend mit denjenigen Berichten von Dr. H._____, welche bereits Gegenstand der gutachterlichen Beurteilung bildeten (Bericht vom 30.04.2009 [IVSTA-act. 63 S. 1-3], Bericht vom 06.06.2009 [IVSTA-act. 63 S. 4-8], Bericht vom 01.05.2015 [IVSTA-act. 237 S. 1 f.]). Weiter nennt der behandelnde Psychiater als neue Beschwerden Gleichgewichtsstörungen mit häufigen Stürzen sowie eine schwere venöse Insuffizienz der unteren Gliedmassen und erwähnt häufige und regelmässige Physiotherapiebesuche. Angesichts der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten engmaschigen medizinischen Betreuung und Überwachung aufgrund der bestehenden Antikoagulation ist nicht nachvollziehbar, dass zu diesen (neuen) Beschwerden keine weitere medizinische Dokumentation bei den Akten liegt. Dasselbe gilt für die in der Beschwerde erwähnten stationären Klinikaufenthalte wegen

akuter Suizidalität. Die besagten Angaben sind somit nicht weiter belegt, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Folglich ergeben sich aus den seit Erstellung des bidisziplinären Gutachtens vom 21. Mai 2017 eingereichten Berichten des behandelnden Psychiaters keine neuen Aspekte, welche weitere Abklärungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin als notwendig erscheinen liessen. In Bezug auf die vom behandelnden Psychiater angenommene vollständige Arbeitsunfähigkeit in allen Bereichen ist festzuhalten, dass diese Berichte den beweisrechtlichen Anforderungen nicht genügen, namentlich sind sie hinsichtlich der zwingend durchzuführenden Indikatorenprüfung unvollständig. Überdies kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. Urteil BGer 8C_653/2019 vom 8. Januar 2019 E. 4.2 m.H.). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lassen es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; Urteil des BGer 9C_654/2015 vom 10. August 2016 E. 4.4; vgl. auch Urteil des BGer 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.1). Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt (oder ungewürdigt) geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5; SVR 2008 IV Nr. 15 [I 514/06] E. 2.1.1; Urteile des BGer 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2; 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1). Solche Umstände sind vorliegend jedoch nicht auszumachen.

7.7 Somit ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten auf allseitigen Untersuchungen durch einen entsprechend qualifizierten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beruht, in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde und die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden berücksichtigt, was sich einerseits aus der chronologischen Auflistung sämtlicher Akten sowie der Zusammenfassung der wichtigsten Vordokumente (vgl. S. 3-16/46-48) und andererseits aus den ausführlichen Anamneseerhebungen des Gutachters ergibt (vgl. S. 38-45). Im Weiteren wurden die festgestellten Untersuchungsbefunde aufgeführt und die gestellten Diagnosen begründet (vgl. S. 48-51). Die Aggravation (vgl. oben E. 7.4 f.) wurde vom Gutachter weitestmöglich und in nachvollziehbarer Weise berücksichtigt

(vgl. S. 54/55/59/63). Die Ergebnisse des psychiatrischen Teilgutachtens fanden Eingang in die Konsensbesprechung im Rahmen der Erstellung des bidisziplinären Gutachtens (vgl. S. 63 f.). Die gutachterliche Einschätzung zur Arbeitsunfähigkeit wurde unter Beachtung der massgebenden Indikatoren hinreichend und nachvollziehbar begründet. Das psychiatrische Teilgutachten erfüllt daher die Kriterien einer beweiswertigen medizinischen Expertise. Nachdem für die Zeit nach Erstellung des bidisziplinären Gutachtens und vor Erlass der angefochtenen Verfügung keine Hinweise auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, ist auf die Ausführungen der Gutachter zum Ausmass der Arbeitsunfähigkeit abzustellen.

8.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ausreichend abgeklärt hat. Die Arbeitsunfähigkeit beträgt somit sowohl in angestammter als auch in einer Verweistätigkeit 30 %. Von weiteren Beweisabnahmen sind keine neuen Erkenntnisse zum gesundheitlichen Zustand bzw. zur Arbeitsfähigkeit zu erwarten, weshalb der Antrag auf Erstellung eines neuen polydisziplinären Gutachtens abzuweisen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d m.H.).

9.

Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass die Verwertbarkeit der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit angesichts der reduzierten zusammenhängenden Arbeitszeit, des Mangels an Ausbildung, Sprachkenntnissen und Berufserfahrung, ihres Alters, ihres Gesundheitszustandes und des damit verbundenen Risikos krankheitsbedingter Ausfälle, geringer Anpassungsfähigkeit, fehlender Gruppenfähigkeit und ihrer langen Absenz vom Arbeitsmarkt nicht gegeben sei. Eine Invaliditätsgradbemessung sei durch die IVSTA unbegründet nicht vorgenommen worden, wobei vorliegend aufgrund des langen Zeitablaufs sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen anhand der LSE 2018 zu berechnen seien. Angesichts der noch zumutbaren Tätigkeit, für welche lediglich Nischenarbeitsplätze in Frage kommen würden, deren Vorhandensein nicht vermutet werden könne, sowie der bestehenden Therapiebedürftigkeit sei zudem ein Leidensabzug von mindestens 15 % gerechtfertigt. Auf den Einkommensvergleich der Vorinstanz könne nicht abgestellt werden (BVGer-act. 12). In ihrer Duplik weist die Vorinstanz darauf hin, dass für die Beschwerdeführerin keinesfalls nur eigentliche Nischentätigkeiten in Frage kämen. Die

Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen allgemeinen Arbeitsmarkt stehe nicht in Frage. Am durchgeführten Einkommensvergleich werde festgehalten (BVGer-act. 15).

9.1 Nach der Rechtsprechung hängt die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend sind die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers rechnen können. Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteile des BGer 9C_21/2022 vom 15. Juni 2022 E. 2.3.1; 8C_416/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 4 m.H.). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 143 V 431 E. 4.5.1). Im vorliegenden Fall war die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens vom 21. Mai 2017 54 Jahre alt und aufgrund der Feststellungen im bidisziplinären Gutachten vom 21. Mai 2017 nicht derart eingeschränkt, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine entsprechenden Tätigkeiten mehr zur Verfügung stehen würden bzw. eine Anstellung nicht mehr als realistisch erscheint (vgl. Urteil des BGer 8C_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2.3). Dies umso mehr, als die Restarbeitsfähigkeit von 70 % auch für die angestammte Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin gilt. Der Beschwerdeführerin verblieb demnach noch eine ausreichende Aktivitätsdauer, um eine neue einfache

Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben (vgl. Urteil des BGer 9C_693/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.1.1). Ausserdem steht ihr ein breites Spektrum an Verweistätigkeiten offen. Hinzu kommt, dass gerade Hilfsarbeiten auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. BGE 146 V 16 E. 7.2.1; Urteil des BGer 8C_128/2022 vom 15. Dezember 2022 E. 6.2.3). Zudem erfordern einfache und repetitive Tätigkeiten weder gute Sprachkenntnisse noch ein besonderes Bildungsniveau (Urteile des BGer 9C_777/2015 vom 12. Mai 2016 E. 5.3; 9C_426/2014 vom 18. August 2014 E. 4.2).

9.2 Für den Einkommensvergleich sollen die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen) ziffernmässig möglichst genau ermittelt werden; die Differenz ergibt den Invaliditätsgrad. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach den im Einzelfall bekannten Umständen zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt beziffert sein, z.B. in Form sogenannter Tabellenlöhne gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik. Genügen kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen, vor allem wenn die versicherte Person in der angestammten Tätigkeit weiterarbeiten kann. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird; vorbehältlich einer Herabsetzung des Invalideneinkommens ergibt sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad (sogenannter Prozentvergleich; vgl. Urteil des BGer 9C_380/2022 vom 25. September 2023 E. 4.4.4 m.w.H). Nachdem der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit weiterhin zumutbar ist, entspricht ihre medizinisch-theoretisch geschätzte Arbeitsunfähigkeit somit grundsätzlich dem Invaliditätsgrad und die Durchführung eines Einkommensvergleichs erübrigt sich. Der von der Vorinstanz zusammen mit der Vernehmlassung eingereichte Einkommensvergleich (BVGer-act. 6 Beilage), welcher anhand von Tabellenlöhnen gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung aus dem Jahr 2018 (LSE 2018) vorgenommen wurde und einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 32 % ausweist, wurde allein aufgrund der Stellungnahmen des medizinischen Dienstes erstellt, in welchen die zuständige Ärztin neu von einer umfassenden Arbeitsunfähigkeit im angestammten Bereich aufgrund der pneumologischen Thematik ausging (vgl. oben E. 6.6). Der Einkommensvergleich ist

entsprechend nicht von Relevanz, weshalb auch offenbleiben kann, ob er – wie von der Beschwerdeführerin bezweifelt – korrekt durchgeführt wurde.

9.3 Zu prüfen bleibt, ob ein von der Beschwerdeführerin beantragter Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist, wobei ein solcher Abzug entgegen den Ausführungen der Vorinstanz auch im Rahmen eines Prozentvergleichs zulässig wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2022 vom 25. September 2023 E. 4.4.4 m.w.H.). Mit einem Abzug vom Tabellenlohn 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, und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. 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 (vgl. Urteil des BGer 8C_420/2023 vom 1. Juli 2024 E. 4.1 m.H.). Das Alter kann die Stellensuche zwar faktisch negativ beeinflussen, muss jedoch als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (vgl. Urteile des BGer 8C_411/2019 vom 16. Oktober 2019 E. 8.2). Eine Abweichung von diesem Grundsatz ist vorliegend mit Bezug auf die zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung 54 Jahre alte Beschwerdeführerin nicht angezeigt (vgl. Urteile des BGer 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E.3.3.2). Sodann gilt die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bzw. eine fehlende Berufserfahrung nach der Rechtsprechung grundsätzlich als nicht zusätzlich lohnmindernd (Urteile des BGer 8C_166/2017 vom 3. Juli 2017 E. 6 m.H; 9C_733/2008 15. Januar 2009 E. 4.3). Dasselbe gilt für eine fehlende Berufsausbildung (vgl. Urteile des BGer 9C_418/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 4.5.2). Ein erhöhter Pausenbedarf sowie die Einschränkung der Arbeitszeit auf zweimal drei Stunden sind nicht abzugsrelevant (vgl. Urteile des BGer 8C_627/2021 vom 25. November 2021 E. 5.2; 8C_393/2020 vom 21. September 2020 E. 4.2), zudem wurden diese Faktoren bereits bei der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Sie können daher nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfliessen (vgl. Urteil des BGer 9C_833/2017 vom 20. April 2018 E. 2.2). Die weiteren geltend gemachten Faktoren der fehlenden Gruppen- bzw. Teamfähigkeit (Urteil des BGer I 101/07 vom 3. Januar 2008 E. 6.3), der vermehrten Krankheitsabsenzen (Urteil des BGer 9C_444/2018 vom 17. Oktober 2018 E. 3.2) sowie der fehlenden Sprachkenntnisse (8C_627/2021 vom 25. November 2021 E. 7.2 m.H.) sind

ebenfalls nicht abzugsbegründend. Ein leidensbedingter Abzug ist daher nicht angezeigt.

9.4 Nachdem die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit weiterhin zu 70 % arbeitsfähig ist und nach dem Gesagten keine weiteren Faktoren vorliegen, welche die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit erschweren (vgl. BGE 126 V 75), ergibt sich ein nicht anspruchsbegründender Invaliditätsgrad von 30 %.

10.
Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass sie am Eingliederungsgespräch vom 10. Oktober 2019 habe teilnehmen wollen. Die Fluggesellschaft habe sich jedoch geweigert, sie auf dem geplanten Flug mitzunehmen. Dieser Umstand könne ihr nicht als Vereitelungshandlung oder gar als fehlender Eingliederungswille angelastet werden. Es sei unzulässig, die Invalidenrente bereits vor dem Beginn von Wiedereingliederungsmassnahmen einzustellen, um sie Jahre später für die Dauer der Massnahmen zur Wiedereingliederung wieder zu gewähren. Die rentenbegleiteten Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8*a* IVG hätten grundsätzlich nahtlos an die Rentenaufhebung gemäss Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG anzuknüpfen. Der Beschwerdeführerin seien im Nachgang der Verfügung vom 18. Juli 2013 keinerlei Eingliederungsmassnahmen angeboten worden.

10.1 Wird die Rente gestützt auf Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG herabgesetzt oder aufgehoben, so hat die Bezügerin oder der Bezüger Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8*a* IVG. Ein Anspruch auf eine Übergangsleistung nach Art. 32 Abs. 1 Bst. c IVG entsteht dadurch nicht (Bst. a Abs. 2 SchlBest. IVG). Werden Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8*a* IVG durchgeführt, so wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung (Bst. a Abs. 3 SchlBest. IVG).

10.2 Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entsteht frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (Art. 9 Abs. 1*bis* IVG). Diese Voraussetzung der Versicherungsunterstellung gilt auch für die in Bst. a Abs. 2 SchlBest. in Verbindung mit Art. 8*a* IVG vorgesehenen Wiedereingliederungsmassnahmen. Es ist mit dem Gemeinschaftsrecht, insbesondere dem Diskriminierungsverbot, vereinbar, Personen ohne Wohnsitz und Erwerbstätigkeit in der Schweiz, deren Invalidenrente gestützt auf

Bst. a Abs. 1 SchlBest. IVG aufgehoben wurde, mangels Versicherungsunterstellung vom Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen und vom akzessorischen Anspruch auf Weiterausrichtung der bisherigen Rente während deren Dauer (Bst. a Abs. 2 und 3 SchlBest.) auszuschliessen (BGE 145 V 266 E. 4.2, E. 5).

10.3 Nachdem die Beschwerdeführerin seit Juli 2003 nicht mehr in der Schweiz, sondern in Portugal wohnhaft ist und seither auch nicht mehr in der Schweiz erwerbstätig war, erfüllte sie im massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 18. Juli 2013 bzw. am 20. November 2020 die versicherungsmässigen Voraussetzungen für Leistungen der Invalidenversicherung gemäss Art. 1*b* IVG i.V.m. Art. 1a AHVG nicht mehr. Mit dem Wegfall der Versicherungsunterstellung hatte sie gemäss Art. 9 Abs. 1*bis* IVG keinen Anspruch mehr auf Wiedereingliederungsmassnahmen nach Bst. a Abs. 2 SchlBest. IVG i.V.m. Art. 8*a* IVG. Gleichzeitig entfiel auch der dazu akzessorische Anspruch auf Weiterführung der Rente während der Dauer der Massnahmen gestützt auf Bst. a Abs. 3 SchlBest. IVG. Ein Anwendungsfall von Abschnitt A Nr. 1 Bst. i Ziff. 8 Anhang II FZA bzw. Ziff. 8 Anhang XI VO Nr. 883/ 2004, wonach eine verlängerte Versicherungsdeckung für «den Erwerb des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen bis zur Zahlung einer Invalidenrente und während der Durchführung dieser Massnahmen» vorgesehen ist, liegt ebenfalls nicht vor, nachdem es vorliegend um Wiedereingliederungsmassnahmen im Zusammenhang mit einer Rentenaufhebung geht (vgl. BGE 145 V 266 E. 5 und 6.3.6). Allerdings hat auch in solchen Fällen das durch Rz. 1004.2 des Kreisschreibens über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (KSSB, in der ab 1. Januar 2016 gültigen Fassung) vorgeschriebene persönliche Gespräch zu erfolgen (vgl. Urteil des BVGer C-3507/2014 vom 25. Mai 2016 E. 5.4). Mit der Organisation eines Besprechungstermins am 10. Oktober 2019 einschliesslich Abklärung der Reisefähigkeit ist die Vorinstanz dieser Vorgabe nachgekommen. Dass das Gespräch schliesslich zufolge einer Transportverweigerung seitens der Fluggesellschaft nicht stattfand, lag gestützt auf die Aktenlage allein im Verhalten der Beschwerdeführerin begründet, nachdem diese der Fluggesellschaft offenbar ein Reiseunfähigkeitszeugnis ihres behandelnden Psychiaters vorgewiesen hatte (vgl. IV-STA-act. 405 und 407 mit Beilage [entspricht IVSTA-act. 421, Übersetzung BVGer-act. 19]; zum Beweiswert dieses Arztzeugnisses vgl. oben E. 7.6).

10.4 Im Übrigen vermag die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass die Vorinstanz vor Erlass ihrer ursprünglich rentenaufhebenden Verfügung vom 18. Juli 2013 kein Gespräch bezüglich Eingliederungsmassnahmen

durchgeführt hatte, nichts für sich abzuleiten. Auch wenn ein solches Gespräch durchgeführt worden wäre, hätte dies an der dannzumal mangelhaften Feststellung des rechtserheblichen (medizinische) Sachverhalts und damit an der Gutheissung der Beschwerde und Rückweisung an die Vorinstanz zwecks Einholung eines neuen Gutachtens nichts geändert. Erst gestützt auf das 2017 eingeholte bidisziplinäre Gutachten konnte die Vorinstanz darüber entscheiden, ob die Voraussetzungen für eine Rentenaufhebung und damit auch für die Durchführung des notwendigen Gesprächs bezüglich Eingliederungsmassnahmen gegeben waren.

11.
Zusammenfassend ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin gestützt auf die ergänzenden medizinischen Abklärungen der Vorinstanz kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorliegt und kein Anspruch auf weitergehende Eingliederungsmassnahmen besteht. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

12.

12.1 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 (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind jedoch keine Verfahrenskosten aufzuerlegen, weil ihrem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Zwischenverfügung vom 4. März 2021 stattgegeben wurde (BVGer-act. 8).

12.2 Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG; Art. 7 Abs. 1 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Die obsiegende Vorinstanz hat ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

12.3 Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat als amtlich bestellte Anwältin (Art. 65 Abs. 2 VwVG) Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Die Bemessung richtet sich nach den für die Parteientschädigung geltenden Grundsätzen (Art. 12 i.V.m. Art. 8 ff. VGKE), wobei die Mehrwertsteuer auch dann geschuldet ist, wenn die beschwerdeführende Partei ihren Wohnsitz im Ausland hat (vgl. BGE 141 IV 344 E. 4). Mit der eingereichten Kostennote (BVGer-act. 17) macht die Rechtsvertreterin bei einem Aufwand von 15 Stunden 45 Minuten zu einem Stundenansatz von

Fr. 300.– ein Honorar von Fr. 4'725.– sowie Auslagen von Fr. 141.45 (pauschal 3 % des Stundenhonorars) geltend.

12.4 Das Anwaltshonorar wird nach dem notwendigen Zeitaufwand des Vertreters oder der Vertreterin bemessen, wobei der Stundenansatz mindestens 200 und höchstens 400 Franken beträgt (Art. 10 Abs. 1 und 2 VGKE). Im Bereich der Invalidenversicherung beträgt der vor Bundesverwaltungsgericht übliche Stundenansatz Fr. 250.– (vgl. Urteil des BVGer C-3286/2014 vom 15. Mai 2017 E. 6.2.2 m.H. auf Urteil des BGer 9C_484/2010 vom 16. September 2010 E. 3). Der von der Rechtsvertreterin geltend gemachte Stundenansatz ist entsprechend zu reduzieren. Im Übrigen erscheint der geltend gemachte Zeitaufwand angemessen. Daraus ergibt sich ein Honorar von Fr. 3'937.50.

12.5 Mangels rechtlicher Grundlage können Auslagen nicht in Prozenten des Stundenaufwandes geltend gemacht werden, vielmehr ist auf den tatsächlich und notwendig entstandenen Aufwand abzustellen (vgl. Art. 11 VGKE; Urteil des BVGer C-5979/2019 vom 12. September 2022 E. 10.2.5 m.H.). Da die tatsächlichen Auslagen nicht ausgewiesen sind, sind diese aufgrund der Akten schätzungsweise auf Fr. 70.– festzusetzen.

12.6 Nach dem Gesagten belaufen sich die Kosten der Vertretung somit auf Fr. 4'007.50 zuzüglich 7,7 % MwST (Fr. 308.60), insgesamt somit auf Fr. 4'316.10. Gelangt die Beschwerdeführerin später zu hinreichenden Mitteln, so ist sie verpflichtet, der Gerichtskasse Ersatz zu leisten (Art. 65 Abs. 4 VwVG).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.
Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.
Rechtsanwältin Tania Teixeira wird für das Beschwerdeverfahren eine Entschädigung von Fr. 4'316.10 aus der Gerichtskasse zugesprochen.

Gelangt die Beschwerdeführerin später zu hinreichenden Mitteln, so hat sie diesen Betrag dem Bundesverwaltungsgericht zurückzuerstatten.

4.
Dieses Urteil geht an die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz und das BSV.

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:	Die Gerichtsschreiberin:
David Weiss	Fiona Schneider

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: