

BVGer C-3493/2022 vom 28. November 2025

Bundesverwaltungsgericht, 2025-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3493_2022

FR: TAF C-3493/2022 du 28 novembre 2025

IT: TAF C-3493/2022 del 28 novembre 2025

Regeste

Rentenrevision

Erwägungen

E. 1

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht [VGG; 173.32]; Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als direkte Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG) und der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet (Art. 63 Abs. 4 VwVG). Da sämtliche Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

C-3493/2022 Seite 6

E. 2

Anfechtungsobjekt und somit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 134 V 418 E. 5.2; 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 19. Juli 2022, mit welcher die bisher ausgerichtete ordentliche ganze Invalidenrente der Versicherten für die Zukunft, d.h. vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an, aufgehoben wurde. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Rentenaufhebung zur Recht erfolgt ist. Dabei ist zu beachten, dass bei der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente die (geänderte) Rente als solcher Streitgegenstand bildet, nicht die rechtliche Begründung für diese Leistungsanpassung (Urteil des Bundesgerichts [im Folgenden: BGE] 9C_31/2014 vom 5. September 2014 E. 5; Urteile des Bundesverwaltungsgerichts [nachfolgend: BVGer] C-1336/2021 vom 21. Dezember 2023 E. 2.5 mit Hinweisen).

E. 3.1

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

Be- gründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Grün- den gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2; PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Vo- lume II, Les actes administratifs, 3. Auflage 2011, N. 2.2.6.5 S. 300 f.; BENOÎT BOVAY, Procédure administrative, 2. Auflage 2015, S. 243).

E. 3.2

Das Verwaltungsverfahren wie auch der Sozialversicherungsprozess vor dem Bundesverwaltungsgericht sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 12 VwVG). Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdeverfahren das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des erheblichen Sachverhalts zu sorgen (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2; 137 V 210 E. 1.2.1 und 2.1.1; 136 V 376 E. 4.1.1). Dieser Grundsatz gilt indessen nicht unbeschränkt und findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Partei (vgl. Art. 43 Abs. 3 ATSG; BGE 125 V 195 E. 2 und 122 V 158 E. 1a, je mit weiteren Hinweisen).

C-3493/2022 Seite 7

E. 4.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit- sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 19. Juli 2022) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verän- dert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsver- fügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

E. 4.2

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze mass- geblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts- folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1; 144 V 210 E. 4.3.1). 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. Vorliegend fand die im Rahmen der eingeleiteten Rentenre- vision massgebende Änderung des Invaliditätsgrads nach dem 31. Dezem- ber 2021 statt (konkret am 17. Januar 2022; vgl. unten E. 13.8.3). Es finden demnach die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der ab dem 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung (vgl. Kreisschreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Stand 1. Ja- nuar 2022, Rz. 9102).

E. 4.3

Die Beschwerdeführerin ist türkische Staatsangehörige, wohnt wieder in der Türkei und war bei der schweizerischen AHV/IV versichert (IV-act. 55). Das Abkommen vom 1. Mai 1969 zwischen der Schweiz und der Re- publik Türkei über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.763.1; nachfolgend: Sozialversicherungsabkommen) findet deshalb Anwendung. Nach Art. 2 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens sind die Staatsangehörigen der einen Vertragspartei in ihren Rechten und Pflichten aus der Gesetzge- bung der anderen Vertragspartei – wozu auch die schweizerische Bundes- gesetzgebung über die Invalidenversicherung gehört (vgl. Art. 1 Bst. B/1b des Sozialversicherungsabkommens) –

einander gleichgestellt, soweit nichts anderes bestimmt ist. Hinsichtlich der Voraussetzungen des Anspruchs auf eine schweizerische Invalidenrente sowie der anwendbaren Verfahrensvorschriften sieht das Sozialversicherungsabkommen und die dazugehörige Verwaltungsvereinbarung vom 14. Januar 1970 (SR 0.831.109.763.11) keine im vorliegenden Verfahren relevanten Abweichungen vom Grundsatz der Gleichstellung vor. Insbesondere haben

C-3493/2022 Seite 8 türkische Staatsangehörige grundsätzlich unter den gleichen Voraussetzungen wie Schweizerbürger Anspruch auf die ordentlichen Renten der schweizerischen Invalidenversicherung (Art. 10 Abs. 1 des Sozialversicherungsabkommens). Demnach beurteilt sich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

E. 5.1

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).

E. 5.2

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).

E. 5.3

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; AS 2007 5129; BBl 2005 4459) wurde die Rente nach dem Invaliditätsgrad wie folgt abgestuft: ein Invaliditätsgrad von mindestens

C-3493/2022 Seite 9 40 % gab Anspruch auf eine Viertelsrente, ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, ein Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ein Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente. Der neue Art. 28b IVG, in Kraft seit dem 1. Januar 2022,

sieht vor, dass die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt wird (Abs. 1). Bei einem Invaliditätsgrad von 50–69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40–49 % erhöht sich der Rentenanspruch linear von einem Anteil von 25–47.5 % (Abs. 4). Laufende Rentenleistungen werden in das neue stufenlose Rentensystem überführt, sofern die Voraussetzungen gemäss den Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 erfüllt sind (vgl. BBl 2017 2535, 2679). Für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die – wie vorliegend die Beschwerdeführerin – bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, bleibt der bisherige Rentenanspruch solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert (Bst. b Abs. 1 der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020).

E. 5.4

Art. 29 Abs. 4 IVG bestimmt, dass wenn der Invaliditätsgrad weniger als 50 % beträgt, die entsprechenden Renten grundsätzlich nur an Versicherte ausbezahlt werden, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Auch das Sozialversicherungsabkommens zwischen der Schweiz und der Türkei sieht vor, dass ordentliche Renten für Versicherte, die weniger als zur Hälfte invalid sind, türkischen Staatsangehörigen, welche die Schweiz endgültig verlassen, nicht ausgerichtet werden können (Art. 10 Abs. 2 des Abkommens).

E. 5.5

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist (Statusfrage), was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, gemischte Methode oder Betätigungsvergleich) führt, ergibt sich aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung

C-3493/2022 Seite 10 entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme eines massgebenden Status im Gesundheitsfall der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.1; 137 V 334 E. 3.2; 125 V 146 E. 2c; Urteil BGer 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 2.3).

E. 5.6

Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung des Invaliditätsgrades in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode der Invaliditätsbemessung gemäss eines Betätigungsvergleichs). Als Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG der im Haushalt tätigen Versicherten gilt die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Pflege und Betreuung von Angehörigen (Art. 27 Abs. 1 IVV). Die Invaliditätsbemessung erfolgt im Regelfall durch eine Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV), welche den Vorgaben im Kreisschreiben des BSV zu entsprechen

hat (vgl. BGE 130 V 97 E. 3.3.1; vgl. KSIR Rz. 3600 ff.). Bei im Ausland wohnenden Versicherten kann allenfalls auf eine Haushaltabklärung an Ort und Stelle verzichtet werden. Diesfalls hat die Einschätzung der Invalidität im gewohnten Aufgabenbereich unter Mitwirkung eines Arztes zu erfolgen und dieser hat sich ausführlich und detailliert zu den von der versicherten Person angegebenen Einschränkungen zu äussern (vgl. Urteil des BGer I 733/06 vom 16. Juli 2007 E. 4.2.2; Urteil des BVGer C-6210/2017 vom 30. März 2020 E. 4.6.1 und 4.6.2; vgl. auch ROLAND HOCHREUTENER, IV-Leistungen für Versicherte im Ausland, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht, 2016, S. 107 mit Hinweisen auf Urteile des BVGer C-7026/2013 vom 9. September 2015 E. 5.5.1; C-4491/2013 vom 4. Mai 2015 E. 6.9). Die Abklärung erstreckt sich im Haushalt auch auf den zumutbaren Umfang der Mithilfe von Familienangehörigen, welche im Rahmen der Schadenminderungspflicht zu berücksichtigen ist und weitergeht als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (Urteil des BGer 9C_161/2019 vom 28. Juni 2019 E. 6.1).

E. 6.1

Die Vorinstanz ist gemäss Begründung in der angefochtenen Verfügung ab dem 17. Januar 2022 von einer Verbesserung des Gesundheitszustands der Versicherten ausgegangen im Vergleich zu demjenigen gemäss Verfügung vom 28. September 2017. Sie macht damit das Vorliegen eines Revisionsgrundes im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG geltend.

C-3493/2022 Seite 11 Art. 17 Abs. 1 ATSG sieht vor, dass wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (Bst. a) oder auf 100 % erhöht (Bst. b), die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben wird. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1; 141 V 9 E. 2.3; 130 V 343 E. 3.5). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte Beurteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; 130 V 343 E. 3.5.2; Urteile des BGer 9C_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.2; 8C_236/2022, 8C_301/2022 vom 4. Oktober 2022 E. 7.2).

E. 6.2.1

Der Revisionsordnung nach Art. 17 ATSG geht der Grundsatz vor, wonach der Versicherungsträger nach Art. 53 Abs. 2 ATSG wiedererwägungsweise auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen kann, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist, was auf periodische Dauerleistungen, wie die Invalidenrente, regelmässig zutrifft (vgl. BGE 119 V 475

C-3493/2022 Seite 12 E. 1c; Urteile des BGer 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.2; 9C_828/2008 vom 25. Februar 2009 E. 6). Die Wiedererwägung unterliegt keiner zeitlichen Befristung (vgl. BGE 140 V 514 E. 3) und dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung. Zweifelloser Unrichtigkeit bedeutet, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also einzig dieser Schluss – dass die Verfügung unrichtig ist – denkbar ist. Es muss sich um grobe Fehler der Verwaltung handeln (vgl. Urteil des BGer 9C_429/2012 vom 19. September 2012 E. 2.2 mit Hinweisen). Dieses Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung unvertretbar war, weil sie aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgte oder weil massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 138 V 324 E. 3.3). Qualifiziert unrichtig ist die Verfügung auch dann, wenn ihr ein unvollständiger Sachverhalt zugrunde lag. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn in klarer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) die Invaliditätsbemessung nicht auf einer nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruht oder die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt worden sind (BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteile des BGer 9C_221/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 3.1; 8C_280/2017 vom 28. Juli 2017 E. 2.3; 9C_508/2015 vom 4. März 2016 E. 3; 9C_427/2014 vom 1. Dezember 2014 E. 2.2; 9C_466/2010 vom 23. August 2010 E. 3.2.2). Zurückhaltung bei der Annahme zweifelloser Unrichtigkeit ist stets dann geboten, wenn der Wiedererwägungsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung betrifft, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzungen oder Beweiswürdigungen und damit auf Elementen beruht, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen. Zudem beurteilt sich die Frage nach der zweifellosen Unrichtigkeit nach der Rechtslage im Zeitpunkt des Verfügungserlasses, einschliesslich der damaligen Rechtspraxis (vgl. BGE 138 V 147 E. 2.1). Soweit vor diesem Hintergrund ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 144 I 103 E. 2.2; 141 V 405 E. 5.2; Urteil des BGer 9C_212/2021 vom 22. Oktober 2021 E. 4.5.1 mit Hinweisen). Eine Praxisänderung vermag kaum je die frühere Praxis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen (BGE 144 I 103 E. 2.2, 125 V 383 E. 3).

E. 6.2.2

Sind die Voraussetzungen einer Wiedererwägung gegeben, kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die

C-3493/2022 Seite 13 zweifelloser Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung mit dieser substituierten Begründung (Motivsubstitution) schützen (BGE 125 V 368 E. 2; vgl. Urteile des BGer 8C_23/2015 vom 24. Juli 2015 E. 2.2; 8C_33/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 4.1, nicht publiziert im BGE 140 V 8).

E. 6.3

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; vgl. auch Art. 85 Abs. 2 IVV).

E. 7.1

Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3; 143 V 418 E. 6; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4; siehe auch BGE 140 V 193 E. 3.2 und Hinweise). Die endgültige Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann, obliegt jedoch der Verwaltung (im Beschwerdefall dem Gericht), welche die medizinischen Unterlagen im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes frei überprüft (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.1; 144 V 50 E. 4.3; 140 V 193 E. 3.2; Urteil des BGer 9C_618/2019 vom 16. März 2020 E. 7.1).

E. 7.2

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

C-3493/2022 Seite 14

E. 8

Vorliegend ist unbestritten, dass die Verfügung vom 28. September 2017 Ausgangspunkt bildet für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des im Juli 2021 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne des Art. 17 ATSG eingetreten ist. Mit der Verfügung vom 28. September 2017 wurde zuletzt eine materielle und umfassende Prüfung des Rentenanspruches vorgenommen. Somit ist vorerst der Sachverhalt, wie er sich am 28. September 2017 präsentierte, darzulegen (vgl. nachfolgende E. 9). Dieser ist dann mit dem Sachverhalt, der bis zum 19. Juli 2022 vorlag, als die umstrittene Verfügung gefällt wurde, zu vergleichen (vgl. unten E. 10 ff., insbesondere E. 13.7).

E. 9.1

Mit der Verfügung vom 28. September 2017 hat die Vorinstanz der Versicherten rückwirkend ab dem 1. Februar 2013 eine ordentliche ganze Invalidenrente zugesprochen. Diese Rentenzusprache erfolgte aus medizinischer Sicht im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung von Dr. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie des medizinischen Dienstes der IVSTA. Diese Ärztin wurde eingeladen, anhand der Ak-

tenlage zu beurteilen, ob eine Arbeitsunfähigkeit im Haushalt bis zum 30. April 2015 vorlag, als die Versicherte ihren Wohnsitz wieder in die Türkei verlegte (IV-act. 37). Es ging zudem um die Umsetzung des Urteils des kantonalen Versicherungsgerichts vom 2. Mai 2016 (IV-act. 36, 45 S. 1).

E. 9.2.1

Dr. F._____ hat in ihrer medizinischen Stellungnahme vom 22. Juni 2017 die folgenden ärztlichen Berichte gewürdigt (IV-act. 45): den Bericht der kardiologischen Untersuchung vom 20. November 2006 des Kantonsspitals C._____ (IV-act. 9 S. 16 und 17), den Bericht der ambulanten Konsultation vom 19. Februar 2007 des Spitals G._____ (IV-act. 9 S. 15), den Kurzaustrittsbericht vom 22. Dezember 2007 des Spitals G._____ (IV-act. 9 S. 13), den neurologischen Bericht vom 19. März 2008 des Kantonsspitals C._____ (IV-act. 9 S. 11), die Notfallmeldung vom 29. Februar 2012 von Dr. H._____, Allgemeinmedizinerin und Hausärztin der Versicherten (IV-act. 9 S. 10), den Austrittsbericht vom 9. März 2012 der psychiatrischen Klinik I._____ (IV-act. 9 S. 7 ff.), das Gesprächsprotokoll vom 21. August 2012 von Dr. J._____ des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Invalidenversicherung (nachfolgend: RAD), gegengezeichnet am 21. September 2012 von Dr. H._____ (IV-act. 7), den

C-3493/2022 Seite 15 Bericht vom 12./14. November 2012 von Dr. H._____ (IV-act. 9 S. 1 bis 6), die Stellungnahme vom 7. Dezember 2012 von Dr. J._____ des RAD (IV-act. 12) und den Verlaufsbericht mit Beiblatt vom 12. Juli 2013 von Dr. H._____ (IV-act. 18). Die IVSTA-Ärztin berücksichtigte zudem den Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten, welcher am 14. April 2017 von der Versicherten ausgefüllt und unterschrieben wurde (IV-act. 42).

E. 9.2.2

In Würdigung dieser Berichte stellte Dr. F._____ als Hauptdiagnose eine schwere depressive Episode (F32.2). In der bisherigen Tätigkeit bestünde ab dem 4. April 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 35% und ab dem 29. Februar 2012 eine solche von 70% (IV-act. 45). Die IVSTA-Ärztin führte aus (IV-act. 45), dass nur wenige medizinische Informationen vorlägen. Das kantonale Versicherungsgericht habe jedoch das Attest einer seit Mai 2005 bestehenden relevanten Arbeitsunfähigkeit als glaubwürdig qualifiziert, auch wenn nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad festgestanden habe, dass die Versicherte ab Mai 2005 vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Das Versicherungsgericht habe weiter eine Begutachtung oder eine nochmalige Nachfrage bei Dr. H._____, Hausärztin, nicht als zielführend erachtet. Dr. F._____ hat deshalb gesamthaft ab April 2005 das Bestehen von psychischen Beschwerden angenommen, zumal sich die Versicherte ab dieser Zeit (nach sehr schwierigen Umständen ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 2003) in regelmässiger hausärztlicher Behandlung befunden und auch Psychopharmaka eingenommen habe. Die Ärztin berücksichtigte weiter, dass sich Dr. H._____ mit der Versicherten in ihrer Muttersprache verständigen konnte und eine fachspezifische psychiatrische Behandlung aufgrund der Sprachschwierigkeiten nicht möglich gewesen sei. Eine hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich jedoch nicht hinreichend ableiten. Die IVSTA-Ärztin hat deshalb ab dem 4. April 2005, als die ambulante Therapie bei Dr. H._____ begann (vgl. Notfallmeldung vom 29. Februar 2012, Bericht vom 12./14. November 2012 und Bericht vom 14. März 2014 dieser Hausärztin [IV-act. 9 S. 1 und S. 10 und IV-act. 32; s. aber auch Verlaufsbericht vom 12. Juli 2013 [IV-act. 18]), eine

Arbeitsunfähigkeit von 35% festgelegt. Weiter führte die IVSTA-Ärztin aus, dass das Eintreten einer Verschlechterung des psychischen Zustands der Versicherten im Februar 2012 nachvollziehbar sei, nachdem eine kurze stationäre Behandlung wegen massiven psychischen Beschwerden und selbst- und fremdaggressiven Äusserungen erforderlich geworden sei. Weiter habe Dr. H._____ 2013 einen unveränderten Gesundheitszustand attestiert und die

C-3493/2022 Seite 16 Versicherte habe 2017 eine eigentlich gänzlich aufgehobene Leistungsfähigkeit im Haushalt angegeben. Eine hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Hausfrau sei wohl anzunehmen, weshalb Dr. F._____ ab dem 29. Februar 2012, als die Versicherte notfallmässig in die psychiatrische Klinik I._____ überwiesen wurde (cf. IV-act. 9 S. 10; s. auch IV-act. 9 S. 7), eine medizinisch-theoretisch Arbeitsunfähigkeit von 70% festhielt, welche als wahrscheinlich anzunehmen sei.

E. 9.3

Gestützt auf diese Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeiten der Versicherten durch den medizinischen Dienst hat die Vorinstanz, ohne weitere Abklärungen vorzunehmen, die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG unter Berücksichtigung von aArt. 28 Abs. 2 IVG berechnet. Sie kam auch im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. c IVG zum Schluss, dass am 21. April 2012 ein Invaliditätsgrad von 40% bestanden hatte, am 3. August 2012 ein Invaliditätsgrad von 50%, am 16. November 2012 ein Invaliditätsgrad von 60% und am 28. Februar 2013 ein solcher von 70% (vgl. interne Notiz vom 7. Juli 2017 [IV-act. 46]; s. auch Urteil des BGer 8C_618/2021 vom 14. Dezember 2021 E 4.2 und Hinweise; KSIR, Rz. 2217 und sein Anhang II: Berechnung der mittleren Arbeitsunfähigkeit und der Wartezeit). Gestützt darauf und angesichts des am 7. August 2012 gestellten Rentenantrags hat die IVSTA mit Verfügung vom 28. September 2017 der Beschwerdeführerin ab dem 1. Februar 2013 rückwirkend eine ordentliche ganze Invalidenrente zugesprochen, nach Ablauf der 6-monatigen Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (IV-act. 54 und 59; vgl. auch aArt. 28 Abs. 2 IVG und Art. 29 Abs. 3 IVG; zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2). Die Anspruchsvoraussetzung der dreijährigen Mindestbeitragsdauer für eine ordentliche Rente im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG war erfüllt, da seit 2005 AHV/IV-Beiträge geleistet wurden (IV-act. 55; vgl. bezüglich des Begriffs des Invaliditätseintritts: Art. 4 Abs. 2 IVG und Art. 8 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 IVG; BGE 137 V 417 E. 2.2.1; Urteil des BGer 8C_237/2020 vom 23. Juli 2020 E. 5.1 und 5.2 mit Hinweisen).

E. 10

Bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2022 standen der Vorinstanz folgende neue medizinische und weitere Unterlagen zur Verfügung:

E. 10.1

Die Stellungnahme vom 15. Juli 2021 der Dr. F._____, welche das Einholen eines ausführlichen psychiatrischen Berichts aus der Türkei empfahl (IV-act. 69).

C-3493/2022 Seite 17

E. 10.2

Im Bericht vom 13. August 2021 teilte der türkische Psychiater Dr. E._____ mit, dass er die Versicherte seit 2015 behandle und dass sie an einer unipolaren Depression leide. Er hat dabei den ICD-10-Code F33.1 angegeben, der für eine rezidivierende depressive Störung,

gegenwärtig mittelgradige Episode, steht. Die Behandlung erfolge mit Psychopharmaka, es sei aber keine Besserung eingetreten und es bestehe eine 40%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 73 und IV-act. 77 für die deutsche Übersetzung); eine ärztliche Verordnung vom 13. August 2021 für Duxet und Seroquel, welche für die Behandlung von Depressionen und Angstzuständen bzw. für die Behandlung depressiver Episoden bei bipolaren Störungen angewendet werden, lag dem Bericht bei (IV-act. 72 und IV-act. 78 für die deutsche Übersetzung).

E. 10.3

Im Dossier befand sich zudem der Fragebogen für die IV-Rentenrevison mitsamt Zusatzfragebogen, welche die Versicherte am 13. August 2021 ausgefüllt und unterschrieben hat. Sie gab an, dass sie keiner Erwerbstätigkeit nachgehe und dass auch ihr Mann nicht arbeite, um sich um den gesamten Haushalt zu kümmern und um sie und ihre Kinder zu versorgen. Sie könne manchmal auf das Kind aufpassen (IV-act. 71).

E. 10.4

Die Antwort vom 23. September 2021 der Dr. F._____, worin sie insbesondere eine psychiatrische Begutachtung in der Schweiz vorschlug (IV-act. 81).

E. 10.5

Die Versicherte wurde gebeten, den Zusatzfragebogen für die Rentenrevison, welcher die Arbeiten im Haushalt betraf, neu auszufüllen, da der vorherige Fragebogen zu unpräzise ausgefüllt worden sei (E-Mail vom 5. Oktober 2021; IV-act. 84). Die Versicherte gab am 18. Oktober 2021 erneut an, dass ihr Ehemann die meisten Haushaltsarbeiten verrichte. Sie beschäftige und pflege die Kinder (IV-act. 88).

E. 10.6

Dr. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hat die Versicherte am 17. Januar 2022 in (...) untersucht. In seinem Gutachten vom 28. Februar 2022 (IV-act. 104) stellte er im Rahmen der Gesamtbeurteilung, unter Mitberücksichtigung der schwerwiegenden Antwortverzerrungen und der beobachteten Symptomatik, die Diagnose einer Dysthymie (F34.1; IV-act. 104 S. 28). Aktuell bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit im Haushalt (insbesondere S. 33, auch S. 34 bis 37 des Gutachtens). Der Laborbericht vom 21. Januar 2022 der medica lag dem Gutachten bei (S. 39 f.).

C-3493/2022 Seite 18

E. 10.7

In der medizinisch-juristischen Beurteilung vom 19. Mai 2022 haben die Sachverständigen der IVSTA, Dr. K._____, Psychiater und Psychotherapeut, sowie Frau L._____, Juristin, das psychiatrische Gutachten von Dr. D._____ gewürdigt (IV-act. 107). Sie attestierten, dass das Gutachten beweiskräftig sei und es insbesondere genügend Elemente enthalte, um den systematisierten Indikatoren, welche die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit BGE 141 V 281 festgelegt habe, gerecht zu werden und diese ausserdem in der Erstellung der Schlussfolgerungen berücksichtigt worden seien. Die Sachverständigen der IVSTA haben weiter festgehalten, dass der Gutachter keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten gestellt und eine Aggravation vorgelegen habe, die im Zeitpunkt der Untersuchung das Bestehen einer invalidisierenden Diagnose ausschliesse. Die n kamen zum Schluss, dass seit dem

E. 10.8

Nach dem Vorbescheid hat die Versicherte einen Arztbericht vom 27. Juni 2022 von Dr. E. _____ eingereicht (IV-act. 110). Dieser nannte als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3). Die Funktionsfähigkeit habe sich trotz seiner Behandlung seit 2015 nicht verbessert. Es bestehe deshalb eine 70%-ige Invalidität und die Versicherte könne nicht an gestellt werden.

E. 10.9

Die IVSTA hat den neuen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. K. _____ zur Beurteilung vorgelegt. Dieser Arzt des medizinischen Dienstes der Vorinstanz bestätigte mit Stellungnahme vom 8. Juli 2022 seine bisherige Einschätzung (IV-act. 115).

E. 10.10

Mit Eingabe vom 8. September 2025 (BVGer-act. 29) hat die Beschwerdeführerin noch folgende neuen Dokumente ins Recht gelegt:

E. 10.10.1

Ärztliche Berichte vom 7. Februar 2022 und 25. Juli 2023 von Dr. E. _____, welche als Diagnose eine mittlere depressive Episode (F32.1) angaben. Es liege eine mittlere depressive Störung und eine allgemeine Angststörung vor; die Versicherte werde mit Antidepressiva behandelt (BVGer-act. 29 S. 58 und 59).

E. 10.10.2

Ein ärztliches Rezept von Dr. E. _____ vom 1. September 2025, in welchem ausgeführt wird, die Versicherte habe zwischen 2015 und 2025

C-3493/2022 Seite 19 mehrere psychische Krisen durchlebt, ihre Krankheit sei nicht heilbar und beeinträchtige ihre Funktionsfähigkeit und ihren Alltag erheblich. Es wird weiterhin eine 70%-ige Arbeitsunfähigkeit festgehalten (BVGer-act. 29 S. 9 und 10).

E. 10.10.3

Die Patientenakte der Poliklinik des staatlichen Krankenhauses M. _____ bestehend aus Berichten über die Konsultationen der Versicherten aus der Zeit vom 23. Dezember 2015 bis zum 1. September 2025, welche in Abständen von 3 bis 4 Mal jährlich erfolgten, ausser im Jahr 2019, als während der zweiten Schwangerschaft vermehrte Konsultationen stattfanden. Es wurden die Diagnosen – rezidivierende depressive Störung (F33), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (unipolare Depression; F33.1), depressive Episode (F32), mittelgradige depressive Episode (F32.1) oder generalisierte Angststörung (F41.1) – sowie die verschriebenen Medikamente aufgeführt (BVGer-act. 29 S. 22 bis 57).

E. 10.10.4

Ein ärztliches Attest eines Bildungs- und Forschungskrankenhauses vom 4. September 2025, unterzeichnet von Dr. N. _____, Psychiatrin, und mitunterzeichnet von Dr. O. _____, Psychiater, und Dr. P. _____, Facharzt für psychische Krankheiten. Es nennt als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) und führt aus, dass die Versicherte seit 2015 wegen wiederkehrenden depressiven Störungen untersucht werde und regelmässig Duloxetine 30 mg 1x1 sowie Ketamin 200 mg 1x1 einnehme. Trotz der Behandlung berichte die Versicherte und ihre Angehörigen, dass ihre Funktionsfähigkeit erheblich eingeschränkt

sei (BVGer-act. 29 S. 6 bis 8).

E. 10.10.5

In zwei Schreiben vom 8. September 2025 führten die Tochter und der Ehemann der Versicherten im Wesentlichen aus, die Versicherte habe aufgrund ihrer Krankheit im Alltag häufig Schwierigkeiten, könne nicht alleine ausser Haus gehen und nicht am sozialen Leben teilnehmen und die meisten Aufgaben würden vom Ehemann übernommen, auch die Betreuung der Kinder, worum sich auch die Tochter kümmere. Die Krankheit sei chronisch (BVGer-act. 29 S. 15 bis 17). 11. Mit der rentenaufhebenden Verfügung vom 19. Juli 2022 hat sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte psychiatrische Gutachten vom 28. Februar 2022 von Dr. D. _____

C-3493/2022 Seite 20 gestützt sowie auf die Stellungnahmen seines juristischen und medizinischen Dienstes vom 19. Mai und 8. Juli 2022. Demgegenüber bestreitet die Beschwerdeführerin den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens. 12. Die Beschwerdeführerin macht im Beschwerdeverfahren, anders als noch im Vorbescheidverfahren, zu Recht keine formellen Ausstandsgründe gegen den psychiatrischen Gutachter Dr. D. _____ gelten, jedenfalls nicht explizit. Insbesondere führt sie im Beschwerdeverfahren nicht aus, warum das Gutachten nicht «fair» sei (vgl. Eingabe vom 8. September 2025). Sollte es sich dabei implizit um einen formellen Einwand gegen den Gutachter handeln, wäre darauf bereits mangels Substantiierung nicht einzutreten. Des Weiteren hätte die Versicherte formelle Einwände gegen den Gutachter, in Nachachtung des auch für Private geltenden Grundsatzes von Treu und Glauben und des Verbots des Rechtsmissbrauchs (Art. 5 Abs. 3 BV; BGE 137 V 394 E. 7.1 mit Hinweisen) so früh wie möglich, d.h. bei erster Gelegenheit vorbringen müssen, vorliegend spätestens umgehend nach der Begutachtung vom 17. Januar 2021. Es würde gegen Treu und Glauben verstossen, einen solchen Einwand erstmals rund eineinhalb Jahre später, am 28. Juni 2022, und damit erst nach Erhalt des negativen Vorbescheids vom 16. Juni 2022 vorzubringen. Dies gilt umso mehr, als die Versicherte laut dem Experten am Ende der Begutachtung ein Formular zur Qualitätssicherung ausgefüllt und darin ein positives Feedback bezüglich des gesamten Ablaufs der Untersuchung inklusive Vorbereitung und Durchführung abgegeben hatte (IV-act. 104 S. 37). Ein allfälliger formeller Einwand gegen die Person des Gutachters würde sich aufgrund des Ausgeführten somit nicht nur als unbegründet sondern auch als verspätet erweisen (vgl. BGE 143 V 66 E. 4.3; 140 I 271 E. 8.4.5; Urteile des BGer 8C_449/2023 vom 9. April 2024 E. 3.2; 9C_344/2020 vom 22. Februar 2021 E. 4.3.2, je mit Hinweisen). Im Übrigen lassen sich aus der Tonaufnahme keinerlei Hinweise entnehmen, die einen objektiven Anschein von Befangenheit des Gutachters zu begründen vermöchten (vgl. dazu: BGE 148 V 225 E. 3.4; 132 V 93 E. 7.1; vgl. auch BGE 140 III 221 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteile des BGer 8C_449/2023 9. April 2024 E. 3.1; 9C_226/2020 vom 13. August 2020 E. 4.1.1; 8C_62/2019 vom 9. August 2019 E. 5.2 mit Hinweisen). Ob das Gutachten von Dr. D. _____ die inhaltlichen Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert erfüllt, was die Beschwerdeführerin bestreitet, ist im Rahmen einer materiellen Prüfung zu beurteilen (vgl. dazu unten E. 13).

13.
C-3493/2022 Seite 21 13.1 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob das Gutachten von Dr. D. _____ sowie die Stellungnahmen des medizinischen und juristischen Dienstes der IVSTA, auf welche sich die Vorinstanz abstützt, beweistauglich sind. 13.2 13.2.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, dass dieser für die

streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation hat zudem einleuchtend und die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet zu sein (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Weiter muss eine begutachtende medizinische Fachperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteile des BGER 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). 13.2.2 Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder Belastungsfaktoren einerseits und Ressourcen (Kompensationspotentialen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Die festgestellten Einschränkungen müssen dann noch einer Konsistenzprüfung standhalten (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; vgl. auch 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, fachgerecht gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert und zwei Kategorien gebildet (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Die 1. Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3 des Urteils) enthält die Komplexe «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) und die 2. Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) die Faktoren gleichmässige Einschränkung des

C-3493/2022 Seite 22 Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). 13.2.3 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, kommt bei der Beweiswürdigung rechtsprechungsgemäss 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 mit Hinweisen auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 13.2.4 Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 145 V 97 E. 8.5; 139 V 225 E. 5.2). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als

versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4). 13.3.1 Dr. D._____ hat in seinem verwaltungsextern Gutachten vom 28. Februar 2022 (IV-act. 104) einleitend die Ausgangslage und den Kontext des Auftrags formuliert (S.4 ff. der IV-act. 104). 13.3.2 Anschliessend gab er in einem Aktenauszug den wesentlichen Inhalt der zusammengetragenen medizinischen Unterlagen wieder (IV-act. 104 S. 8 ff.). 13.3.3 Unter «Befragung und Anamneseerhebung» (IV-act. 104 S. 11 ff.) führte der Experte aus, die Versicherte habe erklärt, seit ihres Aufenthaltes in der Schweiz und den erlebten Bedrohungssituationen mit ihrem ersten

C-3493/2022 Seite 23 Ehemann psychische Probleme zu haben. Sie sei reizbar, traurig und hätte in der Schweiz wiederholt Suizidversuche durchgeführt. Seitdem sie wieder in der Türkei lebe, habe sie keinen Suizidversuch unternommen. Sie würde aber regelmässig darüber nachdenken. Die Versicherte habe zudem inhaltliche Denkstörungen mit Halluzinationen in Form von Wahrnehmung von Silhouetten oder Personen angegeben, die während ihren Schwangerschaften besonders schlimm gewesen seien. Früher habe sie eher jüngere Männer gesehen, heute sei es ein alter Mann mit Umhang und Stab. Manchmal würde sie auch eine Figur wahrnehmen, die drohend neben ihrem Bett stehen würde. Die Versicherte meinte, dass ihre Krankheit wahrscheinlich infolge ihrer Beziehung zu ihrem ersten Ehemann entstanden sei, der sie neben dem Bett stehend mit dem Messer bedroht habe. Sie würde auch an akustischen Halluzinationen mit kommentierenden Stimmen leiden. Diese Denkstörungen seien mit starker Angst und Verzweiflung verbunden. Wegen ihrer Krankheit könne sie im Alltag nichts unternehmen. Sie könne nicht arbeiten, auch im Haushalt könne sie überhaupt nichts erledigen. Sie sei stark gereizt und würde Sachen herumwerfen und kaputt machen, weil sie verärgert sei. Sie könne nur auf dem Sofa sitzend ihr Kind beaufsichtigen (S. 11 bis 15 des Gutachtens; auch S. 36). Der Gutachter bemerkte, dass die Erhebung der Anamnese nur eingeschränkt möglich gewesen sei und er während der Befragung multiple Inkonsistenzen festgestellt habe. Selbst einfache Daten hätten von der Versicherten nicht übereinstimmend wiedergegeben werden können (S. 13 ff., 17, 21). 13.3.4 Unter «Befund» (IV-act. 104 S. 17 f.), notierte der Experte, dass er insbesondere Nervositätszeichen mit Händeringen und motorischer Unruhe beobachtet habe. Auch eine psychomotorische Unruhe mit Anzeichen für Angst und Unsicherheit erwähnte er. Es hätten ausserdem innerhalb der orientierenden Testung erhebliche Einschränkungen bezüglich Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit sowie Abstraktionsfähigkeit vorgelegen. Es sei zudem eine leicht reduzierte Schwingungsfähigkeit vorhanden gewesen. Der Gutachter hat aber keine Hinweise auf spezifische aktuelle Suizidgedanken oder -fantasien oder Hinweise auf Fremdgefährdung festgestellt. Überdies hätten innerhalb der gesamten Untersuchung keine Hinweise für akustische oder optische halluzinatorische Phänomene bestanden. Dr. D._____ erklärte weiter, dass die Versicherte gemäss den Laborergebnissen die angegebenen Medikamente nicht einnehme (IV-act. 104 S. 19). Gemäss der durchgeführten testpsychologischen Zusatzuntersuchung SRSI (Self-Report Symptom Inventory) liege praktisch ein sicherer Nachweis für ungültige Beschwerdeangaben vor (S. 19 f. des Gutachtens).

C-3493/2022 Seite 24 13.3.5 Der Gutachter hat in der medizinischen Beurteilung insbesondere die Konsistenz und Glaubwürdigkeit des ausgeprägten Leidensdruckes und der schwergradigen Einschränkungen, welche die Versicherte formulierte, anhand von Indizien, welche von der Literatur vorgeschlagen werden, bewertet (S. 22 ff.). Er hat viele

Diskrepanzen festgehalten und unterstrich, dass die Versicherte immer wieder ausweichende, unpräzise und vage Antworten gegeben habe. Es bestehe eine Diskrepanz in Bezug auf die fehlende Wahrnehmung von therapeutischen Optionen; die Versicherte habe sich weder einer tagesklinischen noch einer stationären längerfristigen Behandlung unterziehen wollen und sie könne zudem trotz jahrzehntelanger Erkrankung und niedrigfrequenter Behandlung kein eigenes Krankheitsbild formulieren und subjektive Möglichkeiten der Besserung angeben. Es bestehe auch eine Diskrepanz zwischen den geschilderten, sehr schweren Einschränkungen und des intakten Aktivitäts- und psychosozialen Funktionsniveaus der Versicherten, das auch während der Untersuchungssituation beobachtet werden konnte; so habe die Versicherte affektive und interaktionelle Kompetenzen sowie eine emotionale Kontrolle gezeigt; sie habe zudem eine mehr als 3 Stunden dauernde Untersuchung wahrnehmen und kognitiv folgen und danach zu einer Blut- und Urinuntersuchung gehen können; weiter sei ihre Reise in die Schweiz von der Familie ihres Ex-Mannes organisiert worden, zu welcher sie angab, keine Beziehung mehr zu haben; auch habe sie 2008 in der Türkei einen Führerschein gemacht, den sie bei sich trug, obwohl sie angab, das Haus nicht verlassen zu können. Diskrepanzen lagen auch in Bezug auf die vagen und ausweichenden Schilderungen des Krankheitsverlaufs und der Beschwerden vor, deren symptomatische Ausprägungen zudem eher unwahrscheinlich seien; die Symptome seien vage und konnten nie genau angegeben werden; sie würden plakativ dargestellt. Der Gutachter kam zum Schluss, dass alle Beschwerden, welche über eine leichte Reizbarkeit und eine teils bestehende kognitive Einschränkung hinausgingen, nicht plausibel seien. Der Krankheitsverlauf sei wenig greifbar und es entstehe der Eindruck, einer Schauspielerin gegenüberzusitzen, welche die angegebenen Symptome nicht selbst erlebt habe. Dies alles würde auf erhebliche Antwortverzerrungen auf dem Niveau einer Aggravation hinweisen (S. 22 bis 27). In der Gesamtbewertung, unter Berücksichtigung der Resultate des Labors, des SRSI-Fragebogens und der klinischen Beurteilung hat Dr. D. _____ sodann das Vorliegen einer schwerwiegenden Aggravation bestätigt (S. 27) und präzisiert, dass eine erhebliche Antwortverzerrung auch im Verlauf, unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte, vorliege (S. 27 f.). Er wies schliesslich darauf hin, dass er den Befundbericht, die Diagnose und die Symptomatik diesbezüglich bewertet habe (S. 32).

C-3493/2022 Seite 25 13.3.6 Der Gutachter hat die Diagnose hergeleitet (IV-act. 104 S. 28 ff.) und wegen den während der Untersuchung festgestellten leichtgradigen depressiven Symptome, deren Dauerhaftigkeit zudem nachvollziehbar sei, eine Dysthymie attestiert. Er präzisierte, dass keine leichte oder mittelgradige depressive Symptomatik und auch keine rezidivierende depressive Erkrankung vorliege. Der Bericht vom 13. August 2021 des behandelnden Psychiaters und dessen gestellte Diagnosen seien unzureichend, da der Bericht keinen psychopathologischen Befund enthalte. Bezüglich der inhaltlichen Denkstörungen mit Halluzinationen, welche die Versicherte angab, hielt der Gutachter fest, dass deren Darstellung wenig glaubhaft sei. Die Denkstörungen seien auch nicht nachvollziehbar oder typisch. Zudem müsse an ein Kopierverhalten gedacht werden, da der erste Ehemann der Versicherten an einer solchen Symptomatik gelitten habe und deswegen eine Invalidenrente beziehe. Der Gutachter hat in diesem Zusammenhang weiter angemerkt, dass Dr. E. _____, welcher die Versicherte seit 2015 behandle, diese Symptomatik nicht erwähnt habe und dass die Begründung der Versicherten extrem unwahrscheinlich sei, wonach der Arzt nie Zeit gehabt habe, um ihm davon zu erzählen. Dr. D. _____ schlussfolgerte, dass keine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine

Traumafolgestörung vorliege (S. 28 bis 30). Der Experte führte weiter aus, dass der Befundbericht vom 13. August 2021 von Dr. E. _____ nicht ausreichend und schlüssig sei. Es liege kein psychopathologischer Befundbericht vor. Ausserdem habe der behandelnde Psychiater trotz attestierter mittelgradig depressiver Symptomatik keine kognitiven Einschränkungen dokumentiert und auch die angegebene Arbeitsunfähigkeit nicht begründet (S. 28 f., 33). 13.3.7 Schliesslich beantwortete der Gutachter die Fragen der IVSTA (IV-act. 104 S. 32 ff.). Er erklärte insbesondere, dass basierend auf der aktuellen Symptomatik und der entsprechenden Diagnose keine Einschränkung der Anwesenheitszeit und Leistungsfähigkeit vorliege (S. 32) und aktuell eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit im Haushalt bestehe und damit keine angepasste Tätigkeit formuliert werden müsse (S. 33, aber auch S. 34 bis 37). Er hat sich auch zum Verlauf und zur Entwicklung der Arbeits(un)fähigkeiten geäussert und festgehalten, dass sich aus den Akten lediglich eine leichte psychiatrische Symptomatik mit einer erheblich psychosozialen Belastungssituation ergebe und deshalb keine langfristige Arbeitsunfähigkeit bestehen könne (vgl. S. 33 ff.). Eine für die Rückdatierung der Symptomatik ausreichende Dokumentation liege ausserdem nicht vor (S. 34 f.). Eine zusätzliche therapeutische Behandlung über die aktuelle

C-3493/2022 Seite 26 hinaus sei nicht notwendig bzw. diese sei in Bezug auf die von der Versicherten angegebenen Symptomatik nicht angepasst (S. 30, 35 f.). 13.4 13.4.1 Das Gutachten von Dr. D. _____ beruht auf einer umfassenden Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten im Zeitpunkt der Untersuchung vom 17. Januar 2022. Der Experte hatte Kenntnis der Vorakten, eine detaillierte Befragung und Anamneseerhebung durchgeführt und die erforderlichen psychiatrischen Untersuchungen und Zusatzuntersuchungen vorgenommen. Dabei setzte sich der Gutachter auch mit den geklagten Beschwerden sowie mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen nicht fachgerecht erfolgt wäre (vgl. Urteil des BGer 9C_867/2018 vom 28. Mai 2019 E. 5.2.1). Der Gutachter legte ausserdem die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und hat seine Schlussfolgerungen ausführlich begründet und zu den Fragen der Vorinstanz Stellung genommen. Es ist zudem offensichtlich, dass Dr. D. _____ als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie über die notwendige fachliche Qualifikation verfügte, um zu den psychischen Leiden der Versicherten beweistauglich Stellung nehmen zu können. 13.4.2 Dr. D. _____ hat zwar nicht ausdrücklich Bezug auf die in der Rechtsprechung geltenden Indikatoren genommen (BGE 141 V 281), die wesentlichen Beweisthemen jedoch abgehandelt. 13.4.3 Der Experte begründete die gestellte Diagnose – Dysthymie – welche Ausgangspunkt der Indikatorenprüfung bildet – eingehend unter Bezugnahme auf die im Klassifikationssystem ICD-10 enthaltene Umschreibung (IV-act. 104 S. 28 ff.). Danach ist das wesentliche Kennzeichen einer Dysthymie die langdauernde, depressive Verstimmung, die nie oder nur sehr selten ausgeprägt genug ist, um die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Störung zu erfüllen. In der Anamnese und insbesondere bei Beginn der Störung können allerdings die Beschreibungen und Leitlinien der leichten depressiven Episode erfüllt gewesen sein (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 10. Aufl. 2015, S. 183). In diesem Sinne hat der Gutachter festgehalten und berücksichtigt, dass sich während der Untersuchung leichtgradige depressive Symptome

zeigten und dass es

C-3493/2022 Seite 27 nachvollziehbar sei, dass diese dauerhaft seien. Der Gutachter hat zusätzlich erklärt, weshalb seiner Ansicht nach die depressive Symptomatik nicht den Schweregrad erreicht, um die Kriterien für eine depressive Störung zu erfüllen, und weshalb keine rezidivierende depressive Störung vorliegt. Überdies hat der Experte eingehend dargelegt, dass die Versicherte an keiner Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder an einer Traumafolgestörung leidet. Dr. D. _____ hat sich auch mit dem Bericht vom 13. August 2021 des behandelnden Psychiaters auseinandergesetzt und begründet, weshalb der Einschätzung einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgrade Episode (F33.1), nicht gefolgt werden könne. Seine Ausführungen sind plausibel und nachvollziehbar. Damit steht fest, dass die Versicherte, als sie von Dr. D. _____ am 17. Januar 2022 untersucht wurde, an einer Dysthymie litt. 13.4.4 Dr. D. _____ hat sich weiter in seiner medizinischen Beurteilung auf der Grundlage der Anamnese und der erhobenen Befunde mit den Belastungsfaktoren und Ressourcen der Versicherten einlässlich auseinandergesetzt. Insbesondere zeigte der Gutachter auf, dass erhebliche Diskrepanzen vorliegen (IV-act. 104 S. 20 ff.), und gelangte in der Gesamtbewertung, welche zusätzlich zu den Ergebnissen der klinischen Untersuchung auch die Resultate der Laboruntersuchung und des SRSI-Fragebogens mitberücksichtigt, zum Schluss, dass eine schwerwiegende Aggravation vorliegt. Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt Aggravation oder eine ähnliche Konstellation wie Simulation namentlich dann vor, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrative Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Ein bloss verdeutlichendes Verhalten deutet jedoch nicht auf Aggravation hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1; 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweis; Urteile des BGer 8C_360/2019 vom 18. Juni 2019 E. 4.2.1; 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1; 8C_291/2016 vom 12. August 2016 E. 2.2). Das Vorliegen von Aggravation oder Simulation kann zur Verneinung jeglicher versicherter Gesundheitsschädigung führen – es wird von Ausschlussgründen gesprochen – jedoch nur insoweit, als die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1 f.) oder die

C-3493/2022 Seite 28 Leistungseinschränkung wegen der Aggravation nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.4 mit Hinweis u.a. auf BGE 138 V 218 E. 6; vgl. auch BGE 143 V 418 E. 7.1; Urteile des BGer 8C_288/2024 vom 29. Oktober 2024 E. 8.2; 8C_2/2022 vom 4. Juli 2022 E. 6.1; BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1 mit Hinweisen). Vorliegend hat der Gutachter in seiner klinischen Untersuchung Diskrepanzen festgestellt betreffend die fehlende Wahrnehmung von therapeutischen Optionen durch die Versicherte, das intakte Aktivitäts- und psychosozialen Funktionsniveau, der vagen und ausweichenden Schilderung des Krankheitsverlaufs und der Beschwerden sowie insgesamt der ausweichenden, unpräzisen und vagen Antworten. Er hat damit zahlreiche von der Rechtsprechung beschriebene Indizien für das Vorliegen einer Aggravation festgestellt. Anschaulich präzierte er zudem, den Eindruck zu haben, einer Schauspielerin gegenüberzusitzen. Seine Feststellungen wurden zusätzlich durch die

Laborbefunde, wonach die Versicherte die ver- schriebenen Psychopharmaka nicht einnahm, gestützt. Auch das Ergebnis des SRSI-Fragebogens, welches belegte, dass die Versicherte keine au- thentische Beschwerdeschilderung angegeben hatte, hat das Vorliegen ei- ner Aggravation erhärtet. Es kann in diesem Zusammenhang festgehalten werden, dass der Einsatz von Testverfahren zur Beschwerde- beziehungs- weise Symptomvalidierung gemäss den Qualitätsleitlinien der Schweizeri- schen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) für versi- cherungspsychiatrische Gutachten sinnvoll ist (vgl. Anhang 4 der Qualitäts- richtlinien) und das Bundesgericht erkannt hat, dass das Abstellen auf Va- lidierungstests zur Beurteilung einer Aggravation zulässig ist, sofern auch ein psychiatrischer Facharzt die Testergebnisse würdigt (vgl. dazu Urteile des BGer 8C_549/2023 vom 25. Juni 2024 E. 5.2.4; 8C_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 6.1; 8C_817/2014 E. 4.4.2). Dies ist vorliegend der Fall. Dr. D. _____ hat zudem, wie bereits ausgeführt, eine sehr umfassende Prüfung vorgenommen und eine überzeugende Gesamtbewertung getä- tigt, welche die erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse berück- sichtigte. Damit besteht vorliegend Klarheit darüber, dass am 17. Januar 2022 eine Aggravation im Sinne der Rechtsprechung vorlag. 13.4.5 Trotz der festgestellten Aggravation litt die Versicherte nach der nachvollziehbar begründeten Einschätzung von Dr. D. _____ an einer Dysthymie. Der Gutachter präzisierte dabei ausdrücklich, dass er diese Di- agnose unter Mitberücksichtigung der schwerwiegenden Antwortverzer- rungen gestellt habe. Er hat somit die Auswirkungen der verbleibenden

C-3493/2022 Seite 29 Gesundheitsschädigung im Umfang der Aggravation korrekt im Sinne von BGE 141 V 281 E. 2.2.2 bereinigt (vgl. auch Urteil des BGer 8C_288/2024 vom 29. Oktober 2024 E 8.2). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ist dazu festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss eine Dysthymie für sich allein betrachtet keine Invalidität im Sinne des Gesetzes bewirken kann. Eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall nur dann erheb- lich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden – wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung – auftritt (BGE 143 V 418 E. 8.1; Urteile des BGer 9C_599/2019 vom 24. August 2020 E. 5.1; 9C_585/2019 vom 3. Juni 2020 E. 4.1; ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtspre- chung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversiche- rung IVG, 2023, Art. 4 N. 88, S. 39). Vorliegend schloss Dr. D. _____ ne- ben der Dysthymie andere gravierende Beeinträchtigungen wie namentlich eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine Trauma- folgestörung explizit und mit einleuchtender Begründung aus. In dieser Si- tuation ist deshalb rechtsgenügend ausgewiesen, dass, wie vom Experten eingeschätzt, keine andauernde und erhebliche Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Experte hat somit nachvollziehbar und überzeugend festgehalten, dass aufgrund der aktuellen Symptomatik und der entsprechenden Diag- nose keine Einschränkung der Anwesenheitszeit und Leistungsfähigkeit vorliege (S. 32) und aktuell eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit im Haushalt be- stehe. Damit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrschein- lichkeit fest, dass eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestand, als die Versi- cherte am 17. Januar 2022 von Dr. D. _____ untersucht wurde. Aus wei- teren Abklärungen lassen sich keine neuen Erkenntnisse erwarten (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3; Urteile des BGer 8C_241/2018 vom 25. Septem- ber 2018 E. 7.5.2; 8C_728/2017 vom 31. August 2018 E. 3.2.2). 13.4.6 Insgesamt erfüllt das Gutachten von Dr. D. _____ die Anforderun- gen der Rechtsprechung an den Beweiswert; die Schlussfolgerungen für den Zeitpunkt der Untersuchung am 17. Januar 2022 sind begründet und nachvollziehbar. Die Sachverständigen der IVSTA haben dies in ihrer Be- urteilung vom 19. Mai 2022 zu Recht

bestätigt. 13.5 13.5.1 Gemäss der Rechtsprechung kann von einer fachgerecht erfolgten medizinischen Schätzung nur aus triftigen Gründen abgewichen werden. Es müssen konkrete Indizien, wie offensichtliche Widersprüche oder unberücksichtigte wesentliche Elemente vorliegen, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 148 V 49 E. 6.2.1; 137 V 210 E. 2.2.2;

C-3493/2022 Seite 30 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C_232/2022 vom 4. Oktober 2022 E. 4.1.2). 13.5.2 Die Versicherte beruft sich in ihrer Beschwerdeschrift hauptsächlich auf den Bericht vom 27. Juni 2022 ihres behandelnden Psychiaters, Dr. E._____ (IV-act. 110; vgl. auch BVGer-act. 1 Beilagen 1 und 6), den sie bereits im Anhörungsverfahren vor der IVSTA eingereicht hatte (vgl. oben E. 10.8). Rechtsprechungsgemäss lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3). Dem ist vorliegend jedoch nicht so. Dr. E._____ nannte in seinem Bericht keine solchen Aspekte, die unberücksichtigt geblieben wären oder sonst ernsthafte Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. D._____ wecken würden. Dr. K._____ des medizinischen Dienstes der IVSTA, welcher den Bericht des behandelnden Psychiaters würdigte, erklärte in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2022 (IV-act. 115), dass der behandelnde Psychiater keinen nachvollziehbaren Befund für die gestellte Diagnose, welche die schwerste mögliche Ausprägungsform der Depression darstellen würde, geliefert habe. Zudem habe Dr. D._____ bereits zu einem ähnlichen Bericht aus dem Jahr 2021 Stellung genommen und der neue Bericht von Dr. E._____ vermöge den in der Begutachtung erhobenen Befund mit klaren Hinweisen für erhebliche Aggravation und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen nichts entgegenzusetzen. Tatsächlich hatte der Experte den früheren, ähnlichen Bericht vom 13. August 2021 von Dr. E._____ gewürdigt und eingehend dargelegt, weshalb dieser weder in Bezug auf die gestellte Diagnose noch in Bezug auf die angegebene Arbeitsunfähigkeit ausreichend und schlüssig sei (vgl. oben E. 13.3.6 und 13.4.3). Das Gericht hat dem nichts weiter beizufügen und kann die überzeugenden Schlussfolgerungen des Experten sowie des IVSTA-Arztes vollumfänglich bestätigen. Der Beschwerdeführerin, welche nicht erklärte, weshalb die Meinung ihres Psychiaters vorzuziehen sei, kann nicht gefolgt werden. Auch die mit Eingabe vom 8. September 2025

C-3493/2022 Seite 31 vorgelegten weiteren Berichte und Rezepte von Dr. E._____ aus den Jahren 2023 und 2025 enthalten keine neuen Informationen. 13.5.3 In ihrer Eingabe vom 8. September 2025 bezog sich die Versicherte weiter auf ihre Patientenakte der Poliklinik sowie auf das ärztliche Attest vom 4. September 2025, welches von Fachärzten der Psychiatrie unterzeichnet wurde und welches nach Ansicht der Beschwerdeführerin die Schwere und Dauerhaftigkeit ihrer Erkrankung eindeutig belege. Soweit die Patientenakte und das Attest in zeitlicher Hinsicht für die vorliegend zu überprüfende Zeitperiode massgebend sind – sie wurden teilweise nach der angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2022 erstellt (vgl. oben E. 4.1) –, fällt auf, dass sie sehr rudimentär abgefasst sind, d.h. im Wesentlichen lediglich Diagnosen aufführen und entweder keine oder kaum

Angaben zum psychiatrischen Befund enthalten. Ebenso sind die Schlussfolgerungen der verschiedenen Ärzte betreffend die Einschränkungen und Arbeitsunfähigkeit der Versicherten nicht begründet. Es finden sich darin auch keine Stellungnahme zu den zahlreichen Indizien für Aggravation, welche Dr. D. _____ festgestellt hat. Hinzu kommt, dass die gestellten Diagnosen, verschriebenen Medikamente sowie die Angabe, dass die Versicherte seit 2015 in der Türkei in Behandlung stehe, bereits bekannt sind und vom psychiatrischen Gutachter in die medizinische Würdigung einbezogen wurden. Auch stellt die Chronizität einer Erkrankung an sich keinen Grund für eine Arbeitsunfähigkeit dar. Entgegen der Ansicht der Versicherten erfüllen diese medizinischen Dokumente, welche keine neuen Elemente enthalten, die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert nicht und vermögen das Gutachten von Dr. D. _____ nicht in Zweifel zu ziehen. 13.5.4 Die Beschwerdeführerin kritisierte weiter, dass ihre Untersuchung bei Dr. D. _____ nur zwei Stunden gedauert habe. Gemäss dem Experten dauerte die Untersuchung dreieinhalb Stunden, von 10:00 bis 13:30 (vgl. Auftragsquittung vom 17. Januar 2022; IV-act. 102; vgl. auch IV-act. 104 S. 4 und 23). Das Bundesgericht hat mehrfach festgehalten, dass kein allgemein gültiger Zeitrahmen für eine psychiatrische Exploration festgelegt werden kann und dass es für die Qualität und den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern vielmehr darauf, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des BGer 8C_264/2020 vom 17. August 2020 E. 3.2.3.2 mit Hinweisen; vgl. auch ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, a.a.O., Art. 28a N. 219, S. 372), was vorliegend der Fall ist. Das Gericht hat bereits

C-3493/2022 Seite 32 festgestellt, dass das Gutachten von Dr. D. _____ die allgemeinen rechtlichen Qualitätsanforderungen erfüllt. Es ist zudem zu beachten, dass die Aufgabe des Gutachters darin besteht, innerhalb einer relativ kurzen Frist den psychischen Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen (vgl. Urteil des BGer 8C_697/2023 vom 17. September 2024 E. 3.2.2 mit Hinweisen). Der Einwand der Beschwerdeführerin ist nicht stichhaltig. 13.5.5 Die Beschwerdeführerin wandte ausserdem noch ein, dass ihre Blut- und Urinalanalysen im Gutachten nicht erwähnt worden seien. Dem ist nicht so. Entgegen der Kritik der Beschwerdeführerin hat Dr. D. _____ die Laborbefunde, wonach die Versicherte die angegebenen Medikamente nicht einnehme, in seinem Gutachten erwähnt und diese auch in seiner Beurteilung berücksichtigt (IV-act. 104 S. 19 und 27). Dies hat das Gericht bereits festgestellt. Ausserdem wurde der Bericht vom 21. Januar 2021 der medica dem Gutachten beigelegt (IV-act. 104 S. 39 f.). Die Kritik der Beschwerdeführerin trifft nicht zu. 13.5.6 Die Beschwerdeführerin kann schliesslich auch aus den mit Stellungnahme vom 8. September 2025 vorgelegten Ausführungen ihrer Tochter und ihres Ehemanns gleichen Datums nichts zu ihren Gunsten ableiten (vgl. oben E. 10.10.5). Es handelt sich dabei um Behauptungen und subjektive Sichtweisen von Laien, die über kein medizinisches Fachwissen verfügen. Sie sind nicht geeignet, die gutachterlich erhobenen Befunde und die Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin durch den Experten in Zweifel zu ziehen. 13.6 Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass am 17. Januar 2022, als die Versicherte von Dr. D. _____ untersucht wurde, schwere Antwortverzerrungen in Form einer Aggravation vorlagen und die Versicherte an einer Dysthymie litt, die keine Arbeitsunfähigkeit begründete. Das Gutachten ist diesbezüglich voll beweiskräftig, weshalb rechtsprechungsgemäss davon nicht abzuweichen ist. Die Einwände der Beschwerdeführerin, die weder Widersprüche noch unberücksichtigte Elemente geltend machen konnte, sind unbegründet. Bei diesem

feststehenden Ergebnis ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. dazu BGE 144 V 361 E. 6.5; Urteil des BGer 8C_401/2023 vom 19. Februar 2024 E. 11.2 und Hinweise) von weiteren Abklärungen für die vorliegend zu beurteilende Zeitperiode in Abweisung des Antrags auf Neubegutachtung abzusehen, da daraus keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. 13.7

C-3493/2022 Seite 33 13.7.1 Nachfolgend ist zu prüfen, ob sich – wie von der Vorinstanz behauptet – der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Verfügung vom 28. September 2017, als die rentenzusprechende Verfügung gefällt wurde, massgebend verändert hat und somit ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt. 13.7.2 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens – wie dies vorliegend der Fall ist – hängt wesentlich davon ab, ob sich das Gutachten ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C_553/2021 vom 13. April 2023 E. 4.2.4 mit Hinweisen). 13.7.3 Die Vorinstanz, welche vom Vorliegen eines Revisionsgrundes ausging, stützte sich auf die Beurteilung vom 19. Mai 2022 seiner Sachverständigen, die zuerst bestätigten, dass gemäss dem Gutachten von Dr. D._____ am 17. Januar 2022 keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlag und eine Aggravation bestand, die im Zeitpunkt der Untersuchung das Bestehen einer invalidisierenden Diagnose ausschliesse. In Bezug zur Situation, die am 28. September 2017 massgebend war, zogen die Sachverständigen dann den Schluss, dass eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeiten eingetreten sei (IV-act. 107). Tatsächlich ging die Vorinstanz im Gegensatz zur Situation vom 17. Januar 2022 davon aus, dass am 24. September 2017 eine schwere depressive Episode mit einer Arbeitsunfähigkeit von 35% ab dem 4. April 2005 und einer Arbeitsunfähigkeit von 70% ab dem 29. Februar 2012 bestand habe (vgl. oben E. 9, insbesondere E. 9.2.1).

C-3493/2022 Seite 34 Die Sachverständigen der IVSTA sind in dieser Hinsicht von der Bewertung des Experten abgewichen. Dieser war der Ansicht, dass auch im Verlauf ein Beleg für eine erhebliche Antwortverzerrung vorliege und dass sich aus den früheren ärztlichen Unterlagen ein Gesamtbild von einer ausschliesslich leichten psychiatrischen Symptomatik mit einer erheblichen psychosozialen Belastungssituation ergebe; es habe keine langfristige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ausserdem läge für die Rückdatierung der Symptomatik keine ausreichende Dokumentation vor (vgl. oben E. 13.3.5 und 13.3.7; IV-act. 104 S. 27 f. und 33 ff.). Dr. D._____, der übrigens ausdrücklich zur Beurteilung der Entwicklung und des Verlaufs des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeiten der Versicherten seit dem 28. September 2017 eingeladen war (IV-act. 94 S. 2), hat demnach keine massgebende Änderung des Gesundheitszustandes der Versicherten im Verlauf

bestätigt. Ent- gegen der Meinung der Vorinstanz läge damit kein Revisionsgrund vor. Die gegensätzlichen Ansichten des Experten und der Vorinstanz sind zu prüfen. 13.7.4 Die Meinung des Gutachters Dr. D._____, dass bereits früher, vor seiner Exploration vom 17. Januar 2022, eine erhebliche Antwortverzer- rung vorlag und die Versicherte lediglich an einer leichten psychiatrischen Symptomatik litt, die keine langfristige Arbeitsunfähigkeit begründete, weicht von den Schlussfolgerungen von Dr. F._____ vom 22. Juni 2017 ab, auf die sich die Vorinstanz in ihrer rentenzusprechenden Verfügung vom 28. September 2017 hauptsächlich abgestützt hatte (vgl. oben E. 9). Der Gutachter hat für seine gegenteilige Einschätzung einige der älteren medizinischen Berichte, welche bereits von der IVSTA-Ärztin gewürdigt worden sind (vgl. oben E. 9.2.1), beurteilt (IV-act. 104 S. 27 f. und 33 f.), d.h. den Bericht der kardiologischen Untersuchung vom 20. November 2006 des Kantonsspitals C._____ (IV-act. 9 S. 16 und 17), den Bericht der ambulanten Konsultation vom 19. Februar 2007 des Spitals G._____ (IV-act. 9 S. 15), den Kurzaustrittsbericht vom 22. Dezember 2007 des Spi- tals G._____ (IV-act. 9 S. 13), den Austrittsbericht vom 9. März 2012 der psychiatrischen Klinik I._____ (IV-act. 9 S. 7 ff.) sowie den Verlaufsbe- richt mit Beiblatt vom 12. Juli 2013 der Dr. H._____, Allgemeinmedizine- rin und Hausärztin der Versicherten (IV-act. 18). Dr. D._____ hat es je- doch gänzlich versäumt, dabei auch die Beurteilung von Dr. F._____ zu berücksichtigen, obwohl er von dieser Kenntnis hatte und sie in seinem Gutachten, unter dem Aktenauszug, auch kurz erwähnte (vgl. IV-act. 104 S. 8). Mangels Auseinandersetzung mit der Einschätzung von Dr. F._____ überzeugt die retrospektive Bewertung des

C-3493/2022 Seite 35 Gesundheitszustandes der Versicherten und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit durch Dr. D._____ nicht. Eine retrospektive Beurteilung ist rechtsprechungsgemäss schwierig und muss erhöhten Ansprüchen ge- nügen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG; I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5). Das Gericht kann dem Experten auch dann nicht folgen, wenn dieser angibt, dass Belege für eine Aggravation der Beschwerden und Leistungseinschränkungen bereits früher, im Ver- lauf, vorgelegen haben sollen. Keine der früheren Arztberichte oder andere Dokumente, die sich in den Akten befinden, haben eine Aggravation oder eine ähnliche Konstellation erwähnt und es sind auch keine entsprechen- den Hinweise erkennbar. Gemäss der Rechtsprechung kann eine solche aber nicht leichthin angenommen werden, sondern muss auf einer mög- lichst breiten Beobachtungsbasis erfolgen (vgl. Urteile des BGER 9C_621/2018 vom 27. November 2018 E. 5.3.3; 9C_602/2016 vom 14. De- zember 2016 E. 4.2.3). Entsprechend erweisen sich die Ausführungen des Experten in revisionsrechtlicher Hinsicht als unerheblich, da sie lediglich auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurück- zuführen sind, indem sie von der Beurteilung derselben medizinischen Be- richte durch Dr. F._____ abweichen. Ein veränderter Sachverhalt oder veränderte Befundlage, welche einen Revisionsgrund begründen könnte, liegt nicht vor.

13.7.5 Es ist somit aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht ausgewie- sen, dass bereits vor dem 17. Januar 2022 eine Aggravation und lediglich eine leichte psychiatrische Symptomatik ohne Auswirkung auf die Arbeits- fähigkeit bestanden haben. Die Tatsache, dass am 17. Januar 2022 eine solche Situation gemäss dem Gutachten von Dr. D._____ rechtsgenüg- lich vorlag, könnte eine erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhält- nisse seit der Verfügung vom 28. September 2017 darstellen und damit – wie von der Vorinstanz vorgebracht – einen Revisionsgrund. Das Bundes- gericht hat dahingehend festgehalten, dass ein früher nicht gezeigtes Ver- halten der versicherten Person eine im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG re- levante Tatsachenänderung darstellen und zur Revision führen kann,

dies etwa, wenn eine Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht (vgl. Urteile des BGer 8C_198/2021 vom 15. September 2021 E. 6.2.3; 8C_380/2019 vom 11. Oktober 2019 E. 4.1; 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E. 6.1 mit Hinweisen). Aus nachfolgenden Gründen kann jedoch die Frage, ob im vorliegenden Fall ein Revisionsgrund gegeben ist, offengelassen werden.

C-3493/2022 Seite 36 13.7.6 Tatsächlich erweist sich die rentenzusprechende Verfügung vom 28. September 2017 als nicht nachvollziehbar, weil die Vorinstanz es damals offensichtlich versäumt hatte, eine vollumfängliche und rechtskonforme Abklärung des relevanten Sachverhalts vorzunehmen. 13.7.7 Das Gericht hat bereits festgestellt (vgl. oben E. 9), dass die IVSTA, ohne weitere Abklärungen zu veranlassen (vgl. E. 9.3), sich hauptsächlich auf die Stellungnahme vom 22. Juni 2017 der Dr. F._____ stützte, die zu einer rückwirkenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bis zum 30. April 2015, als die Versicherte ihren Wohnsitz zurück in die Türkei verlegte, eingeladen wurde. Zudem ging es damals um die Ausführung des Entscheids vom 2. Mai 2016 des kantonalen Versicherungsgerichts (vgl. oben E. 9.1). Die Psychiaterin und Psychotherapeutin des medizinischen Dienstes der IVSTA hatte bei ihrer Würdigung die Versicherte nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. 13.7.8 Nach der Rechtsprechung ist es der Verwaltung (und im Beschwerdefall dem Sozialversicherungsgericht) nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3). 13.7.9 Es fällt vorliegend zunächst auf, dass Dr. F._____ in ihrer Stellungnahme vom 22. Juni 2017 als letzten medizinischen Bericht den Verlaufsbericht mit Beiblatt vom 12. Juli 2013 von Dr. H._____ berücksichtigte (vgl. E. 9.2.1). Im Dossier befand sich noch der ältere Bericht vom

C-3493/2022 Seite 37 14. März 2014 dieser Hausärztin, welchen sie zuhanden des kantonalen Versicherungsgerichts ausgestellt hatte (IV-Akt 32). Über diesen Zeitpunkt hinaus enthielten die Akten keinen weiteren Arztbericht. Als die Vorinstanz drei Jahre später, mit Verfügung vom 28. September 2017, ohne zeitliche Limitierung, eine ganze Invalidenrente ab dem 1. Februar 2013 zusprach, lag ihr demnach kein einziger aktueller Arztbericht vor, der nach einer persönlichen Untersuchung der Versicherten beweiskräftig zu deren Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit hätte Stellung nehmen können. Der Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 14. April 2017, in dem die Versicherte angab, dass sie praktisch keine Haushaltstätigkeiten ausführen könne (IV-act. 42), konnte diese Lücke offensichtlich nicht schliessen. Diese Angaben der Versicherten

haben ohne objektive, umfassende, eingehende und inhaltsbezogene Würdigung (Prinzip der inhaltlich einwandfreien Beweiswürdigung; vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, a.a.O., Art. 28a N. 252, S. 381) keinen Beweiswert hinsichtlich ihres Gesundheitszustands und das Gericht kann der Ärztin des vorinstanzlichen medizinischen Dienstes, die sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (bis zum 30. April 2015 gemäss der ihr unterbreiteten Fragestellung) auf diese Behauptungen der Versicherten bezog, nicht folgen. 13.7.10 Zusätzlich stellt das Gericht fest, dass die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit und Invalidität der Versicherten im Haushalt auf substantiierten Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse hätte erfolgen müssen (vgl. oben E. 5.6). Wenn dabei auf eine Abklärung vor Ort, bei der Versicherten zuhause in der Türkei, verzichtet werden konnte, hätte Dr. F._____ ausführlich und detailliert zu den massgebenden invaliditätsbedingten Einschränkungen der Versicherten im Haushalt Stellung nehmen müssen. Sie hätte dabei die verschiedenen Tätigkeiten und deren jeweilige Gewichtung, wie vom BSV umschrieben, beachten und auch die Schadenminderungspflicht der Versicherten und die Mithilfe der Familienangehörigen einbeziehen müssen (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 1. Januar 2017, Rz. 3084 ff.). Die von Dr. F._____ vorgenommene pauschale Schätzung der Arbeitsunfähigkeiten von 35% ab dem 4. April 2005 und 70% ab dem 29. Februar 2012, welche sich auf keine konkrete Abklärung und Würdigung stützen, kommt kein Beweiswert zu. Im Übrigen genügt eine Festlegung der Arbeitsunfähigkeit, die lediglich wahrscheinlich ist – so Dr. F._____ (vgl. oben E. 9.2.2) – dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht.

C-3493/2022 Seite 38 13.7.11 Wie dargestellt erliess die Vorinstanz die Verfügung vom 28. September 2017 auf der Grundlage einer gänzlich ungenügenden Ermittlung des Sachverhalts. Es lagen einerseits überhaupt keine medizinischen Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand der Versicherten vor. Andererseits erfolgte die Abklärung der Arbeitsunfähigkeit und Einschränkungen im Haushalt auf keinen substantiierten Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse der Versicherten. Die Vorinstanz hat sich zu Unrecht abschliessend auf die Stellungnahme vom 22. Juni 2017 ihres medizinischen Dienstes gestützt, welche die Beweisanforderungen der Rechtsprechung klar nicht erfüllte. Aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) wäre die IVSTA verpflichtet gewesen, weitere medizinische Abklärungen und auch Ermittlungen bezüglich der Haushaltstätigkeiten der Versicherten zu veranlassen. Sie hätte dabei insbesondere einen aktuellen ärztlichen Bericht von einem psychiatrischen Facharzt einholen müssen, der auch rückwirkend zu den Arbeitsunfähigkeiten der Versicherten hätte Stellung nehmen können. Die Vorgaben des kantonalen Versicherungsgerichts im Entscheid vom 2. Mai 2016 standen dem nicht entgegen, auch wenn dieses Gericht erwogen hatte, dass für die Bestimmung des Beginns und des anfänglichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit der Versicherten eine Rückfrage bei einem medizinischen Sachverständigen oder bei Dr. H._____ nicht zielführend gewesen wäre, weil sich diese dazu mangels medizinischer Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit äussern können bzw. nicht in der Lage gewesen wären, retrospektiv weitere Angaben zu machen (vgl. E. 1.3 des Urteils; IV-act. 36 S. 4 f.). Das kantonale Versicherungsgericht hat sich dabei auf die Jahre 2003-2006 bezogen, und somit auf Jahre, die angesichts des Rentenanspruchs vom 7. August 2012 lange vor dem Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs (am 1. Februar 2013; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) lagen. 13.7.12 Die Rentenverfügung vom 28. September 2017, welcher demnach in klarer Verletzung des

Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ein unvollständiger Sachverhalt zugrunde lag, ist nicht nachvollziehbar, weshalb auch kein Vergleich mit der Situation, wie sie im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2022 vorlag, möglich ist. Entgegen der Ansicht der Vorinstanz kann daher ein Revisionsgrund nicht bejaht werden, die Voraussetzungen von Art. 17 ATSG sind nicht erfüllt. 13.8

C-3493/2022 Seite 39 13.8.1 Damit bleibt zu prüfen, ob die ursprüngliche rentenzusprechende Verfügung vom 28. September 2017 gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG in Wiedererwägung zu ziehen und die von der Vorinstanz gestützt auf Art. 17 ATSG verfügte Rentenaufhebung mit substituierter Begründung im Ergebnis zu bestätigen ist (vgl. oben E. 6.2). 13.8.2 Betreffend die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung steht einerseits fest, dass die Rentenverfügung vom 28. September 2017 formell in Rechtskraft erwachsen ist und bisher nicht Gegenstand einer materiellen richterlichen Beurteilung gebildet hat (vgl. etwa BGE 122 V 169 E. 4a). Im Weiteren kann auch die kumulativ zu erfüllende Voraussetzung der Erheblichkeit ohne Weiteres bejaht werden, da es sich bei der 2017 zugesprochenen Invalidenrente um eine Dauerleistung handelt. In Bezug auf die weitere kumulativ zu erfüllende Voraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit hat das Gericht bereits festgestellt, dass die Leistungszusprache mit Verfügung vom 28. September 2017 infolge klarer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) auf einem gänzlich unvollständig erhobenen Sachverhalt beruhte, sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher (Haushaltabklärung) Sicht. Eine solche Leistungszusprache, welche in Missachtung der Rechtslage im Zeitpunkt des Verfügungserlasses und der damaligen Rechtspraxis erfolgte, gilt rechtsprechungsgemäss als gesetzwidrig und somit regelmässig als zweifellos unrichtig (vgl. BGE 126 V 399 E. 2b/bb S. 401; ARV 2002 S. 181 E. 1a; Urteil des BGer 9C_221/2018 vom 16 Oktober 2018 E. 3.1). Zusammenfassend liegt demnach ein Rückkommenstitel gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG vor, welcher, wie dargestellt, grundsätzlich der Revisionsordnung nach Art. 17 ATSG vorgeht. 13.8.3 Da wie ausgeführt die Voraussetzungen für ein wiedererwägungswises Zurückkommen auf die Verfügung vom 28. September 2017 erfüllt sind, gilt es nun, die Beurteilung der Invalidität der Versicherten wie bei einer Revision nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorzunehmen (vgl. BGE 144 I 103 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen; Urteil C-1336/2021 vom 21. Dezember 2023 E. 5.4), als erwiesenermassen, gestützt auf das Gutachten von Dr. D. _____, am 17. Januar 2022 eine Aggravation bestand und die Versicherte an einer Dysthymie litt, die keine Arbeitsunfähigkeit begründet. Die volle Arbeitsfähigkeit der Versicherten hat zur Folge, dass keine Invalidität vorliegt. In dieser Situation

C-3493/2022 Seite 40 durfte die Vorinstanz auch ohne Durchführung eines Betätigungsvergleichs im Haushalt das Vorliegen einer anspruchsbegründenden Invalidität verneinen. Rechtsprechungsgemäss wirkt bei einer durch substituierte Begründung wiedererwägungsweise bestätigten Rentenaufhebung der Entzug der Versicherungsleistungen ex nunc et pro futuro (vgl. Art. 85 Abs. 2 und Art. 88bis Abs. 2 IVV; vgl. BGE 119 V 431 E. 2; Urteil des BGer 8C_928/2015 vom

E. 11

Mit der rentenaufhebenden Verfügung vom 19. Juli 2022 hat sich die Vorinstanz im Wesentlichen auf das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte psychiatrische Gutachten vom 28. Februar 2022 von Dr. D. _____ gestützt sowie auf die Stellungnahmen seines juristischen und medizinischen Dienstes vom 19. Mai und 8. Juli

2022. Demgegenüber bestreitet die Beschwerdeführerin den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens.

E. 12

Die Beschwerdeführerin macht im Beschwerdeverfahren, anders als noch im Vorbescheidverfahren, zu Recht keine formellen Ausstandsgründe gegen den psychiatrischen Gutachter Dr. D._____ gelten, jedenfalls nicht explizit. Insbesondere führt sie im Beschwerdeverfahren nicht aus, warum das Gutachten nicht «fair» sei (vgl. Eingabe vom 8. September 2025). Sollte es sich dabei implizit um einen formellen Einwand gegen den Gutachter handeln, wäre darauf bereits mangels Substantiierung nicht einzutreten. Des Weiteren hätte die Versicherte formelle Einwände gegen den Gutachter, in Nachachtung des auch für Private geltenden Grundsatzes von Treu und Glauben und des Verbots des Rechtsmissbrauchs (Art. 5 Abs. 3 BV; BGE 137 V 394 E. 7.1 mit Hinweisen) so früh wie möglich, d.h. bei erster Gelegenheit vorbringen müssen, vorliegend spätestens umgehend nach der Begutachtung vom 17. Januar 2021. Es würde gegen Treu und Glauben verstossen, einen solchen Einwand erstmals rund eineinhalb Jahre später, am 28. Juni 2022, und damit erst nach Erhalt des negativen Vorbescheids vom 16. Juni 2022 vorzubringen. Dies gilt umso mehr, als die Versicherte laut dem Experten am Ende der Begutachtung ein Formular zur Qualitätssicherung ausgefüllt und darin ein positives Feedback bezüglich des gesamten Ablaufs der Untersuchung inklusive Vorbereitung und Durchführung abgegeben hatte (IV-act. 104 S. 37). Ein allfälliger formeller Einwand gegen die Person des Gutachters würde sich aufgrund des Ausgeführten somit nicht nur als unbegründet sondern auch als verspätet erweisen (vgl. BGE 143 V 66 E. 4.3; 140 I 271 E. 8.4.5; Urteile des BGer 8C_449/2023 vom 9. April 2024 E. 3.2; 9C_344/2020 vom 22. Februar 2021 E. 4.3.2, je mit Hinweisen). Im Übrigen lassen sich aus der Tonaufnahme keinerlei Hinweise entnehmen, die einen objektiven Anschein von Befangenheit des Gutachters zu begründen vermöchten (vgl. dazu: BGE 148 V 225 E. 3.4; 132 V 93 E. 7.1; vgl. auch BGE 140 III 221 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteile des BGer 8C_449/2023 9. April 2024 E. 3.1; 9C_226/2020 vom 13. August 2020 E. 4.1.1; 8C_62/2019 vom 9. August 2019 E. 5.2 mit Hinweisen). Ob das Gutachten von Dr. D._____ die inhaltlichen Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert erfüllt, was die Beschwerdeführerin bestreitet, ist im Rahmen einer materiellen Prüfung zu beurteilen (vgl. dazu unten E. 13).

E. 13.1

Es ist nachfolgend zu prüfen, ob das Gutachten von Dr. D._____ sowie die Stellungnahmen des medizinischen und juristischen Dienstes der IVSTA, auf welche sich die Vorinstanz abstützt, beweistauglich sind.

E. 13.2.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, dass dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation hat zudem einleuchtend und die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet zu sein (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Weiter muss eine begutachtende medizinische Fachperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (vgl. Urteile des BGer 9C_546/2018 vom 17. Dezember 2018 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 137 V 210; 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.1 mit

Hinweisen).

E. 13.2.2

Geht es um psychische Erkrankungen, namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder Belastungsfaktoren einerseits und Ressourcen (Kompensationspotentialen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Die festgestellten Einschränkungen müssen dann noch einer Konsistenzprüfung standhalten (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. auch 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, fachgerecht gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert und zwei Kategorien gebildet (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Die 1. Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3 des Urteils) enthält die Komplexe «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) und die 2. Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) die Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

E. 13.2.3

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, kommt bei der Beweiswürdigung rechtsprechungsgemäss 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 mit Hinweisen auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 13.2.4

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 145 V 97 E. 8.5; 139 V 225 E. 5.2). Die Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) und des medizinischen Dienstes der IVSTA sind als versicherungsinterne Berichte zu würdigen (vgl. betreffend RAD: Urteile des BGer 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.2 f.; 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4).

E. 13.3.1

Dr. D._____ hat in seinem verwaltungsexternen Gutachten vom 28. Februar 2022 (IV-act. 104) einleitend die Ausgangslage und den Kontext des Auftrags formuliert (S.4 ff. der IV-act. 104).

E. 13.3.2

Anschliessend gab er in einem Aktenauszug den wesentlichen Inhalt der zusammengetragenen medizinischen Unterlagen wieder (IV-act. 104 S. 8 ff.).

E. 13.3.3

Unter «Befragung und Anamneseerhebung» (IV-act. 104 S. 11 ff.) führte der Experte aus, die Versicherte habe erklärt, seit ihres Aufenthaltes in der Schweiz und den erlebten Bedrohungssituationen mit ihrem ersten Ehemann psychische Probleme zu haben. Sie sei reizbar, traurig und hätte in der Schweiz wiederholt Suizidversuche durchgeführt. Seitdem sie wieder in der Türkei lebe, habe sie keinen Suizidversuch unternommen. Sie würde aber regelmässig darüber nachdenken. Die Versicherte habe zudem inhaltliche Denkstörungen mit Halluzinationen in Form von Wahrnehmung von Silhouetten oder Personen angegeben, die während ihren Schwangerschaften besonders schlimm gewesen seien. Früher habe sie eher jüngere Männer gesehen, heute sei es ein alter Mann mit Umhang und Stab. Manchmal würde sie auch eine Figur wahrnehmen, die drohend neben ihrem Bett stehen würde. Die Versicherte meinte, dass ihre Krankheit wahrscheinlich infolge ihrer Beziehung zu ihrem ersten Ehemann entstanden sei, der sie neben dem Bett stehend mit dem Messer bedroht habe. Sie würde auch an akustischen Halluzinationen mit kommentierenden Stimmen leiden. Diese Denkstörungen seien mit starker Angst und Verzweiflung verbunden. Wegen ihrer Krankheit könne sie im Alltag nichts unternehmen. Sie könne nicht arbeiten, auch im Haushalt könne sie überhaupt nichts erledigen. Sie sei stark gereizt und würde Sachen herumwerfen und kaputt machen, weil sie verärgert sei. Sie könne nur auf dem Sofa sitzend ihr Kind beaufsichtigen (S. 11 bis 15 des Gutachtens; auch S. 36). Der Gutachter bemerkte, dass die Erhebung der Anamnese nur eingeschränkt möglich gewesen sei und er während der Befragung multiple Inkonsistenzen festgestellt habe. Selbst einfache Daten hätten von der Versicherten nicht übereinstimmend wiedergegeben werden können (S. 13 ff., 17, 21).

E. 13.3.4

Unter «Befund» (IV-act. 104 S. 17 f.), notierte der Experte, dass er insbesondere Nervositätszeichen mit Händeringen und motorischer Unruhe beobachtet habe. Auch eine psychomotorische Unruhe mit Anzeichen für Angst und Unsicherheit erwähnte er. Es hätten ausserdem innerhalb der orientierenden Testung erhebliche Einschränkungen bezüglich Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit sowie Abstraktionsfähigkeit vorgelegen. Es sei zudem eine leicht reduzierte Schwingungsfähigkeit vorhanden gewesen. Der Gutachter hat aber keine Hinweise auf spezifische aktuelle Suizidgedanken oder -fantasien oder Hinweise auf Fremdgefährdung festgestellt. Überdies hätten innerhalb der gesamten Untersuchung keine Hinweise für akustische oder optische halluzinatorische Phänomene bestanden. Dr. D._____ erklärte weiter, dass die Versicherte gemäss den Laborergebnissen die angegebenen Medikamente nicht einnehme (IV-act. 104 S. 19). Gemäss der durchgeführten testpsychologischen Zusatzuntersuchung SRSI (Self-Report Symptom Inventory) liege praktisch ein sicherer Nachweis für ungültige Beschwerdeangaben vor (S. 19 f. des Gutachtens).

E. 13.3.5

Der Gutachter hat in der medizinischen Beurteilung insbesondere die Konsistenz und Glaubwürdigkeit des ausgeprägten Leidensdruckes und der schwergradigen Einschränkungen, welche die Versicherte formulierte, anhand von Indizien, welche von der Literatur vorgeschlagen werden, bewertet (S. 22 ff.). Er hat viele Diskrepanzen festgehalten und unterstrich, dass die Versicherte immer wieder ausweichende, unpräzise und vage Antworten gegeben habe. Es bestehe eine Diskrepanz in Bezug auf die fehlende Wahrnehmung von therapeutischen Optionen; die Versicherte habe sich weder einer tagesklinischen noch einer stationären längerfristigen Behandlung unterziehen wollen und sie könne zudem trotz jahrzehntelanger Erkrankung und niedrigfrequenter Behandlung kein eigenes Krankheitsbild formulieren und subjektive Möglichkeiten der Besserung angeben. Es bestehe auch eine Diskrepanz zwischen den geschilderten, sehr schweren Einschränkungen und des intakten Aktivitäts- und psychosozialen Funktionsniveaus der Versicherten, das auch während der Untersuchungssituation beobachtet werden konnte; so habe die Versicherte affektive und interaktionelle Kompetenzen sowie eine emotionale Kontrolle gezeigt; sie habe zudem eine mehr als 3 Stunden dauernde Untersuchung wahrnehmen und kognitiv folgen und danach zu einer Blut- und Urinuntersuchung gehen können; weiter sei ihre Reise in die Schweiz von der Familie ihres Ex-Mannes organisiert worden, zu welcher sie angab, keine Beziehung mehr zu haben; auch habe sie 2008 in der Türkei einen Führerschein gemacht, den sie bei sich trug, obwohl sie angab, das Haus nicht verlassen zu können. Diskrepanzen lagen auch in Bezug auf die vagen und ausweichenden Schilderungen des Krankheitsverlaufs und der Beschwerden vor, deren symptomatische Ausprägungen zudem eher unwahrscheinlich seien; die Symptome seien vage und konnten nie genau angegeben werden; sie würden plakativ dargestellt. Der Gutachter kam zum Schluss, dass alle Beschwerden, welche über eine leichte Reizbarkeit und eine teils bestehende kognitive Einschränkung hinausgingen, nicht plausibel seien. Der Krankheitsverlauf sei wenig greifbar und es entstehe der Eindruck, einer Schauspielerin gegenüberzusitzen, welche die angegebenen Symptome nicht selbst erlebt habe. Dies alles würde auf erhebliche Antwortverzerrungen auf dem Niveau einer Aggravation hinweisen (S. 22 bis 27). In der Gesamtbewertung, unter Berücksichtigung der Resultate des Labors, des SRSI-Fragebogens und der klinischen Beurteilung hat Dr. D. _____ sodann das Vorliegen einer schwerwiegenden Aggravation bestätigt (S. 27) und präzisiert, dass eine erhebliche Antwortverzerrung auch im Verlauf, unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte, vorliege (S. 27 f.). Er wies schliesslich darauf hin, dass er den Befundbericht, die Diagnose und die Symptomatik diesbezüglich bewertet habe (S. 32).

E. 13.3.6

Der Gutachter hat die Diagnose hergeleitet (IV-act. 104 S. 28 ff.) und wegen den während der Untersuchung festgestellten leichtgradigen depressiven Symptome, deren Dauerhaftigkeit zudem nachvollziehbar sei, eine Dysthymie attestiert. Er präzisierte, dass keine leichte oder mittelgradige depressive Symptomatik und auch keine rezidivierende depressive Erkrankung vorliege. Der Bericht vom 13. August 2021 des behandelnden Psychiaters und dessen gestellte Diagnosen seien unzureichend, da der Bericht keinen psychopathologischen Befund enthalte. Bezüglich der inhaltlichen Denkstörungen mit Halluzinationen, welche die Versicherte angab, hielt der Gutachter fest, dass deren Darstellung wenig glaubhaft sei. Die Denkstörungen seien auch nicht nachvollziehbar oder typisch. Zudem müsse an ein Kopierverhalten gedacht werden, da der erste Ehemann der Versicherten an einer solchen Symptomatik gelitten habe und deswegen eine Invalidenrente beziehe. Der Gutachter hat in diesem Zusammenhang weiter angemerkt, dass Dr.

E._____, welcher die Versicherte seit 2015 behandle, diese Symptomatik nicht erwähnt habe und dass die Begründung der Versicherten extrem unwahrscheinlich sei, wonach der Arzt nie Zeit gehabt habe, um ihm davon zu erzählen. Dr. D._____ schlussfolgerte, dass keine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine Traumafolgestörung vorliege (S. 28 bis 30). Der Experte führte weiter aus, dass der Befundbericht vom 13. August 2021 von Dr. E._____ nicht ausreichend und schlüssig sei. Es liege kein psychopathologischer Befundbericht vor. Ausserdem habe der behandelnde Psychiater trotz attestierter mittelgradig depressiver Symptomatik keine kognitiven Einschränkungen dokumentiert und auch die angegebene Arbeitsunfähigkeit nicht begründet (S. 28 f., 33).

E. 13.3.7

Schliesslich beantwortete der Gutachter die Fragen der IVSTA (IV-act. 104 S. 32 ff.). Er erklärte insbesondere, dass basierend auf der aktuellen Symptomatik und der entsprechenden Diagnose keine Einschränkung der Anwesenheitszeit und Leistungsfähigkeit vorliege (S. 32) und aktuell eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit im Haushalt bestehe und damit keine angepasste Tätigkeit formuliert werden müsse (S. 33, aber auch S. 34 bis 37). Er hat sich auch zum Verlauf und zur Entwicklung der Arbeits(un)fähigkeiten geäussert und festgehalten, dass sich aus den Akten lediglich eine leichte psychiatrische Symptomatik mit einer erheblich psychosozialen Belastungssituation ergebe und deshalb keine langfristige Arbeitsunfähigkeit bestehen könne (vgl. S. 33 ff.). Eine für die Rückdatierung der Symptomatik ausreichende Dokumentation liege ausserdem nicht vor (S. 34 f.). Eine zusätzliche therapeutische Behandlung über die aktuelle hinaus sei nicht notwendig bzw. diese sei in Bezug auf die von der Versicherten angegebenen Symptomatik nicht angepasst (S. 30, 35 f.).

E. 13.4.1

Das Gutachten von Dr. D._____ beruht auf einer umfassenden Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten im Zeitpunkt der Untersuchung vom 17. Januar 2022. Der Experte hatte Kenntnis der Vorakten, eine detaillierte Befragung und Anamneseerhebung durchgeführt und die erforderlichen psychiatrischen Untersuchungen und Zusatzuntersuchungen vorgenommen. Dabei setzte sich der Gutachter auch mit den geklagten Beschwerden sowie mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen nicht fachgerecht erfolgt wäre (vgl. Urteil des BGer 9C_867/2018 vom 28. Mai 2019 E. 5.2.1). Der Gutachter legte ausserdem die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und hat seine Schlussfolgerungen ausführlich begründet und zu den Fragen der Vorinstanz Stellung genommen. Es ist zudem offensichtlich, dass Dr. D._____ als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie über die notwendige fachliche Qualifikation verfügte, um zu den psychischen Leiden der Versicherten beweistauglich Stellung nehmen zu können.

E. 13.4.2

Dr. D._____ hat zwar nicht ausdrücklich Bezug auf die in der Rechtsprechung geltenden Indikatoren genommen (BGE 141 V 281), die wesentlichen Beweisthemen jedoch abgehandelt.

E. 13.4.3

Der Experte begründete die gestellte Diagnose - Dysthymie - welche Ausgangspunkt der Indikatorenprüfung bildet - eingehend unter Bezugnahme auf die im Klassifikationssystem ICD-10 enthaltene Umschreibung (IV-act. 104 S. 28 ff.). Danach ist das wesentliche Kennzeichen einer Dysthymie die langdauernde, depressive Verstimmung, die nie oder nur sehr selten ausgeprägt genug ist, um die Kriterien für eine rezidivierende leichte oder mittelgradige depressive Störung zu erfüllen. In der Anamnese und insbesondere bei Beginn der Störung können allerdings die Beschreibungen und Leitlinien der leichten depressiven Episode erfüllt gewesen sein (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 10. Aufl. 2015, S. 183). In diesem Sinne hat der Gutachter festgehalten und berücksichtigt, dass sich während der Untersuchung leichtgradige depressive Symptome zeigten und dass es nachvollziehbar sei, dass diese dauerhaft seien. Der Gutachter hat zusätzlich erklärt, weshalb seiner Ansicht nach die depressive Symptomatik nicht den Schweregrad erreicht, um die Kriterien für eine depressive Störung zu erfüllen, und weshalb keine rezidivierende depressive Störung vorliegt. Überdies hat der Experte eingehend dargelegt, dass die Versicherte an keiner Erkrankung aus dem schizophränen Formenkreis oder an einer Traumafolgestörung leidet. Dr. D._____ hat sich auch mit dem Bericht vom 13. August 2021 des behandelnden Psychiaters auseinandergesetzt und begründet, weshalb der Einschätzung einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgrade Episode (F33.1), nicht gefolgt werden könne. Seine Ausführungen sind plausibel und nachvollziehbar. Damit steht fest, dass die Versicherte, als sie von Dr. D._____ am 17. Januar 2022 untersucht wurde, an einer Dysthymie litt.

E. 13.4.4

Dr. D._____ hat sich weiter in seiner medizinischen Beurteilung auf der Grundlage der Anamnese und der erhobenen Befunde mit den Belastungsfaktoren und Ressourcen der Versicherten einlässlich auseinandergesetzt. Insbesondere zeigte der Gutachter auf, dass erhebliche Diskrepanzen vorliegen (IV-act. 104 S. 20 ff.), und gelangte in der Gesamtbewertung, welche zusätzlich zu den Ergebnissen der klinischen Untersuchung auch die Resultate der Laboruntersuchung und des SRSI-Fragebogens mitberücksichtigt, zum Schluss, dass eine schwerwiegende Aggravation vorliegt. Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt Aggravation oder eine ähnliche Konstellation wie Simulation namentlich dann vor, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrative Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Ein bloss verdeutlichendes Verhalten deutet jedoch nicht auf Aggravation hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1; 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweis; Urteile des BGER 8C_360/2019 vom 18. Juni 2019 E. 4.2.1; 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1; 8C_291/2016 vom 12. August 2016 E. 2.2). Das Vorliegen von Aggravation oder Simulation kann zur Verneinung jeglicher versicherter Gesundheitsschädigung führen - es wird von Ausschlussgründen gesprochen - jedoch nur insoweit, als die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1 f.) oder die Leistungseinschränkung wegen der Aggravation nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann (vgl. Urteil des BGER 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.4 mit Hinweis u.a. auf BGE 138 V 218 E. 6;

vgl. auch BGE 143 V 418 E. 7.1; Urteile des BGer 8C_288/2024 vom 29. Oktober 2024 E. 8.2; 8C_2/2022 vom 4. Juli 2022 E. 6.1; BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.1 mit Hinweisen). Vorliegend hat der Gutachter in seiner klinischen Untersuchung Diskrepanzen festgestellt betreffend die fehlende Wahrnehmung von therapeutischen Optionen durch die Versicherte, das intakte Aktivitäts- und psychosozialen Funktionsniveau, der vagen und ausweichenden Schilderung des Krankheitsverlaufs und der Beschwerden sowie insgesamt der ausweichenden, unpräzisen und vagen Antworten. Er hat damit zahlreiche von der Rechtsprechung beschriebene Indizien für das Vorliegen einer Aggravation festgestellt. Anschaulich präzisierte er zudem, den Eindruck zu haben, einer Schauspielerin gegenüberzusitzen. Seine Feststellungen wurden zusätzlich durch die Laborbefunde, wonach die Versicherte die verschriebenen Psychopharmaka nicht einnahm, gestützt. Auch das Ergebnis des SRSI-Fragebogens, welches belegte, dass die Versicherte keine authentische Beschwerdeschilderung angegeben hatte, hat das Vorliegen einer Aggravation erhärtet. Es kann in diesem Zusammenhang festgehalten werden, dass der Einsatz von Testverfahren zur Beschwerde- beziehungsweise Symptomvalidierung gemäss den Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) für versicherungspsychiatrische Gutachten sinnvoll ist (vgl. Anhang 4 der Qualitätsrichtlinien) und das Bundesgericht erkannt hat, dass das Abstellen auf Validierungstests zur Beurteilung einer Aggravation zulässig ist, sofern auch ein psychiatrischer Facharzt die Testergebnisse würdigt (vgl. dazu Urteile des BGer 8C_549/2023 vom 25. Juni 2024 E. 5.2.4; 8C_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 6.1; 8C_817/2014 E. 4.4.2). Dies ist vorliegend der Fall. Dr. D. _____ hat zudem, wie bereits ausgeführt, eine sehr umfassende Prüfung vorgenommen und eine überzeugende Gesamtbewertung getätigt, welche die erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse berücksichtigte. Damit besteht vorliegend Klarheit darüber, dass am 17. Januar 2022 eine Aggravation im Sinne der Rechtsprechung vorlag.

E. 13.4.5

Trotz der festgestellten Aggravation litt die Versicherte nach der nachvollziehbar begründeten Einschätzung von Dr. D. _____ an einer Dysthymie. Der Gutachter präzisierte dabei ausdrücklich, dass er diese Diagnose unter Mitberücksichtigung der schwerwiegenden Antwortverzerrungen gestellt habe. Er hat somit die Auswirkungen der verbleibenden Gesundheitsschädigung im Umfang der Aggravation korrekt im Sinne von BGE 141 V 281 E. 2.2.2 bereinigt (vgl. auch Urteil des BGer 8C_288/2024 vom 29. Oktober 2024 E 8.2). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ist dazu festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss eine Dysthymie für sich allein betrachtet keine Invalidität im Sinne des Gesetzes bewirken kann. Eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall nur dann erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (BGE 143 V 418 E. 8.1; Urteile des BGer 9C_599/2019 vom 24. August 2020 E. 5.1; 9C_585/2019 vom 3. Juni 2020 E. 4.1; Ulrich Meyer/marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 2023, Art. 4 N. 88, S. 39). Vorliegend schloss Dr. D. _____ neben der Dysthymie andere gravierende Beeinträchtigungen wie namentlich eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine Traumafolgestörung explizit und mit einleuchtender Begründung aus. In dieser Situation ist deshalb rechtsgenügend ausgewiesen, dass, wie vom Experten eingeschätzt, keine andauernde und erhebliche Arbeitsunfähigkeit besteht. Der Experte hat somit nachvollziehbar und überzeugend festgehalten, dass aufgrund der aktuellen Symptomatik

und der entsprechenden Diagnose keine Einschränkung der Anwesenheitszeit und Leistungsfähigkeit vorliege (S. 32) und aktuell eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit im Haushalt bestehe. Damit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestand, als die Versicherte am 17. Januar 2022 von Dr. D._____ untersucht wurde. Aus weiteren Abklärungen lassen sich keine neuen Erkenntnisse erwarten (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3; Urteile des BGer 8C_241/2018 vom 25. September 2018 E. 7.5.2; 8C_728/2017 vom 31. August 2018 E. 3.2.2).

E. 13.4.6

Insgesamt erfüllt das Gutachten von Dr. D._____ die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert; die Schlussfolgerungen für den Zeitpunkt der Untersuchung am 17. Januar 2022 sind begründet und nachvollziehbar. Die Sachverständigen der IVSTA haben dies in ihrer Beurteilung vom 19. Mai 2022 zu Recht bestätigt.

E. 13.5.1

Gemäss der Rechtsprechung kann von einer fachgerecht erfolgten medizinischen Schätzung nur aus triftigen Gründen abgewichen werden. Es müssen konkrete Indizien, wie offensichtliche Widersprüche oder unberücksichtigte wesentliche Elemente vorliegen, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 148 V 49 E. 6.2.1; 137 V 210 E. 2.2.2; 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 9C_232/2022 vom 4. Oktober 2022 E. 4.1.2).

E. 13.5.2

Die Versicherte beruft sich in ihrer Beschwerdeschrift hauptsächlich auf den Bericht vom 27. Juni 2022 ihres behandelnden Psychiaters, Dr. E._____ (IV-act. 110; vgl. auch BVGer-act. 1 Beilagen 1 und 6), den sie bereits im Anhörungsverfahren vor der IVSTA eingereicht hatte (vgl. oben E. 10.8). Rechtsprechungsgemäss lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3). Dem ist vorliegend jedoch nicht so. Dr. E._____ nannte in seinem Bericht keine solchen Aspekte, die unberücksichtigt geblieben wären oder sonst ernsthafte Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. D._____ wecken würden. Dr. K._____ des medizinischen Dienstes der IVSTA, welcher den Bericht des behandelnden Psychiaters würdigte, erklärte in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2022 (IV-act. 115), dass der behandelnde Psychiater keinen nachvollziehbaren Befund für die gestellte Diagnose, welche die schwerste mögliche Ausprägungsform der Depression darstellen würde, geliefert habe. Zudem habe Dr. D._____ bereits zu einem ähnlichen Bericht aus dem Jahr 2021 Stellung genommen und der neue Bericht von Dr. E._____ vermöge den in der Begutachtung erhobenen Befund mit klaren Hinweisen für erhebliche Aggravation und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen nichts entgegenzusetzen. Tatsächlich hatte der Experte den früheren, ähnlichen Bericht vom 13. August 2021 von Dr. E._____ gewürdigt und eingehend dargelegt, weshalb dieser weder in Bezug auf die gestellte Diagnose noch in Bezug auf die angegebene Arbeitsunfähigkeit ausreichend und schlüssig sei (vgl. oben E. 13.3.6 und 13.4.3). Das Gericht hat dem nichts weiter beizufügen und kann

die überzeugenden Schlussfolgerungen des Experten sowie des IVSTA-Arztes vollumfänglich bestätigen. Der Beschwerdeführerin, welche nicht erklärte, weshalb die Meinung ihres Psychiaters vorzuziehen sei, kann nicht gefolgt werden. Auch die mit Eingabe vom 8. September 2025 vorgelegten weiteren Berichte und Rezepte von Dr. E. _____ aus den Jahren 2023 und 2025 enthalten keine neuen Informationen.

E. 13.5.3

In ihrer Eingabe vom 8. September 2025 bezog sich die Versicherte weiter auf ihre Patientenakte der Poliklinik sowie auf das ärztliche Attest vom 4. September 2025, welches von Fachärzten der Psychiatrie unterzeichnet wurde und welches nach Ansicht der Beschwerdeführerin die Schwere und Dauerhaftigkeit ihrer Erkrankung eindeutig belege. Soweit die Patientenakte und das Attest in zeitlicher Hinsicht für die vorliegend zu überprüfende Zeitperiode massgebend sind - sie wurden teilweise nach der angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2022 erstellt (vgl. oben E. 4.1) -, fällt auf, dass sie sehr rudimentär abgefasst sind, d.h. im Wesentlichen lediglich Diagnosen aufführen und entweder keine oder kaum Angaben zum psychiatrischen Befund enthalten. Ebenso sind die Schlussfolgerungen der verschiedenen Ärzte betreffend die Einschränkungen und Arbeitsunfähigkeit der Versicherten nicht begründet. Es finden sich darin auch keine Stellungnahme zu den zahlreichen Indizien für Aggravation, welche Dr. D. _____ festgestellt hat. Hinzu kommt, dass die gestellten Diagnosen, verschriebenen Medikamente sowie die Angabe, dass die Versicherte seit 2015 in der Türkei in Behandlung stehe, bereits bekannt sind und vom psychiatrischen Gutachter in die medizinische Würdigung einbezogen wurden. Auch stellt die Chronizität einer Erkrankung an sich keinen Grund für eine Arbeitsunfähigkeit dar. Entgegen der Ansicht der Versicherten erfüllen diese medizinischen Dokumente, welche keine neuen Elemente enthalten, die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert nicht und vermögen das Gutachten von Dr. D. _____ nicht in Zweifel zu ziehen.

E. 13.5.4

Die Beschwerdeführerin kritisierte weiter, dass ihre Untersuchung bei Dr. D. _____ nur zwei Stunden gedauert habe. Gemäss dem Experten dauerte die Untersuchung dreieinhalb Stunden, von 10:00 bis 13:30 (vgl. Auftragsquittung vom 17. Januar 2022; IV-act. 102; vgl. auch IV-act. 104 S. 4 und 23). Das Bundesgericht hat mehrfach festgehalten, dass kein allgemein gültiger Zeitrahmen für eine psychiatrische Exploration festgelegt werden kann und dass es für die Qualität und den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern vielmehr darauf, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des BGer 8C_264/2020 vom 17. August 2020 E. 3.2.3.2 mit Hinweisen; vgl. auch Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, a.a.O., Art. 28a N. 219, S. 372), was vorliegend der Fall ist. Das Gericht hat bereits festgestellt, dass das Gutachten von Dr. D. _____ die allgemeinen rechtlichen Qualitätsanforderungen erfüllt. Es ist zudem zu beachten, dass die Aufgabe des Gutachters darin besteht, innerhalb einer relativ kurzen Frist den psychischen Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen (vgl. Urteil des BGer 8C_697/2023 vom 17. September 2024 E. 3.2.2 mit Hinweisen). Der Einwand der Beschwerdeführerin ist nicht stichhaltig.

E. 13.5.5

Die Beschwerdeführerin wandte ausserdem noch ein, dass ihre Blut- und Urinalysen im Gutachten nicht erwähnt worden seien. Dem ist nicht so. Entgegen der Kritik der

Beschwerdeführerin hat Dr. D. _____ die Laborbefunde, wonach die Versicherte die angegebenen Medikamente nicht einnehme, in seinem Gutachten erwähnt und diese auch in seiner Beurteilung berücksichtigt (IV-act. 104 S. 19 und 27). Dies hat das Gericht bereits festgestellt. Ausserdem wurde der Bericht vom 21. Januar 2021 der medica dem Gutachten beigelegt (IV-act. 104 S. 39 f.). Die Kritik der Beschwerdeführerin trifft nicht zu.

E. 13.5.6

Die Beschwerdeführerin kann schliesslich auch aus den mit Stellungnahme vom 8. September 2025 vorgelegten Ausführungen ihrer Tochter und ihres Ehemanns gleichen Datums nichts zu ihren Gunsten ableiten (vgl. oben E. 10.10.5). Es handelt sich dabei um Behauptungen und subjektive Sichtweisen von Laien, die über kein medizinisches Fachwissen verfügen. Sie sind nicht geeignet, die gutachterlich erhobenen Befunde und die Beurteilung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin durch den Experten in Zweifel zu ziehen.

E. 13.6

Als Zwischenergebnis kann festgehalten werden, dass am 17. Januar 2022, als die Versicherte von Dr. D. _____ untersucht wurde, schwere Antwortverzerrungen in Form einer Aggravation vorlagen und die Versicherte an einer Dysthymie litt, die keine Arbeitsunfähigkeit begründete. Das Gutachten ist diesbezüglich voll beweiskräftig, weshalb rechtsprechungsgemäss davon nicht abzuweichen ist. Die Einwände der Beschwerdeführerin, die weder Widersprüche noch unberücksichtigte Elemente geltend machen konnte, sind unbegründet. Bei diesem feststehenden Ergebnis ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. dazu BGE 144 V 361 E. 6.5; Urteil des BGer 8C_401/2023 vom 19. Februar 2024 E. 11.2 und Hinweise) von weiteren Abklärungen für die vorliegend zu beurteilende Zeitperiode in Abweisung des Antrags auf Neubegutachtung abzusehen, da daraus keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind.

E. 13.7.1

Nachfolgend ist zu prüfen, ob sich - wie von der Vorinstanz behauptet - der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Verfügung vom 28. September 2017, als die rentenzusprechende Verfügung gefällt wurde, massgebend verändert hat und somit ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt.

E. 13.7.2

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens - wie dies vorliegend der Fall ist - hängt wesentlich davon ab, ob sich das Gutachten ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des BGer 8C_553/2021 vom 13. April 2023 E.

4.2.4 mit Hinweisen).

E. 13.7.3

Die Vorinstanz, welche vom Vorliegen eines Revisionsgrundes ausging, stützte sich auf die Beurteilung vom 19. Mai 2022 seiner Sachverständigen, die zuerst bestätigten, dass gemäss dem Gutachten von Dr. D. _____ am 17. Januar 2022 keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlag und eine Aggravation bestand, die im Zeitpunkt der Untersuchung das Bestehen einer invalidisierenden Diagnose ausschliesse. In Bezug zur Situation, die am 28. September 2017 massgebend war, zogen die Sachverständigen dann den Schluss, dass eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeiten eingetreten sei (IV-act. 107). Tatsächlich ging die Vorinstanz im Gegensatz zur Situation vom 17. Januar 2022 davon aus, dass am 24. September 2017 eine schwere depressive Episode mit einer Arbeitsunfähigkeit von 35% ab dem 4. April 2005 und einer Arbeitsunfähigkeit von 70% ab dem 29. Februar 2012 bestand habe (vgl. oben E. 9, insbesondere E. 9.2.1). Die Sachverständigen der IVSTA sind in dieser Hinsicht von der Bewertung des Experten abgewichen. Dieser war der Ansicht, dass auch im Verlauf ein Beleg für eine erhebliche Antwortverzerrung vorliege und dass sich aus den früheren ärztlichen Unterlagen ein Gesamtbild von einer ausschliesslich leichten psychiatrischen Symptomatik mit einer erheblichen psychosozialen Belastungssituation ergebe; es habe keine langfristige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ausserdem läge für die Rückdatierung der Symptomatik keine ausreichende Dokumentation vor (vgl. oben E. 13.3.5 und 13.3.7; IV-act. 104 S. 27 f. und 33 ff.). Dr. D. _____, der übrigens ausdrücklich zur Beurteilung der Entwicklung und des Verlaufs des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeiten der Versicherten seit dem 28. September 2017 eingeladen war (IV-act. 94 S. 2), hat demnach keine massgebende Änderung des Gesundheitszustandes der Versicherten im Verlauf bestätigt. Entgegen der Meinung der Vorinstanz läge damit kein Revisionsgrund vor. Die gegensätzlichen Ansichten des Experten und der Vorinstanz sind zu prüfen.

E. 13.7.4

Die Meinung des Gutachters Dr. D. _____, dass bereits früher, vor seiner Exploration vom 17. Januar 2022, eine erhebliche Antwortverzerrung vorlag und die Versicherte lediglich an einer leichten psychiatrischen Symptomatik litt, die keine langfristige Arbeitsunfähigkeit begründete, weicht von den Schlussfolgerungen von Dr. F. _____ vom 22. Juni 2017 ab, auf die sich die Vorinstanz in ihrer rentenzusprechenden Verfügung vom 28. September 2017 hauptsächlich abgestützt hatte (vgl. oben E. 9). Der Gutachter hat für seine gegenteilige Einschätzung einige der älteren medizinischen Berichte, welche bereits von der IVSTA-Ärztin gewürdigt worden sind (vgl. oben E. 9.2.1), beurteilt (IV-act. 104 S. 27 f. und 33 f.), d.h. den Bericht der kardiologischen Untersuchung vom 20. November 2006 des Kantonsspitals C. _____ (IV-act. 9 S. 16 und 17), den Bericht der ambulanten Konsultation vom 19. Februar 2007 des Spitals G. _____ (IV-act. 9 S. 15), den Kurzaustrittsbericht vom 22. Dezember 2007 des Spitals G. _____ (IV-act. 9 S. 13), den Austrittsbericht vom 9. März 2012 der psychiatrischen Klinik I. _____ (IV-act. 9 S. 7 ff.) sowie den Verlaufsbericht mit Beiblatt vom 12. Juli 2013 der Dr. H. _____, Allgemeinmedizinerin und Hausärztin der Versicherten (IV-act. 18). Dr. D. _____ hat es jedoch gänzlich versäumt, dabei auch die Beurteilung von Dr. F. _____ zu berücksichtigen, obwohl er von dieser Kenntnis hatte und sie in seinem Gutachten, unter dem Aktenauszug, auch kurz erwähnte (vgl. IV-act. 104 S. 8). Mangels Auseinandersetzung mit der Einschätzung von Dr. F. _____ überzeugt die retrospektive Bewertung des

Gesundheitszustandes der Versicherten und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit durch Dr. D. _____ nicht. Eine retrospektive Beurteilung ist rechtsprechungsgemäss schwierig und muss erhöhten Ansprüchen genügen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG; I 200/03 vom 26. Juli 2004 E. 4.5). Das Gericht kann dem Experten auch dann nicht folgen, wenn dieser angibt, dass Belege für eine Aggravation der Beschwerden und Leistungseinschränkungen bereits früher, im Verlauf, vorgelegen haben sollen. Keine der früheren Arztberichte oder andere Dokumente, die sich in den Akten befinden, haben eine Aggravation oder eine ähnliche Konstellation erwähnt und es sind auch keine entsprechenden Hinweise erkennbar. Gemäss der Rechtsprechung kann eine solche aber nicht leichthin angenommen werden, sondern muss auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis erfolgen (vgl. Urteile des BGer 9C_621/2018 vom 27. November 2018 E. 5.3.3; 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 4.2.3). Entsprechend erweisen sich die Ausführungen des Experten in revisionsrechtlicher Hinsicht als unerheblich, da sie lediglich auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen sind, indem sie von der Beurteilung derselben medizinischen Berichte durch Dr. F. _____ abweichen. Ein veränderter Sachverhalt oder veränderte Befundlage, welche einen Revisionsgrund begründen könnte, liegt nicht vor.

E. 13.7.5

Es ist somit aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht ausgewiesen, dass bereits vor dem 17. Januar 2022 eine Aggravation und lediglich eine leichte psychiatrische Symptomatik ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestanden haben. Die Tatsache, dass am 17. Januar 2022 eine solche Situation gemäss dem Gutachten von Dr. D. _____ rechtsgenügend vorlag, könnte eine erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 28. September 2017 darstellen und damit - wie von der Vorinstanz vorgebracht - einen Revisionsgrund. Das Bundesgericht hat dahingehend festgehalten, dass ein früher nicht gezeigtes Verhalten der versicherten Person eine im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevante Tatsachenänderung darstellen und zur Revision führen kann, dies etwa, wenn eine Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht (vgl. Urteile des BGer 8C_198/2021 vom 15. September 2021 E. 6.2.3; 8C_380/2019 vom 11. Oktober 2019 E. 4.1; 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E. 6.1 mit Hinweisen). Aus nachfolgenden Gründen kann jedoch die Frage, ob im vorliegenden Fall ein Revisionsgrund gegeben ist, offengelassen werden.

E. 13.7.6

Tatsächlich erweist sich die rentenzusprechende Verfügung vom 28. September 2017 als nicht nachvollziehbar, weil die Vorinstanz es damals offensichtlich versäumt hatte, eine vollumfängliche und rechtskonforme Abklärung des relevanten Sachverhalts vorzunehmen.

E. 13.7.7

Das Gericht hat bereits festgestellt (vgl. oben E. 9), dass die IVSTA, ohne weitere Abklärungen zu veranlassen (vgl. E. 9.3), sich hauptsächlich auf die Stellungnahme vom 22. Juni 2017 der Dr. F. _____ stützte, die zu einer rückwirkenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bis zum 30. April 2015, als die Versicherte ihren Wohnsitz zurück in die Türkei verlegte, eingeladen wurde. Zudem ging es damals um die Ausführung des Entscheids vom 2. Mai 2016 des kantonalen Versicherungsgerichts (vgl. oben E. 9.1). Die Psychiaterin und Psychotherapeutin des medizinischen Dienstes der IVSTA hatte bei ihrer Würdigung die Versicherte nicht persönlich untersucht, sondern eine reine

Aktenbeurteilung vorgenommen.

E. 13.7.8

Nach der Rechtsprechung ist es der Verwaltung (und im Beschwerdefall dem Sozialversicherungsgericht) nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zu entscheiden. Die Stellungnahmen des RAD oder des medizinischen Dienstes der IVSTA, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können wie Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteile des BGer 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1; 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; je mit Hinweisen). Die Aufgabe der versicherungsinternen Fachpersonen besteht insbesondere darin, aus medizinischer Sicht - gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben - den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und versicherungsmedizinisch zu würdigen (vgl. SVR 2009 IV Nr. 50 [Urteil 8C_756/2008] E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des BGer 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3).

E. 13.7.9

Es fällt vorliegend zunächst auf, dass Dr. F._____ in ihrer Stellungnahme vom 22. Juni 2017 als letzten medizinischen Bericht den Verlaufsbericht mit Beiblatt vom 12. Juli 2013 von Dr. H._____ berücksichtigte (vgl. E. 9.2.1). Im Dossier befand sich noch der ältere Bericht vom 14. März 2014 dieser Hausärztin, welchen sie zuhanden des kantonalen Versicherungsgerichts ausgestellt hatte (IV-Akt 32). Über diesen Zeitpunkt hinaus enthielten die Akten keinen weiteren Arztbericht. Als die Vorinstanz drei Jahre später, mit Verfügung vom 28. September 2017, ohne zeitliche Limitierung, eine ganze Invalidenrente ab dem 1. Februar 2013 zusprach, lag ihr demnach kein einziger aktueller Arztbericht vor, der nach einer persönlichen Untersuchung der Versicherten beweiskräftig zu deren Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit hätte Stellung nehmen können. Der Fragebogen für die im Haushalt tätigen Versicherten vom 14. April 2017, in dem die Versicherte angab, dass sie praktisch keine Haushaltstätigkeiten ausführen könne (IV-act. 42), konnte diese Lücke offensichtlich nicht schliessen. Diese Angaben der Versicherten haben ohne objektive, umfassende, eingehende und inhaltsbezogene Würdigung (Prinzip der inhaltlich einwandfreien Beweiswürdigung; vgl. Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, a.a.O., Art. 28a N. 252, S. 381) keinen Beweiswert hinsichtlich ihres Gesundheitszustands und das Gericht kann der Ärztin des vorinstanzlichen medizinischen Dienstes, die sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (bis zum 30. April 2015 gemäss der ihr unterbreiteten Fragestellung) auf diese Behauptungen der Versicherten bezog, nicht folgen.

E. 13.7.10

Zusätzlich stellt das Gericht fest, dass die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit und Invalidität der Versicherten im Haushalt auf substantiierten Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse hätte erfolgen müssen (vgl. oben E. 5.6). Wenn dabei auf eine Abklärung vor Ort, bei der Versicherten zuhause in der Türkei, verzichtet werden konnte, hätte Dr. F._____ ausführlich und detailliert zu den massgebenden invaliditätsbedingten Einschränkungen der Versicherten im Haushalt Stellung nehmen müssen. Sie hätte dabei die verschiedenen

Tätigkeiten und deren jeweilige Gewichtung, wie vom BSV umschrieben, beachten und auch die Schadenminderungspflicht der Versicherten und die Mithilfe der Familienangehörigen einbeziehen müssen (vgl. Kreisschreiben des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 1. Januar 2017, Rz. 3084 ff.). Die von Dr. F._____ vorgenommene pauschale Schätzung der Arbeitsunfähigkeiten von 35% ab dem 4. April 2005 und 70% ab dem 29. Februar 2012, welche sich auf keine konkrete Abklärung und Würdigung stützen, kommt kein Beweiswert zu. Im Übrigen genügt eine Festlegung der Arbeitsunfähigkeit, die lediglich wahrscheinlich ist - so Dr. F._____ (vgl. oben E. 9.2.2) - dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht.

E. 13.7.11

Wie dargestellt erliess die Vorinstanz die Verfügung vom 28. September 2017 auf der Grundlage einer gänzlich ungenügenden Ermittlung des Sachverhalts. Es lagen einerseits überhaupt keine medizinischen Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand der Versicherten vor. Andererseits erfolgte die Abklärung der Arbeitsunfähigkeit und Einschränkungen im Haushalt auf keinen substantiierten Erhebungen der tatsächlichen Verhältnisse der Versicherten. Die Vorinstanz hat sich zu Unrecht abschliessend auf die Stellungnahme vom 22. Juni 2017 ihres medizinischen Dienstes gestützt, welche die Beweisanforderungen der Rechtsprechung klar nicht erfüllte. Aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) wäre die IVSTA verpflichtet gewesen, weitere medizinische Abklärungen und auch Ermittlungen bezüglich der Haushaltstätigkeiten der Versicherten zu veranlassen. Sie hätte dabei insbesondere einen aktuellen ärztlichen Bericht von einem psychiatrischen Facharzt einholen müssen, der auch rückwirkend zu den Arbeitsunfähigkeiten der Versicherten hätte Stellung nehmen können. Die Vorgaben des kantonalen Versicherungsgerichts im Entscheid vom 2. Mai 2016 standen dem nicht entgegen, auch wenn dieses Gericht erwogen hatte, dass für die Bestimmung des Beginns und des anfänglichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit der Versicherten eine Rückfrage bei einem medizinischen Sachverständigen oder bei Dr. H._____ nicht zielführend gewesen wäre, weil sich diese dazu mangels medizinischer Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit äussern können bzw. nicht in der Lage gewesen wären, retrospektiv weitere Angaben zu machen (vgl. E. 1.3 des Urteils; IV-act. 36 S. 4 f.). Das kantonale Versicherungsgericht hat sich dabei auf die Jahre 2003-2006 bezogen, und somit auf Jahre, die angesichts des Rentenanspruchs vom 7. August 2012 lange vor dem Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs (am 1. Februar 2013; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) lagen.

E. 13.7.12

Die Rentenverfügung vom 28. September 2017, welcher demnach in klarer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ein unvollständiger Sachverhalt zugrunde lag, ist nicht nachvollziehbar, weshalb auch kein Vergleich mit der Situation, wie sie im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2022 vorlag, möglich ist. Entgegen der Ansicht der Vorinstanz kann daher ein Revisionsgrund nicht bejaht werden, die Voraussetzungen von Art. 17 ATSG sind nicht erfüllt.

E. 13.8.1

Damit bleibt zu prüfen, ob die ursprüngliche rentenzusprechende Verfügung vom 28. September 2017 gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG in Wiedererwägung zu ziehen und die von

der Vorinstanz gestützt auf Art. 17 ATSG verfügte Rentenaufhebung mit substituierter Begründung im Ergebnis zu bestätigen ist (vgl. oben E. 6.2).

E. 13.8.2

Betreffend die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung steht einerseits fest, dass die Rentenverfügung vom 28. September 2017 formell in Rechtskraft erwachsen ist und bisher nicht Gegenstand einer materiellen richterlichen Beurteilung gebildet hat (vgl. etwa BGE 122 V 169 E. 4a). Im Weiteren kann auch die kumulativ zu erfüllende Voraussetzung der Erheblichkeit ohne Weiteres bejaht werden, da es sich bei der 2017 zugesprochenen Invalidenrente um eine Dauerleistung handelt. In Bezug auf die weitere kumulativ zu erfüllende Voraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit hat das Gericht bereits festgestellt, dass die Leistungszusprache mit Verfügung vom 28. September 2017 infolge klarer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) auf einem gänzlich unvollständig erhobenen Sachverhalt beruhte, sowohl aus medizinischer als auch aus wirtschaftlicher (Haushaltabklärung) Sicht. Eine solche Leistungszusprache, welche in Missachtung der Rechtslage im Zeitpunkt des Verfügungserlasses und der damaligen Rechtspraxis erfolgte, gilt rechtsprechungsgemäss als gesetzwidrig und somit regelmässig als zweifellos unrichtig (vgl. BGE 126 V 399 E. 2b/bb S. 401; ARV 2002 S. 181 E. 1a; Urteil des BGer 9C_221/2018 vom 16 Oktober 2018 E. 3.1). Zusammenfassend liegt demnach ein Rückkommenstitel gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG vor, welcher, wie dargestellt, grundsätzlich der Revisionsordnung nach Art. 17 ATSG vorgeht.

E. 13.8.3

Da wie ausgeführt die Voraussetzungen für ein wiedererwägungsweises Zurückkommen auf die Verfügung vom 28. September 2017 erfüllt sind, gilt es nun, die Beurteilung der Invalidität der Versicherten wie bei einer Revision nach den Verhältnissen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorzunehmen (vgl. BGE 144 I 103 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen; Urteil C-1336/2021 vom 21. Dezember 2023 E. 5.4), als erwiesenermassen, gestützt auf das Gutachten von Dr. D. _____, am 17. Januar 2022 eine Aggravation bestand und die Versicherte an einer Dysthymie litt, die keine Arbeitsunfähigkeit begründet. Die volle Arbeitsfähigkeit der Versicherten hat zur Folge, dass keine Invalidität vorliegt. In dieser Situation durfte die Vorinstanz auch ohne Durchführung eines Betätigungsvergleichs im Haushalt das Vorliegen einer anspruchsbegründenden Invalidität verneinen. Rechtsprechungsgemäss wirkt bei einer durch substituierte Begründung wiedererwägungsweise bestätigten Rentenaufhebung der Entzug der Versicherungsleistungen ex nunc et pro futuro (vgl. Art. 85 Abs. 2 und Art. 88bis Abs. 2 IVV; vgl. BGE 119 V 431 E. 2; Urteil des BGer 8C_928/2015 vom 19. April 2016 E. 3 mit Hinweisen; Margrit Moser-Szeless, in: *Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand*, 2018, Art. 53 Rz. 97 ff.). Die Aufhebung der Rente mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 22. Juli 2022 erfolgte daher zu Recht auf Anfang des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats.

E. 14

[recte: 28.] September 2017 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei und dass im Aufgabenbereich Haushalt ab dem

E. 15

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

E. 15.1

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der in gleicher Höhe einbezahlte Kostenvorschuss (BVGer-act. 9) wird zur Begleichung der Verfahrenskosten verwendet.

E. 15.2

Der unterliegenden Beschwerdeführerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen (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 Vorinstanz hat als Behörde ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

E. 17

Januar 2022 keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe (IV-act. 107).

E. 19

April 2016 E. 3 mit Hinweisen; MARGRIT MOSER-SZELESS, in: Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire Romand, 2018, Art. 53 Rz. 97 ff.). Die Aufhebung der Rente mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 22. Juli 2022 erfolgte daher zu Recht auf Anfang des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. 14. Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 19. Juli 2022 im Ergebnis mit substituierter Begründung zu bestätigen. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen. 15. Es bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung zu befinden. 15.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis i.V.m. Art. 69 Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen. Diese sind auf Fr. 800.- festzusetzen. Der in gleicher Höhe einbezahlte Kostenvorschuss (BVGer-act. 9) wird zur Begleichung der Verfahrenskosten verwendet. 15.2 Der unterliegenden Beschwerdeführerin wird keine Parteientschädigung zugesprochen (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 Vorinstanz hat als Behörde ebenfalls keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE).

(Das Dispositiv folgt auf der nächsten Seite.)

C-3493/2022 Seite 41