



## Urteil vom 4. Juni 2020

---

Besetzung

Richter Christoph Rohrer (Vorsitz),  
Richter Beat Weber, Richterin Caroline Bissegger,  
Gerichtsschreiber Michael Rutz.

---

Parteien

**A.** \_\_\_\_\_, (Frankreich),  
vertreten durch Charles Flory, C.P.T.F.E.,  
Beschwerdeführerin,

gegen

**IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,**  
Vorinstanz.

---

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch  
(Verfügung vom 15. November 2018).

**Sachverhalt:****A.**

Die am (...) 1957 geborene, französische Staatsangehörige A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) wohnt zusammen mit ihrem Ehemann in Frankreich. Seit dem Jahr 2005 war sie mit Unterbrüchen als Grenzgängerin in der Schweiz erwerbstätig (act. 11 S. 3) und leistete dabei Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; IK-Auszug [act. 7]). Zuletzt arbeitete sie seit 1. September 2010 als Näherin in einem Pensum von 50 % (act. 17), ehe sie ab 29. Februar 2016 von ihrem Hausarzt krankgeschrieben wurde (act. 12 S. 3).

**B.**

**B.a** Am 3. August 2016 meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons B. \_\_\_\_\_ (nachfolgend: kantonale IV-Stelle) unter Hinweis auf eine seit 29. Februar 2016 bestehende Depression zum Leistungsbezug an (act. 2). Die kantonale IV-Stelle klärte in der Folge die erwerblichen, hauswirtschaftlichen und medizinischen Verhältnisse ab. Sie holte insbesondere den Fragebogen für Arbeitgebende ein (act. 17), zog die Akten des Krankentaggeldversicherers mit den beiden psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 (act. 12 S. 29 ff.) sowie von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2016 (act. 33 S. 19 ff.) bei (act. 12, act. 33), nahm von der Versicherten eingereichte Berichte der behandelnden Psychiaterin zu den Akten (act. 9, act. 36, act. 44, act. 61) und führte am 10. April 2017 eine Haushaltsabklärung durch (Abklärungsbericht vom 24. April 2017 [act. 40]).

**B.b** Nach Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 31. August 2017 (act. 48) und vom 19. Oktober 2017 (act. 53) gab die kantonale IV-Stelle am 20. November 2017 bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag (act. 56), das am 16. Februar 2018 erstattet wurde (act. 65). Auf Anraten des RAD (Stellungnahme vom 22. Februar 2018 [act. 67]) forderte die kantonale IV-Stelle die Versicherte am 22. Februar 2018 auf, medizinische Unterlagen bezüglich geltend gemachter Rückenbeschwerden einzureichen (act. 68). Am 15. März 2018 reichte die Versicherte entsprechende Arztberichte und MRI-Befunde ein (act. 70). Am 23. August 2018 nahm der RAD zum psychiatrischen Gutachten vom 16. Februar 2018 und zu den neuen Arztberichten Stellung (act. 78). Gestützt darauf stellte die kantonale IV-Stelle mit Vorbescheid vom 14. September 2018 die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (act. 80),

woraufhin die Versicherte am 22. Oktober 2018 einwandweise nochmals einen neuen Bericht ihrer behandelnden Psychiaterin einreichte (act. 83). Mit Verfügung vom 15. November 2018 wies die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (nachfolgend: Vorinstanz) gestützt auf die Feststellungen der kantonalen IV-Stelle das Leistungsbegehren bei einem nach der gemischten Methode bemessenen Invaliditätsgrad von 12 % ab 28. Februar 2017 bzw. 35 % ab 1. Januar 2018 ab (act. 84).

**C.**

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte durch ihren Vertreter mit Eingabe vom 10. Dezember 2018 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Sie beantragt sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprache einer Invalidenrente aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % (BVGer-act. 1). Ergänzend reichte sie am 11. Januar 2019 einen Bericht ihrer behandelnden Psychiaterin vom 7. Dezember 2018 ein (BVGer-act. 6).

**D.**

Der mit Zwischenverfügung vom 14. Dezember 2018 eingeforderte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.- (BVGer-act. 2) wurde am 21. Dezember 2018 geleistet (BVGer-act. 4).

**E.**

Die Vorinstanz beantragt in ihrer Vernehmlassung vom 12. März 2019 unter Hinweis auf eine Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 7. März 2019 die Abweisung der Beschwerde (BVGer-act. 8).

**F.**

Mit ihrer Replik vom 28. März 2019 reichte die Beschwerdeführerin weitere Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte ein (BVGer-act. 11).

**G.**

Die Vorinstanz hielt nach Einholen einer Stellungnahme der kantonalen IV-Stelle vom 9. Mai 2019 mit Duplik vom 16. Mai 2019 am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (BVGer-act. 13).

**H.**

Die Beschwerdeführerin reichte nach Abschluss des Schriftenwechsels (Instruktionsverfügung vom 22. Mai 2019 [BVGer-act. 14]) am 17. September 2019 (BVGer-act. 16) und am 27. Januar 2020 (BVGer-act. 18) unaufgefordert weitere medizinische Berichte ein und machte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend.

**I.**

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

**Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:****1.**

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb sie zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde (Art. 63 Abs. 4 VwVG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1 und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

**2.**

Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) vorgesehen, hat die kantonale IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet die Beschwerdeführerin als Grenzgängerin eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, das Leistungsbegehren entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 15. November 2018 erlassen hat. Diese Verfügung, mit der die Vorinstanz das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hat, bildet Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1). Streitig und vom Bundesverwaltungsgericht zu prüfen ist somit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine schweizerische Invalidenrente im Rahmen einer Erstanmeldung.

**3.**

**3.1** Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungsverfügung (hier: 15. November 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

**3.2** Die Beschwerdeführerin ist französische Staatsangehörige, wohnt in Frankreich und war in der Schweiz erwerbstätig. Damit gelangen das Freizügigkeitsabkommen vom 21. Juni 1999 (FZA, SR 0.142.112.681) und die Regelwerke der Gemeinschaft zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit gemäss Anhang II des FZA, insbesondere die für die Schweiz am 1. April 2012 in Kraft getretenen Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 (SR 0.831.109.268.1) und Nr. 987/2009 (SR 0.831.109.268.11), zur Anwendung. Seit dem 1. Januar 2015 sind auch die durch die Verordnungen (EU) Nr. 1244/2010, Nr. 465/2012 und Nr. 1224/2012 erfolgten Änderungen in den Beziehungen zwischen der Schweiz und den EU-Mitgliedstaaten anwendbar. Das Vorliegen einer anspruchserheblichen Invalidität beurteilt sich indes auch im Anwendungsbereich des FZA und der Koordinierungsvorschriften nach schweizerischem Recht (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; Urteil des BGer 9C\_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 4).

#### **4.**

Anspruch auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der gesetzlich vorgesehenen Dauer Beiträge an die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, das heisst während mindestens drei Jahren laut Art. 36 Abs. 1 IVG. Die Beschwerdeführerin hat unbestrittenermassen während mehr als drei Jahren Beiträge an die schweizerische AHV/IV geleistet (vgl. IK-Auszug [act. 7]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

#### **5.**

**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). 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).

**5.2** Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Bst. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. c). Art. 29 Abs. 1 IVG sieht vor, dass der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt, entsteht.

**5.3** Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützen sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

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

**5.5** Eine Stellungnahme des RAD, die nicht auf einer eigenen Untersuchung beruht, kann wie ein Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten, ein lückenloser Befund vor-

liegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, so dass der Berichtersteller imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des BGer 8C\_414/2019 vom 25. September 2019 E. 2.2.1) und damit die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des BGer 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.3). Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen kommt praxisgemäss jedoch nicht dieselbe Beweiskraft wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten zu. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4).

**5.6** Die Prüfung, ob eine psychische Erkrankung eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermag, hat grundsätzlich anhand eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 143 V 418 E. 6 ff.).

**5.6.1** Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung für eine Anspruchsberechtigung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 2.2.1).

**5.6.2** Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; Behandlungs- und

Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten [E. 4.3.1]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

**5.6.3** Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenan-sprechenden Person auswirkt (vgl. zum Ganzen BGE 144 V 50 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 6).

## **6.**

Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den vorliegenden medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**6.1** Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem zuhanden des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten vom 13. Juni 2016 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige

bis schwere Episode (ICD-10: F33.1/2). Zudem diagnostizierte er akzentuierte (histrionische) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schneiderin/Näherin bestehe seit dem 29. Februar 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Mit grosser Wahrscheinlichkeit könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin unter Weiterführung der bestehenden Gesprächspsychotherapie, Optimierung der psychopharmakologischen Behandlung sowie regelmässiger Einnahme der verordneten Psychopharmaka in spätestens drei bis sechs Monaten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit werde erreichen können. Er wies darauf hin, dass differentialdiagnostisch eine gewisse bewusstseinsnahe Aggravationstendenz in Betracht zu ziehen sei (act. 12 S. 29 ff.).

**6.2** Die behandelnde Psychiaterin Dr. F. \_\_\_\_\_ berichtete am 13. Juli 2016, dass die Beschwerdeführerin seit März 2016 wegen eines schweren depressiven Syndroms im Kontext mit beruflichen Schwierigkeiten behandelt werde. Ihr aktueller Zustand erlaube keine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit (act. 12 S. 45).

**6.3** Im zuhanden des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten vom 4. November 2016 diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger (formal schwerer) Episode (ICD-10: F33.2) sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – akzentuierte selbstunsichere, ängstlich vermeidende und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Der Gutachter hielt fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erheblich, das heisse zu 100 % in ihrem 50 %-Pensum, beeinträchtigt sei. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Näherin sei sie aktuell nicht mehr belastbar. Weiter hielt er fest, dass die vorliegende Störung gut zu behandeln sei. Die derzeit durchgeführte medikamentöse Behandlung sei nicht lege artis. Mit einer nach internationalen Leitlinien durchgeführten ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung könne innerhalb von zwei bis vier Monaten mit der Aufnahme einer Tätigkeit, die ihrer Erfahrung und Ausbildung entspreche, im Umfang von 50 % ihres bisherigen 50 %-Pensums und mit Steigerung des Arbeitspensums um 24 % monatlich gerechnet werden (act. 33 S. 19 ff.).

**6.4** Auf Anraten des RAD wurde die Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf psychiatrisch begutachtet. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ stellte im Gutachten vom 16. Februar 2018 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F13.24). In der angestammten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ging er ebenfalls von einer Einschränkung von 50 % aus (vgl. Gutachten S. 32 Ziffer VI.2 mit Verweis auf S. 23 Ziffer 7). Die im Abklärungsbericht Haushalt festgelegte Einschränkung für Haushaltsarbeiten in der Höhe von 23 % sei aktuell nachvollziehbar (act. 65).

**6.5** Am 29. März 2017 berichtete die behandelnde Psychiaterin, Dr. F. \_\_\_\_\_, dass weiterhin ein schweres psychisches Leiden vorliege und die Beschwerdeführerin nach wie vor nicht in der Lage sei, zu arbeiten (act. 36 S. 2). In einem weiteren Bericht vom 27. Dezember 2017 bestätigte sie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. 61 S. 2).

**6.6** Nach Klagen über Rückenbeschwerden im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung reichte die Beschwerdeführerin am 15. März 2018 auf Aufforderung der Vorinstanz hin diesbezüglich im Wesentlichen die folgenden Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte ein:

**6.6.1** Dr. G. \_\_\_\_\_ berichtete am 29. Dezember 2010 über die wegen «wiederholt invalidisierender lumbaler Rückenschmerzen» durchgeführte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule. Er nannte im Wesentlichen multiple, sehr moderate Diskopathien mit minimaler subligamentärer hinterer Vorwölbung (bâillement) der Diski L3/L4, L4/L5 und L5/S1, ohne Diskushernie, und einen normal weiten Spinalkanal (act. 70 S. 11, adressiert an Dr. H. \_\_\_\_\_).

**6.6.2** Die Rheumatologin, Dr. I. \_\_\_\_\_, hielt in ihrem Bericht vom 16. November 2016 gestützt auf MRI-Befunde der LWS und der HWS vom 15. September 2016 (act. 70 S. 9 und 18 f.) sowie eine eigene klinische Untersuchung fest, es liege eine tiefzervikale und eine tieflumbale Algie bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule vor. Das MRI vom 15. September 2016 der lumbalen und zervikalen Wirbelsäule habe degenerative Schädigungen mit degenerierenden Bandscheiben C5 bis C7 (Diskusprotrusion) und einer degenerativen Diskopathie L5/S1 ohne radikuläre Konflikte gezeigt (act. 70 S. 7).

**6.6.3** Laut Überweisungsbericht des Hausarztes, Dr. H.\_\_\_\_\_, vom 9. Oktober 2017 leide die Beschwerdeführerin seit etwa zwanzig Jahren an einer «chronischen» Lumbalgie. Er nannte eine lumbale Diskarthrose L4/L5 und L5/S1 mit inter-apophysärer Arthrose posterior, eine Arthrose der Uncorvertebralgelenke mit Osteophyten auf dem Niveau C5/C6 und C6/C7, eine beginnende lumbale Spondylarthrose sowie Wirbeldegenerationen C5 bis C7, L5 und S1 (act. 70 S. 5, vgl. auch S. 20).

**6.6.4** Dr. J.\_\_\_\_\_ berichtete am 24. Oktober 2017 über die wegen lumbaler Rückenschmerzen durchgeführte bildgebende Untersuchung der Lendenwirbelsäule. Er nannte im Wesentlichen eine leichte Hyperlordose, eine moderate Discarthrose, eine diskrete Bandscheibenverschmälerung L4/L5 mit beginnender Diskopathie L5/S1, eine moderate inter-apophysäre Arthrose ohne sichtbare Spondylarthrose. Weiter erwähnte er Becken und Hüfte ohne erwähnenswerte Anomalie sowie unveränderte Knochenstrukturen (act. 70 S. 17, adressiert an Dr. H.\_\_\_\_\_).

**6.6.5** Gemäss einem Bericht des Hôpital K.\_\_\_\_\_ wurde am 30. Januar 2018 eine Kortison-Infiltration im Bereich L5/S1 durchgeführt (act. 70 S. 4 und 16; vgl. auch S. 21).

**6.7** Der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 23. August 2018 die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge
- Chronisches Lumbovertebralsyndrom

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte der RAD-Arzt Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F13.24). Er kam zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit ab 29. Februar 2016 zu 50 % arbeitsfähig sei (falls das unten aufgeführte Leistungsprofil eingehalten werden könne). In einer leidensangepassten Verweistätigkeit bestehe ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab 29. Februar 2016. Das Belastungsprofil der Verweistätigkeit legte der RAD-Arzt wie folgt fest: Rückenadaptierte, wechselbelastende leichte bis maximal mittelschwere körperliche Tätigkeiten (act. 78).

**6.8** Die behandelnde Psychiaterin Dr. F. \_\_\_\_\_ bestätigte in ihrem Bericht vom 9. Oktober 2018 einen unveränderten depressiven Zustand sowie eine weiterhin bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. 83 S. 2). In einem weiteren Bericht vom 7. Dezember 2018, den die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereicht hat, hielt die behandelnde Psychiaterin fest, dass ein unveränderter psychischer Zustand bestehe. Die Beschwerdeführerin leide an einer schweren depressiven Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) und sei vollständig arbeitsunfähig.

## **7.**

Zu prüfen ist, ob sich die Vorinstanz zur Beurteilung des Leistungsanspruchs zu Recht auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 16. Februar 2018 und die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. L. \_\_\_\_\_ vom 23. August 2018 abgestützt hat und davon ausgeht, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit als Näherin sowie anderer, leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten halbtags zumutbar ist.

**7.1** Aus den vorliegenden medizinischen Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin neben dem im Vordergrund stehenden psychischen Leiden auch über Rückenbeschwerden klagt. Der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 23. August 2018 gestützt auf die vorliegenden Berichte der behandelnden Ärzte fest, dass die Versicherte seit über 20 Jahren an chronischen Rückenbeschwerden leide. Die radiologischen Unterlagen (verschiedene MRI) zeigten degenerative Veränderungen der Wirbelsäule ohne Hinweise für eine Spinalkanalstenose oder für Foraminalstenosen. Ebenso gebe es keine Hinweise auf eine komprimierende Diskushernie oder eine radikuläre Mitbeteiligung. Er kam zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer rückenadaptierten Tätigkeit dadurch nicht (weiter) eingeschränkt werde. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar, zumal aus somatischer Sicht keine Berichte vorliegen, die eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Aktenkundig fanden zu verschiedenen Zeiten Abklärungen wegen Rückenbeschwerden statt. Dr. M. \_\_\_\_\_ behandelte die Beschwerdeführerin vom 9. Juni bis 22. Juli 2016 wegen einer Lumbalgie mit Osteopathie. Er stellte eine günstige Prognose (Bericht vom 18. August 2016, act. 8 S. 2). Unmittelbar zuvor hielt Dr. med. C. \_\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung vom 8. Juni 2016 fest, dass sich die Beschwerdeführerin ohne äusserlich sichtbare Behinderung bewegen könne sowie, dass Mimik und Gestik zu keinem Zeitpunkt während der Untersuchung ein Schmerzerleben angedeutet hätten. Sie

selber habe angegeben, unter keiner chronischen körperlichen Begleitkrankheit zu leiden (Gutachten vom 13. Juni 2016, act. 12 S. 32 f.). Auch die behandelnde Rheumatologin beschrieb im Bericht vom 16. November 2016 und in Kenntnis der radiologischen Vorbefunde anlässlich der eigenen Untersuchung vom gleichen Tag einen klinisch unauffälligen Befund (diskrete Limitation der Beweglichkeit der HWS und Sensibilität des zerviko-dorsalen Gelenks, keine Zervicobrachialgie, normale Beweglichkeit der LWS, keine Radikualgie, mässig ausgebildete para-vertebrale Muskulatur). Sie führte lediglich eine Mesotherapie durch und empfahl der Beschwerdeführerin, Kräftigungsübungen für die Rückenmuskulatur zu machen (act. 70 S. 7). Das lumbale MRI vom 24. Oktober 2017 ergab im Wesentlichen eine moderate Diskarthrose sowie eine diskrete Bandscheibenschmälerung L4/L5 mit beginnender Diskopathie L5/S1 (act. 70 S. 17). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 6. Februar 2018 gab die Beschwerdeführerin nach körperlichen Beschwerden gefragt an, seit drei oder vier Jahren an lumbalen Rückenschmerzen zu leiden. Nach langem Sitzen sei das Aufstehen schwierig. Sie benutze hierfür daher einen Gehstock. Sie habe schon zahlreiche Behandlungen hinter sich, erst am 30. Januar 2018 habe sie eine Infiltration lumbal erhalten. Keine dieser Behandlungen habe jemals geholfen. Aufgrund der Rückenschmerzen sei es ihr auch nicht mehr gut möglich, mit ihrer Enkelin zu spielen. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt fest, dass die Beschwerdeführerin das Sprechzimmer mit eher vorsichtigen Schritten betreten und in einer Hand eine Krücke getragen, diese beim Gehen aber nicht benutzt habe. Während der Untersuchung sei sie die ganze Zeit sitzen geblieben (act. 65 S. 8 und 11; vgl. auch act. 70 S. 21). Vorliegend kann weiter berücksichtigt werden, dass die Vorinstanz die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 22. Februar 2018 (act. 70. S. 1) aufgefordert hat, hinsichtlich ihrer Rückenbeschwerden sämtliche Behandler zu nennen und die vorhandenen medizinischen Unterlagen einzureichen. Daraufhin liess die Beschwerdeführerin am 15. März 2018 der Vorinstanz ein Begleitschreiben des Hausarztes Dr. H. \_\_\_\_\_ vom 19. März 2018 zukommen mit den medizinischen Berichten und Unterlagen, welche die Behandlung des Rückenleidens bis 13. März 2018 dokumentieren (act. 70 S. 2 ff.). Dass Dr. H. \_\_\_\_\_ im Anschluss dazu auf die Aufforderungen der Vorinstanz vom 23. März, 27. Mai und 25. Juni 2018, einen aktuellen medizinischen Bericht zu erstellen, nicht reagiert hat, dürfte darin begründet sein, dass er keine weiteren Angaben machen konnte. Es gibt aufgrund des Dargelegten somit keine Anhaltspunkte, auch nicht von Seiten der behandelnden Ärzte, dass die somatischen Diagnosen zu einer im vorliegenden Fall invalidenversicherungsrechtlich relevanten weitergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in

einer rückenadaptierten Tätigkeit führen, insbesondere fehlen für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum Anhaltspunkte für ein Rückenleiden mit radikulärer Symptomatik, weshalb kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen bestand (vgl. Urteil des BGer 9C\_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.2), insbesondere auch nicht für eine polydisziplinäre Begutachtung (vgl. Urteil des BGer 8C\_863/2015 vom 12. Februar 2016 E. 3; vgl. auch die weiteren Ausführungen unter E. 7.2).

**7.2** Das im Hinblick auf die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 16. Februar 2018 beruht auf einer detaillierten Anamneseerhebung, einer eingehenden fachärztlich-psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Der Gutachter setzte sich mit den beklagten Beschwerden, dem Verhalten der Beschwerdeführerin und auch mit den vorangegangenen psychiatrischen Beurteilungen eingehend auseinander. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat in Übereinstimmung mit den beiden Vorgutachtern sowie der behandelnden Psychiaterin eine rezidivierend depressive Störung diagnostiziert, was aufgrund der anamnestischen Angaben und der erhobenen Befunde ohne Weiteres nachvollziehbar ist. Der Gutachter hat unter Bezugnahme auf die klassifikatorischen Kriterien gemäss ICD-10 sodann detailliert und überzeugend dargelegt, weshalb seiner Ansicht nach die depressive Symptomatik der Beschwerdeführerin nicht den Grad einer schweren Störung erreicht, sondern dass auch aktuell eine mittelschwere Störung vorliegt. Weiter hat Dr. med. E. \_\_\_\_\_ akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert und hat aufgezeigt, dass keine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Er hat insbesondere auf gewisse Inkonsistenzen zwischen den subjektiven Angaben der Explorandin und den objektiven Untersuchungsbefunden hingewiesen, welche teilweise mit den akzentuierten Persönlichkeitszügen (u.a. histrionischen) zu erklären sind und dafür verantwortlich sind, dass jedwede psychischen Einbussen als gravierender und einschneidender erlebt werden, als dies aus objektiv psychiatrischer Sicht in diesem Ausmass nachvollzogen werden könne (act. 65 S. 18 ff., 28 f.). Die Einschätzung des Gesundheitszustandes und die aus psychiatrischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden umfassend dargelegt und erläutert (vgl. auch nachfolgend E. 7.3). Insgesamt erfüllt das psychiatrische Gutachten die vom Bundesgericht festgelegten formellen Kriterien für eine beweiswertige medizinische Expertise. Dagegen enthalten die Berichte der behandelnden Psychiaterin, mit denen die Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit belegen will, dem Behandlungsauftrag ent-

sprechend nur wenige verlässliche Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und vermögen den praxisgemässen Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht zu genügen.

**7.3** Angesichts der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie der akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) hat grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu erfolgen (vgl. BGE 143 V 409). Der psychiatrische Gutachter hat sich entsprechend dem Fragekatalog der kantonalen IV-Stelle an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert, weshalb seine diesbezüglichen Feststellungen im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung eine genügende Grundlage bilden, um im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens anhand der Standardindikatoren zu prüfen, ob die vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt.

**7.4** Hinsichtlich des in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» zu prüfenden Komplexes «Gesundheitsschädigung» ergibt eine Analyse des Gutachtens von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ folgendes Bild:

**7.4.1** Zum Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» ist festzuhalten, dass der Gutachter die depressive Störung als mittelgradig eingestuft hat, was sich mit den im objektiven Psychostatus beschriebenen Befunden in Einklang bringen lässt. So nannte der Gutachter insbesondere eine mittelgradige depressive Grundstimmung und eine mittelgradige Affektverarmung, verneinte aber ausdrücklich das Vorliegen einer eigentlichen schweren depressiven Grundstimmung sowie einer Affektverflachung oder gar Affektstarre. Weiter beschrieb der Gutachter kognitive Einbussen in der Auffassungsgabe, die aber nicht durchgängig, sondern nur in einzelnen Situationen beobachtbar gewesen seien. Der Gutachter hat sich ausführlich mit dem Schweregrad der depressiven Störung auseinandergesetzt und diesbezüglich auch zu den beiden Vorgutachten Stellung genommen. Dabei hielt er fest, dass die von ihm erhobenen ICD-Kriterien für den Schweregrad der depressiven Störungen zu einem Grosseil subjektive Angaben des Exploranden und nicht etwa objektive Untersuchungsbefunde erfassten, weshalb in jeder klinischen Untersuchung die subjektiven Angaben des Exploranden über seine psychischen Beschwerden immer auch in einen Vergleich zu setzen und zu würdigen seien mit objektiven Untersuchungsbefunden. Er hat nachvollziehbar dargelegt, dass zwar allein aufgrund der subjektiven Angaben die Kriterien für eine schwere depressive Episode gemäss den ICD-10-Kriterien erfüllt wären,

sich aber aufgrund des objektiven Psychostatus nur eine mittelschwere Episode begründen lasse. Er wies diesbezüglich auch auf gewisse Inkonsistenzen zwischen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und den objektiven Untersuchungsbefunden hin, was aber nicht einem bewussten Mechanismus zuzuschreiben sei. Insgesamt vermögen die beiden psychiatrischen Vorgutachten von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 und von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2016, welche nicht von der Vorinstanz eingeholt wurden und in denen der Grad der depressiven Episode als mittelschwer bis schwer eingestuft wurde, an der Einschätzung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ keine konkreten Zweifel zu wecken, zumal die Vorgutachter keine wesentlich andere objektive Befundlage beschrieben. Zudem ist zu beachten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann, sondern sie dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des BGer 9C\_668/2018 vom 5. April 2019 E. 3.5), was hier der Fall ist.

Das Vorliegen einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung hat der Gutachter schlüssig verneint. Er hat aufgezeigt, dass die Kardinaldefinition für eine Persönlichkeitsstörung, wonach ab verhältnismässig frühem Lebensalter zentrale Bereiche der privaten, sozialen und beruflichen Anamnese nachhaltig und relevant tangiert sein müssten, bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt seien. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar, zumal die Beschwerdeführerin von 1974 bis 2016 im ersten Arbeitsmarkt integriert war. Die diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge fallen als Z-Kodierung nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsschädigung (Urteile des BGer 9C\_541/2017 vom 31. Oktober 2017 E. 3.3; 8C\_821/2018 vom 18. Juni 2018 E. 6.1.1), sind jedoch im Komplex «Persönlichkeit» zu diskutieren (Urteil des BGer 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3; siehe unten E. 7.4.4).

In einem weiteren Schritt hat der Gutachter die Aktivitäts- und Partizipationsstörungen beurteilt und dabei auf die Kategorien für Aktivitäten und Fähigkeiten nach ICF Bezug genommen. Diese Beurteilung ergab, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt ist. Das wirke sich auch auf die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten, die Fähigkeit zur Selbstversorgung und die Wegefähigkeit. Ihre Entscheidungs-

und Urteilsfähigkeit sei ebenfalls mittelgradig beeinträchtigt. Insgesamt seien zahlreiche qualitative Funktionsfähigkeiten mittelgradig beeinträchtigt. Von einer schweren Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist somit nicht auszugehen (vgl. Urteil des BGer 8C\_134/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4.1). Die auf der Grundlage des ICF-Ratings gemachten Angaben lassen sich mit einer aus psychiatrischer Sicht verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 50 % vereinbaren, sind doch namentlich die Fähigkeit zur Strukturierung von Aufgaben, die Planungskompetenz, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit bei der Tätigkeit als Näherin oder in den als Verweistätigkeiten in Frage kommenden unqualifizierten Hilfstätigkeiten wenig gefragt (vgl. Urteile des BGer 8C\_114/2019 vom 5. Juli 2019 E. 3.3, 9C\_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2.2).

**7.4.2** In Zusammenhang mit dem Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit März 2016 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung steht, sich ihr Zustand seitdem aber nicht wesentlich verbessert hat. Wie die Beschwerdeführerin gegenüber dem Gutachter selbst angab, nehme sie die von ihrer behandelnden Psychiaterin verschriebenen Medikamente (Mianserin 10 mg, Serotonin 25 mg und Alprazolam 0.25 mg) nicht regelmässig ein; sie sei auch nicht bereit, sich stationär behandeln zu lassen. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ stellte wie die beiden Vorgutachter fest, dass die (seit 2016) erfolgende Behandlung nicht leitliniengerecht sei und zwingend eine Behandlungsoptimierung erfolgen müsse. Er hielt fest, dass ernsthaft anzuzweifeln sei, ob eine ausschliesslich ambulante psychiatrische Behandlung ausreiche. Da die Gefahr gross sei, dass sich die Beschwerdeführerin im Rahmen einer stationären Behandlung einer erheblichen Regression hingeben würde, und dass tatsächlich wie angekündigt eine ernsthafte Suizidalität exazerbieren würde, müsse man für eine teilstationäre Behandlung plädieren. Dabei könnte die medikamentöse Behandlung endlich optimiert und ihr eine Tagesstruktur geboten werden. Nach einer solchen Behandlung, die aus klinischer Erfahrung rund sechs Monate dauere, könnte, unter der Voraussetzung, dass auch die medikamentöse Behandlung optimiert werde, eine Verbesserung des Zustands erreicht werden, so dass nur noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von etwa 20 % vorliegen würde. Angesichts dieser überzeugenden Ausführungen kann nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation durchgeführten Therapie ausgegangen werden. Die bisher erfolglos gebliebene Behandlung spricht damit nicht gegen einen mittleren Schweregrad der Störung (vgl. Urteil des BGer 9C\_636/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 6.2.2.1).

**7.4.3** Zum Indikator «Komorbiditäten» ist dem Gutachten zu entnehmen, dass eine «low dose-Abhängigkeit» bezüglich des von der behandelnden Psychiaterin verschriebenen Alprazolam vorliege, die sich aber nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke und keine Wesensveränderungen bewirke. Auch in den beklagten Rückenschmerzen, die dem Gutachter bekannt waren und denen laut dem RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_ keine Befunde zugrunde liegen, welche die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen oder einer rückenadaptierten Tätigkeit funktionell beeinträchtigen, ist keine ressourcenhemmende Komorbidität zu sehen (vgl. Urteil des BGer 8C\_134/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4.3).

**7.4.4** Im Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) sind die vom Gutachter diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) zu berücksichtigen, da sie den Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen beeinflussen können (Urteile des BGer 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.; 9C\_345/2017 vom 30. August 2017 E. 3.3.3). Hierzu lässt sich dem Gutachten eine zuverlässige Aussage entnehmen, zumal sich der Gutachter ausführlich mit der innerpsychischen Struktur der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt hat. Er hat nachvollziehbar aufgezeigt, dass es der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer schwierigen Kindheit mit einem alkoholabhängigen und gewalttätigen Vater sowie einer Mutter, die wiederholt schwer depressiv kompenzierte und psychiatrisch hospitalisiert wurde, nicht gelungen sei, einen genügend starken Selbstwert zu entwickeln. Der Gutachter konnte keine Persönlichkeitsstörung diagnostizieren, legte jedoch nachvollziehbar dar, dass eine Symptomatik von einer gewissen Schwere vorliegt. Er zeigte nachvollziehbar auf, dass die innerpsychische Struktur der Beschwerdeführerin die depressive Entwicklung begünstigt (vgl. Urteil des BGer 9C\_671/2018 vom 12. September 2019 E. 2.5). Der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin ist daher ressourcenhemmende Wirkung zuzusprechen. Zu beachten ist aber, dass ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen auch ein Symptom einer depressiven Störung gemäss ICD-10 darstellt, weshalb sich die akzentuierten Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin nicht scharf von den Symptomen der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung abgrenzen lassen (vgl. Urteil des BGer 9C\_289/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 6.2.1). Weiter hinderte die Persönlichkeitsstruktur die Beschwerdeführerin nicht daran, bis Februar 2016 einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wobei es laut eigenen Angaben – mit Ausnahme des letzten Chefs, der viel Druck gemacht habe – nie zu Konflikten mit Mitarbeitenden oder Vorgesetzten gekommen sei, und führten

auch im engen familiären Kreis zu keinen bekannten Problemen. Insgesamt spricht die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin nicht gegen die Ausübung einer Erwerbstätigkeit im Umfang von 50 %.

**7.4.5** Mit Blick auf den Komplex «sozialer Kontext» der Kategorie «funktionaler Schweregrad» ergibt sich aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrem Ehemann im eigenen Einfamilienhaus mit Garten lebt. Die Beschwerdeführerin beschreibt ihren Ehemann als fürsorglich und hilfsbereit. Ferner wird sie regelmässig von ihrem Sohn mit dessen Freundin und der kleinen Enkelin besucht. Die Beziehung zu ihrer Enkelin beschrieb sie gegenüber dem Gutachter als sehr schön. Zudem bestehe noch ein regelmässiger Kontakt zu einer Cousine. Aus diesem intakten familiären Umfeld verfügt die Beschwerdeführerin trotz gewisser Rückzugstendenzen über mobilisierbare Ressourcen, die eine Teilerwerbstätigkeit unterstützen könnten.

**7.5** Bezüglich der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) ist hinsichtlich des Indikators «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» von Bedeutung dass sich der Schilderung des Tagesablaufs Einschränkungen in der Haushaltsführung und in den Alltagsaktivitäten entnehmen lassen, wobei das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin im Verhältnis zur geltend gemachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (vgl. Urteil des BGer 8C\_154/2018 vom 13. Dezember 2018 E. 5.2.2.1). In diesem Zusammenhang ist aber nochmals darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin nicht alle ihr zumutbaren und empfohlenen therapeutischen Möglichkeiten in Anspruch nimmt und insbesondere die ihr verschriebenen Medikamente nicht regelmässig einnimmt. Andererseits zeugt mit Blick auf den Indikator «Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen» der Umstand, dass sie sich immerhin im Wochenrhythmus ambulant psychotherapeutisch behandeln lässt, von einem gewissen Leidensdruck (vgl. Urteil des BGer 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3), wobei jedoch weitere Behandlungsmöglichkeiten, wie etwa ein tagesklinischer Aufenthalt bisher nicht durchgeführt wurden.

**7.6** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ erachtete eine Arbeitstätigkeit im Umfang von 50 % als zumutbar. Diese Einschätzung gilt sowohl für die bisherige Tätigkeit als Näherin als auch für angepasste, d.h. rückenadaptierte, wechselbelastete, leichte bis mittelschwere Verweistätigkeiten (vgl. Gutachten S. 32 Ziffer VI.2 mit Verweis auf S. 23 Ziffer 7 sowie Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. L.\_\_\_\_\_ vom 23. August 2018). Angesichts des mittleren

Schweregrads des diagnostizierten Gesundheitsschadens ohne namhafte Komorbiditäten, des unterstützenden Ehemannes sowie der mangelnden Behandlungsresistenz, ist diese Einschätzung trotz der ressourcenhemmenden Persönlichkeitsstruktur und des gewissen sozialen Rückzugs nachvollziehbar und nicht zu beanstanden (vgl. Urteile des BGer 9C\_504/2018 vom 3. Dezember 2018 E. 5; Urteil des BGer 9C\_671/2018 vom 12. September 2019 E. 2.5; 9C\_844/2017 vom 25. September 2018 E. 4). Nicht entscheidend ist, dass die behandelnde Psychiaterin von einer vollständigen Aufhebung der Arbeitsfähigkeit ausgeht, benennt sie in ihren kurz gehaltenen Berichten doch keine Aspekte, die dem Gutachter nicht bekannt waren; zudem ist zu beachten, dass sich der Behandlungs- und Begutachtungszeitraum unterscheiden, und es kann nicht ausser Acht gelassen werden, dass behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. Urteil des BGer 8C\_653/2019 vom 8. Januar 2019 E. 4.2 mit Hinweisen). Gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 16. Februar 2018 sowie auf die übrigen von der Vorinstanz im Hinblick auf den somatischen Gesundheitszustand gewürdigten medizinischen Akten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vorliegend somit als erstellt anzusehen, dass die Beschwerdeführerin bei Ausschöpfung ihrer Ressourcen in der Lage wäre, ihre angestammte Tätigkeit und angepasste Verweistätigkeiten weiterhin im Umfang von 50 % auszuüben.

**7.7** Der von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. N. \_\_\_\_\_ vom 20. August 2019, der MRI-Bericht vom 23. August 2019 (BVGer-act. 16) sowie der Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 29. Oktober 2019 (BVGer-act. 18) sind nicht geeignet, die Beurteilung des RAD sowie des Gutachters in Zweifel zu ziehen, da sie erst neun bis elf Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfasst wurden und sich auf den Zeitpunkt der Untersuchung bzw. der Berichterstattung beziehen. Diese Berichte lassen demnach keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im für die gerichtliche Beurteilung massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu, weshalb sie in diesem Verfahren nicht berücksichtigt werden können.

**7.8** Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens vom 16. Februar 2018, mit dem die arbeitsmedizinische Zumutbarkeit einer Teilerwerbsfähigkeit festgestellt wurde, bereits 60 ½ Jahre alt (vgl. BGE 145 V 2 E. 5.3.1; 138 V 457 E. 3). Aufgrund der hohen Hürden, welche die Rechtsprechung für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen aufgestellt hat (Urteil des BGer 9C\_797/2019 vom 6. Januar

2020 E. 5 mit Hinweisen) und des Umstands, dass die Beschwerdeführerin weiterhin in ihrem angestammten Beruf tätig sein könnte und sie zudem zuvor in verschiedenen Berufsfeldern (Konditoreiangeestellte, Fabrikationsmitarbeiterin, Verkauf und Kundenbetreuung in Garage, Raumpflegerin und Wäschepflegerin, Betriebsmitarbeiterin) gearbeitet hat (act. 65 S. 6 f.), was eine gewisse Flexibilität voraussetzt, ist von der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auszugehen.

## **8.**

Nachfolgend ist die Invalidität zu bemessen und der daraus resultierende Invaliditätsgrad zu bestimmen.

**8.1** Die Vorinstanz geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Umfang von 50 % teilerwerbstätig und im Umfang von 50 % im Aufgabenbereich (Haushalt) tätig wäre (zum invalidenrechtlichen Status vgl. BGE 141 V 15 E. 3.1). Diese Einschätzung ist unbestritten und überzeugt in Anbetracht der konkreten Umstände. Sie lässt sich insbesondere auf die im Rahmen der Haushaltsabklärung gemachten Angaben der Beschwerdeführerin stützen, wonach sie bei guter Gesundheit weiterhin mit einem Pensum von 50 % gearbeitet hätte. Sie gab an, dass ihr Ehemann gut verdiene, weshalb die 50 % genug gewesen seien. Bei guter Gesundheit hätte sie auch vermehrt auf ihre Enkeltochter aufpassen können. Das Gleichgewicht zwischen Arbeit, Freizeit und Haushalt sei bei einem Pensum von 50 % ideal gewesen (act. 37). Zudem war die Beschwerdeführerin bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens seit mehreren Jahren in einem Pensum von 50 % erwerbstätig gewesen, was für die Beurteilung der Statusfrage ebenfalls relevant ist (vgl. Urteil des BGer 9C\_233/2017 vom 19. Dezember 2017 E. 3.3.1). Unter diesen Umständen ist die Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige mit einem Pensum von 50 % und einem Aufgabenbereich von 50 % (vgl. BGE 141 V 15 E. 4.5 ff.) einzustufen. Folglich gelangt die gemischte Methode zur Anwendung.

**8.2** Die Invalidität bestimmt sich bei Teilerwerbstätigen mit einem Aufgabenbereich wie der Beschwerdeführerin dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG i.V.m Art. 28a Abs. 1 IVG) und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich (Art. 28a Abs. 2 IVG) vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (Art. 28a Abs. 3 IVG; vgl. Urteil des BGer 9C\_690/2019 vom 20. Januar 2020 E. 2.1 mit Hinweisen).

**8.3** Als Folge des Urteils des EGMR in Sachen Di Trizio gegen die Schweiz (7186/09) vom 2. Februar 2016 beschloss der Bundesrat am 1. Dezember 2017 eine Änderung der IVV, die per 1. Januar 2018 in Kraft trat. Nach Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV werden bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (Bst. a) und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (Bst. b) summiert. Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV regelt, dass sich die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Art. 16 ATSG richtet, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Bst. a) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (Bst. b). Nach Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 4 IVV wird für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 3 Bst. b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet.

**8.4** Die Beschwerdeführerin ist seit 29. Februar 2016 im angestammten Beruf in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 50 % eingeschränkt. Das Wartejahr im Sinn von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG lief damit im Februar 2017 ab. Da sich die Beschwerdeführerin im August 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldet hat, konnte ein allfälliger Rentenanspruch auch unter Berücksichtigung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens am 1. Februar 2017 entstehen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Die Invaliditätsbemessung mittels der gemischten Methode nach dem neuen Berechnungsmodell gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 bis 4 IVV in der Fassung vom 1. Dezember 2017 kann aber erst ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Bestimmung am 1. Januar 2018 erfolgen (vgl. Urteil des BGer 9C\_690/2019 vom 20. Januar 2020 E. 4.2 mit Hinweisen), weshalb der IV-Grad bis zum 31. Dezember 2017 nach dem alten und per 1. Januar 2018 nach dem neuen Berechnungsmodell festzulegen ist.

**8.5** Zu ermitteln ist zunächst der Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich.

**8.5.1** Der Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich ist aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG). Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2; Urteil des BGer 8C\_536/2017 vom 5. März 2018 E. 5.1). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3).

**8.5.2** Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgeblichen Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1). Bei der Bestimmung des Valideneinkommens ist bei erstmaliger Rentenanmeldung, welche vor dem 1. Juli 2017 erfolgt ist, zu differenzieren (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 372 vom 9. Januar 2018): Für Invalidenrenten, welche den Zeitraum vor Inkrafttreten der Revision der IVV am 1. Januar 2018 betreffen, wird das Valideneinkommen dem hypothetischen Teilzeiteinkommen gleichgesetzt. Bei Invalidenrenten ab dem 1. Januar 2018 wird das hypothetische Einkommen aus der Teilerwerbstätigkeit auf ein Vollpensum hochgerechnet. Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (hier: 50 %), gewichtet (Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV).

**8.5.3** Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohnneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Die Einkommensparallelisierung setzt neben der Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens voraus, dass der spezifische Umstand, der zum unterdurchschnittlichen Einkommen geführt hat, durch die betreffende Person nicht beeinflusst werden kann (UELI KIESER, Die Parallelisierung der Vergleichseinkommen bei der Bemessung des Invaliditätsgrades, in: Schriftenreihe des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Bd. 85, 2013, S. 58 f.). Die Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 141 V 1 E. 5.4; 135 V 58 E. 3.1). Eine Parallelisierung ist aber nur dann vorzunehmen, wenn der erzielte Verdienst deutlich unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt. Die Erheblichkeitsschwelle liegt hierbei bei 5 %. Zudem ist nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung die Schwelle von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6). Demgegenüber ist bei Versicherten, die sich aus freien Stücken mit einem bescheidenen Einkommen begnügt haben, keine Parallelisierung vorzunehmen (Urteil des BGer 8C\_308/2017 vom 27. September 2017 E. 4.2.2).

**8.5.4** Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb; 129 V 472 E. 4.2.1). Da den Tabellenlöhnen generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt, ist eine Umrechnung auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit erforderlich (BGE 126 V 75 E. 3b/bb). Zudem ist eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorzunehmen (BGE 129 V 408 E. 3.1.2).

In der Regel ist auf die LSE-Tabelle TA1 und den darin enthaltenen Totalwert abzustellen (Urteil des BGer 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E. 6.2; vgl. auch Urteil des BGer 9C\_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 5.2 mit Hinweisen), wobei aber auf Löhne einzelner Sektoren oder gar einzelner Branchen abgestellt werden kann, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (Urteil des BGer 9C\_841/2013 vom 7. März 2014 E. 4.2).

**8.5.5** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellelohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 142 V 178 E. 1.3; 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

**8.5.6** Im vorliegenden Fall ist die Vorinstanz davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens im massgeblichen Zeitpunkt weiterhin zu 50 % als Näherin bei ihrer letzten, langjährigen Arbeitgeberin tätig wäre, was nicht zu beanstanden ist. Das Valideneinkommen ist somit gestützt auf das zuletzt effektiv erzielte Einkommen zu ermitteln, das gemäss dem von der Arbeitgeberin eingereichten Lohnjournal im Jahr 2016 Fr. 24'271.- (13 x Fr. 1'867.-) betrug (act. 17) und sich im Jahr 2017 nicht verändert hätte (act. 79). Eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung erscheint nicht angezeigt, zumal der Grundlohn gemäss Lohnjournalen nicht jedes Jahr erhöht wurde (vgl. MEYER/REICHMUTH, Rechtsprechung zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 28a N 61). Betrachtet man das durchschnittliche Einkommen in der Textilbranche (LSE 2016, TA1, Nr. 13-15 Herstellen von Textilien und Bekleidung, Kompetenzniveau 1, Frauen, hochgerechnet auf ein Jahr und unter Berücksichtigung der im Textilgewerbe im Jahr 2017 betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden und der Nominallohnentwicklung von 0.4 %) von Fr. 26'394.- bei einem Pensum von 50 % (Fr. 4'213.- : 40 x 41.6 x 12 x 1.004 x 0.5) zeigt

sich, dass das von der Beschwerdeführerin zuletzt effektiv erzielte Einkommen 8 % unter der branchenüblichen Entlöhnung liegt. Eine Parallelisierung ist daher geboten. Dementsprechend ist das Valideneinkommen um den 5 % übersteigenden Prozentsatz der Unterdurchschnittlichkeit anzuheben. Folglich ist es von 97 % auf 100 %, mithin auf Fr. 25'021.65, zu erhöhen (Fr. 24'271.- : 97 % x 100 %; vgl. Urteil des BGer 8C\_2/2017 vom 16. August 2017 E. 2.2.3).

**8.5.7** Die Beschwerdeführerin war nach Eintritt des Gesundheitsschadens nicht mehr erwerbstätig, weshalb die Vorinstanz für die Bestimmung des Invalideneinkommens zu Recht statistische Werte in Form der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen hat. Massgebend sind jedoch nicht die von der Vorinstanz verwendeten Zahlen der LSE 2014, sondern die aktuelleren Zahlen der LSE 2016, die am 26. Oktober 2018 veröffentlicht wurden und im Verfügungszeitpunkt bereits vorlagen (vgl. Urteil des BGer 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2). Aufgrund der mit dem fortgeschrittenen Alter der Beschwerdeführerin sowie mit ihrer Persönlichkeitsstruktur verbundenen erschwerten beruflichen Umstellung erscheint es sachgerecht, nicht den Totalwert, sondern den Wert der Textilbranche heranzuziehen (LSE 2016, TA1, Nr. 13-15 Herstellen von Textilien und Bekleidung, Kompetenzniveau 1, Frauen, hochgerechnet auf ein Jahr und unter Berücksichtigung der im Textilgewerbe im Jahr 2017 betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden und der Nominallohnentwicklung von 0.4 %). Es ist damit von einem Jahreseinkommen bei einem Halbtagespensum von Fr. 26'394.- auszugehen (Fr. 4'213.- : 40 x 41.6 x 12 x 1.004 x 0.5). Hinsichtlich der Frage nach einem allfälligen Abzug vom Tabellenlohn ist im vorliegenden Fall nicht erkennbar, dass einkommensbeeinflussende Faktoren, die im Übrigen auch nicht geltend gemacht werden, vorliegen. Die leidensbedingten Einschränkungen werden bereits im Rahmen der um 50 % verminderten Arbeitsfähigkeit berücksichtigt und rechtfertigen keinen Abzug. Auch dem Alter der 1957 geborenen Beschwerdeführerin kommt im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur beschränkte Bedeutung zu. Zum einen fällt der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als invaliditätsfremder Faktor regelmässig ausser Betracht. Ausserdem steht fest, dass sich das Alter bei Frauen im Alterssegment von 40 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion eher lohnerrhöhend auswirkt. Sodann gilt es zu beachten, dass Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. Urteil des BGer 8C\_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3.2 mit Hinweisen; Urteil 9C\_765/2019 vom 11. Mai 2019). Eine Teilzeittätigkeit von 50 % wirkt sich

bei Frauen im Kompetenzniveau 1 ebenfalls nicht lohnmindernd aus (vgl. LSE-Tabelle T18, 2016; vgl. Urteil des BGer 8C\_504/2014 vom 29. September 2014 E. 7). Ferner kommt dem Kriterium der Dienstjahre im hier herangezogenen Kompetenzniveau 1 im privaten Sektor keine relevante Bedeutung zu (vgl. 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.3). Mit Blick auf sämtliche relevanten Merkmale ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat.

**8.5.8** Bezüglich des allfälligen Rentenanspruchs vom 1. Februar 2017 bis 31. Dezember 2017 ist das Valideneinkommen dem hypothetischen Teilzeiteinkommen gleichzusetzen, was wie erwähnt Fr. 25'021.65 entspricht. Nach dem alten Berechnungsmodell ist davon auszugehen, dass die verbleibende Arbeitsfähigkeit im erwerblichen Tätigkeitsgebiet voll ausgenützt wird (BGE 134 V 9 E. 7.3.3), weshalb der Beschwerdeführerin trotz ihrer Einschränkung die Ausübung ihres 50 %-Pensum weiterhin als zumutbar erachtet werden durfte, womit sie ein Einkommen von Fr. 26'394.– hätte erzielen können. Es entsteht damit keine Erwerbseinbusse, weshalb im Erwerbsteil ein Invaliditätsgrad von 0 % besteht.

**8.5.9** Hinsichtlich des allfälligen Rentenanspruchs seit 1. Januar 2018 ist in Anwendung des neuen Berechnungsmodells das Einkommen, das die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall aus ihrer Teilerwerbstätigkeit von 50 % bei ihrer letzten Arbeitgeberin erzielt hätte, auf ein Vollzeitpensum hochzurechnen (Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 Bst. a IVV; vgl. BGE 145 V 370 E. 3.2), weshalb ein Valideneinkommen von Fr. 50'043.30 zu berücksichtigen ist. Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert per Januar 2018 im Erwerbsbereich eine ungewichtete Einschränkung von 47.25 % ( $[(Fr. 50'043.30. / Fr. 26'394.-) / Fr. 50'043.30 \times 100]$ ) bzw. unter Berücksichtigung des Status eine solche von 23.63 % ( $47.25 \% \times 0.5$ ).

**8.6** Weiter ist die Einschränkung im Aufgabenbereich zu ermitteln.

**8.6.1** Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs (hier: 50 %) gewichtet (Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 4 IVV).

**8.6.2** Im Zusammenhang mit den Einschränkungen im Haushalt ist nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend, sondern, wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was durch die Abklärung an Ort und Stelle (vgl. Art. 69 Abs. 2 Satz 2 IVV) zu erheben ist (Urteil des BGer 9C\_373/2017 vom 6. September 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Eine von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil des BGer 9C\_671/2017 vom 12. Juli 2018 E. 4.2). 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).

**8.6.3** Für den Beweiswert eines derartigen Abklärungsberichts ist wesentlich, dass er von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (Urteil des BGer 9C\_373/2017 vom 6. September 2017 E. 3.2 mit Hinweisen).

**8.7** Im vorliegenden Fall wurden die Einschränkungen im Haushaltsbereich durch die Vorinstanz an Ort und Stelle abgeklärt. Die von der Abklärungsperson ermittelten Einschränkungen im Umfang von insgesamt 23 % scheinen mit Blick auf die medizinisch feststehenden Beeinträchtigungen und die zumutbare Mithilfe durch den Ehemann plausibel. Feststellbare Fehleinschätzungen, welche ein Abweichen vom Abklärungsbericht rechtfertigen könnten, sind weder ersichtlich noch dargetan. So hielt auch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 16. Februar 2018 fest, dass die Einschränkung von 23 % im Haushalt aktuell aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar sei. Die Beschwerdeführerin gebe zwar an, mittlerweile in den einzelnen Haushaltsbereichen weniger aktiv zu sein. Diese subjektiven Angaben könnten jedoch aus objektiv-psychiatrischer Sicht nicht vollumfänglich nachvollzogen werden. Im Haushalt könne die Beschwerdeführerin die Tätigkeiten einteilen, in Etappen aufteilen und immer wieder auch Pausen einlegen. Mit der Vorinstanz ist damit für den Aufgabenbereich

Haushalt insgesamt von einem Invaliditätsgrad von 23 % auszugehen bzw. gewichtet im Sinn von Art. 28a Abs. 3 IVG mit dem Faktor 0.5 von 11.5 %.

**8.8** Nach dem Dargelegten resultiert bei einem Status von 50 % Erwerb und 50 % Haushalt in Anwendung der gemischten Methode für die Zeit von Februar 2017 bis Dezember 2017 unter Berücksichtigung einer erwerblichen Einschränkung von 0 % und einer Einschränkung im Aufgabenbereich von 11.5 % ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 12 %. Für die Zeit ab 1. Januar 2018 ergibt sich unter Berücksichtigung einer erwerblichen Einbusse von 23.63 % und einer Einschränkung im Aufgabenbereich von 11.5 % ein IV-Grad von gerundet 35 %. Damit liegt der Invaliditätsgrad in beiden Fällen unter der einen Anspruch auf eine Invalidenrente vermittelnden Erheblichkeitsschwelle von 40 %.

**8.9** Insgesamt ist die angefochtene Verfügung vom 15. November 2018 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist folglich abzuweisen.

## **9.**

**9.1** Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> i.V.m. Abs. 2 IVG). Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten zu tragen (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Diese sind auf Fr. 800.– festzusetzen. Der in dieser Höhe einbezahlte Kostenvorschuss ist zur Bezahlung der Verfahrenskosten zu verwenden.

**9.2** Weder die unterliegende Beschwerdeführerin noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

**Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:**

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Der in der gleichen Höhe einbezahlte Kostenvorschuss wird zur Bezahlung der Verfahrenskosten verwendet.

**3.**

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

**4.**

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Für die Rechtsmittelbelehrung wird auf die nächste Seite verwiesen.

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

Christoph Rohrer

Michael Rutz

**Rechtsmittelbelehrung:**

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

Versand: