

BVGer C-6342/2018 vom 9. April 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-04-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6342_2018

FR: TAF C-6342/2018 du 9 avril 2020

IT: TAF C-6342/2018 del 9 aprile 2020

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 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).

E. 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 2. Oktober 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.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 2. Oktober 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 Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Immerhin sind indes Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1).

E. 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).

E. 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. 8]), so dass die Voraussetzung der Mindestbeitragsdauer für den Anspruch auf eine ordentliche Invalidenrente erfüllt ist.

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). 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 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.

E. 5.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Nach Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht zwischenstaatliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (Art. 7 VO [EG] 883/2004; BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 5.4

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

E. 5.5

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).

E. 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.).

E. 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).

E. 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).

E. 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 rentenansprechenden Person auswirkt (vgl. zum Ganzen BGE 144 V 50 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 6).

E. 6

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

E. 6.1

Aus den vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte ergibt sich im Wesentlichen, dass sich die Beschwerdeführerin am 27. Oktober 1995 und am 27. August 1996 nach einem Sturz zwei Operationen am linken Knie (Kreuzband) unterziehen musste (act. 38). Am 28. Februar 2014 wurde bei ihr sodann aufgrund einer Divertikulitis operativ ein Teil des Dickdarms entfernt. Der behandelnde Arzt Dr. med. D. _____ berichtete am 10. April 2014, dass die beklagten Beschwerden verschwunden und der Befund der Echografie sowie

der biologische Status normal seien (act. 40). Am 20. Juli 2015 erfolgte eine Operation eines Bandscheibenvorfalles an der Lendenwirbelsäule (act. 35 S. 14). Im November 2015 begab sich die Beschwerdeführerin in psychiatrische Behandlung bei Dr. E. _____ (act. 49 S. 2). Am 12. Februar 2016 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Herzoperation (Angioplastie; act. 35 S. 5). Der Hausarzt Dr. F. _____ berichtete am 21. April 2016, dass die Beschwerdeführerin seit dem chirurgischen Eingriff im Juli 2015 an einem Husten leide (act. 35 S. 17). Daraufhin wurde am 9. November 2016 eine Endoskopie durchgeführt, die keinen auffälligen Befund ergab (act. 90 S. 32 f.).

E. 6.2

Die kantonale IV-Stelle holte im Rahmen ihrer Abklärungen bei den behandelnden Ärzten die folgenden Berichte ein:

E. 6.2.1

Der Hausarzt Dr. F. _____ hielt in seinem Bericht vom 26. Januar 2016 als Diagnosen Rückenschmerzen sowie eine chronische Müdigkeit fest. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 5. Januar 2016 bis 5. Februar 2016 (act. 14).

E. 6.2.2

Der Internist Dr. G. _____ nannte in seinem Bericht als Diagnosen eine operierte Diskushernie, eine Divertikulitis (Semikolektomie), eine koronare Herzerkrankung (operiert, Stents), eine rheumatische Polymyalgie sowie einen prävertebralen Tumor. Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (act. 48).

E. 6.2.3

Die Rheumatologin Dr. H. _____ hielt in ihrem Bericht vom 17. August 2016 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: Diskushernien L4/L5 und D6/D7, schwere Diskopathie L4/L5, Kalkablagerungen, Gonarthrose sowie Polyarthralgien an Händen, Füßen, Schultern, Ellbogen und Rücken. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit Februar 2016 (act. 43).

E. 6.2.4

Der Kardiologe Dr. I. _____ berichtete am 22. August 2016, dass die Beschwerdeführerin an einer Koronaropathie leide. Aus rein kardiologischer Sicht bestünden keine erheblichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (act. 45). Im Bericht vom 23. September 2016 hielt er fest, dass eine Echokardiografie eine Auswurffraktion von 60 % und keine Bewegungsstörung im linken Ventrikel gezeigt habe. Der LDL-Wert sei immer noch erhöht (1.82g/l) (act. 90 S. 27 f.).

E. 6.2.5

Die Pneumologin Dr. J. _____ hielt in ihrem Bericht vom 1. September 2016 fest, dass die Beschwerdeführerin an einem chronischen Husten leide. Es bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer pneumologischen Problematik. Das Rendement sei nicht reduziert (act. 51). Am 10. November 2016 berichtete sie über eine am 9. November 2017 durchgeführte Bronchoskopie, bei der keine pathologischen Befunde erhoben wurden (act. 90 S. 30).

E. 6.2.6

Die Psychiaterin Dr. E. _____ berichtete am 29. September 2016 (Eingang), dass bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode ohne psychotischen Symptome vorliege. Sie sei seit Juni 2015 im zuletzt ausgeübten Beruf zu 100 % arbeitsunfähig. Ihr Rendement sei um 100 % reduziert (act. 58).

E. 6.3

Auf Anraten des RAD wurde die Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf durch Fachärzte des Instituts C. _____ polydisziplinär (allgemein internistisch, orthopädisch und psychiatrisch) begutachtet. Im Gutachten vom 29. Mai 2017 wurden unter Berücksichtigung aller beteiligter Fachgebiete die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.80/Z98.8) - Status nach Mikrodiskektomie LWK4/5 am 22.07.2015 (Neurochirurgie Hôpitaux K. _____, Frankreich) - radiologisch keine höhergradige Veränderung an zervikaler, thorakaler und lumbaler Wirbelsäule (Röntgen 16.06.2014, 27.11.2015 und MRI 26.05.2016) - radiologisch keine relevante Veränderung an Hüft- und Iliosakralgelenken (Röntgen 27.11.2015, 19.09.2016 und MRI 30.9.2016) - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: - Metabolisches Syndrom - Adipositas (BMI 31 kg/m²) (ICD-10 E66.0) - Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E 11.9), ohne medikamentöse Behandlung noch kompensiert (HbA1c 6,4%) - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10), mit medikamentöser Behandlung kompensiert - Hyperurikämie (ICD-10 E79.0) - Dyslipidämie (ICD-10 E78.0), mit medikamentöser Behandlung unvollständig kompensiert - Koronare Herzkrankheit (ICD-10 I25.1) - Status nach PTCA und Stenting 2016 - normale linksventrikuläre Auswurfraction (kardiologische Untersuchung Dr. I. _____ 23.09.2016) - kardiovaskuläre Risikofaktoren - Hypothyreose (ICD-10 E89.0) - Status nach Thyreoidektomie 1983 - unter medikamentöser Substitution kompensiert - Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54.0) - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Status nach vorderer Kreuzbandplastik mittels Ligamentum patellae links am 27.10.1995 (Dr. L. _____, Spital M. _____, [...]) (ICD-10 Z98.8)

E. 6.3.1

Aus internistischer Sicht wurde festgehalten, dass im klinischen Status eine Adipositas festgestellt worden sei. Die Blutdruckwerte seien etwas erhöht gewesen. Die Herzkreislauffunktion sei kompensiert. Es hätten sich keine Hinweise für eine Herzinsuffizienz oder andere Kreislaufstörungen gefunden. Bei den Laboruntersuchungen seien grenzwertig pathologische Werte festgestellt worden. Es bestehe ein Diabetes mellitus Typ II, welcher noch nicht medikamentös behandelt werden müsse. Die Lipidwerte seien trotz der Medikation mit einem Lipidsenker noch teilweise erhöht. Die angegebene Müdigkeit könne mit den nur grenzwertig pathologischen Befunden nicht erklärt werden. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit.

E. 6.3.2

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde darauf hingewiesen, dass eine psychiatrische Behandlung seit dem 22. September 2016 stattfinde, nachdem sich ein zunehmend generalisiertes Schmerzsyndrom breitgemacht habe und die Kündigung der Arbeitsstelle erfolgt sei. Aktuell stehe das Schmerzsyndrom klinisch im Vordergrund, allerdings liessen

sich diese Schmerzen kaum auf ein hinreichend erklärbares Korrelat zurückführen. Die Schmerzdarstellung wirke demonstrativ und ausgeweitet. Gleiches lasse sich auch für die beklagte Depression sagen. Die Befunde für eine depressive Störung seien gering ausgeprägt und beruhten in erster Linie auf einer hohen subjektiven Krankheitsüberzeugung. Eine eigenständige, von den Schmerzen unabhängige depressive Störung bestehe nicht. Die geringen Befunde seien reaktiv als Anpassungsproblematik auf die Schmerzen zu interpretieren. Aufgrund der depressiven Anpassungsreaktion könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 10 % ab September 2016 attestiert werden. Für eine angepasste Tätigkeit mit Gelegenheit zu Pausen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

E. 6.3.3

Der orthopädische Experte hielt fest, dass die Beschwerdeführerin ein massives, im Rückwärtsgang keinesfalls klar reproduzierbares Hinken demonstriere und knapp den Zehengang zeige, während das Laufen auf den Fersen unmöglich gewesen sei. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule bestehe unter Verspannung eine massiv bis vollständig eingeschränkte Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, doch könne der initial erheblich vermehrte Boden-Finger-Abstand später durch eine verbesserte Auslenkung im Langsitz relativiert werden. Auch die bei der expliziten Prüfung eingeschränkte Kopffrotation gelinge unter Ablenkung deutlich besser. An den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit mit Ausnahme einer deutlichen Einschränkung an den Schultern bei Gegenspannung insbesondere im Überkopfbereich. Bei der gesamten ausführlichen Prüfung im Stehen, Gehen und Sitzen und Liegen bestehe ein massives und unablässiges Schmerzgebaren, weitestgehend unabhängig von der gerade durchgeführten Prüfung oder eingenommenen Position. Während die Untersuchung der unteren Extremitäten in Rückenlage unter unablässigem Verweis auf Rückenschmerzen kaum gelinge, könnten dieselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen problemlos und ohne jegliche Schmerzangabe bis in die Endposition durchgeführt werden. Vier von fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Auf neurologischer Ebene zeigten sich keine klaren Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems. Auf radiologischer Ebene bestünden mässige degenerative Veränderungen der zervikalen, thorakalen sowie tieflumbalen Wirbelsäule. Der Befund an Hüft- und Iliosakralgelenken sowie Händen sei regelrecht. An den Ellbogen würden Hinweise für eine radiale Epikondylopathie und den Schultern für eine Tendinitis calcarea dokumentiert. An den Knien lägen links eine mässige mediale Degeneration sowie rechts altersentsprechende Verhältnisse vor. An den Fersen bestünden Spornbildungen. In Anbetracht des klinisch objektiv weitgehend blanden Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass die völlig diffusen, fast sämtliche Abschnitte des Bewegungsapparates umfassenden Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht erklärbar seien. Nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck an der Wirbelsäule bei deutlicher Fehlhaltung sowie auch Beschwerden nach schon vor längerer Zeit dokumentierten Tendinitis calcarea der Schultern. Keinesfalls nachvollziehbar sei aber der wechselhaft demonstrierte Leidensdruck. Insgesamt müsse im Vordergrund eine nicht-organische Beschwerdekomponekte angenommen werden. Für die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin sowie für andere körperlich schwere Verrichtungen bestehe ab Februar 2016 eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege dagegen aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und

leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie der Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveau sei zu vermeiden. Bei einer derart angepassten Tätigkeit sollte es im Vergleich zum jetzigen Alltagsleben kaum zu einer wesentlichen Schmerzprovokation kommen, so dass diese auch zumutbar sei.

E. 6.3.4

Im Rahmen ihrer Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, welche kurze individuelle Pausen erlaube und keine Lasten über 10 kg bewegt werden müssten, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin wie auch andere körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien ihr nicht mehr zumutbar. Bei der Haushaltstätigkeit seien der Beschwerdeführerin körperlich schwere Tätigkeiten ebenfalls nicht mehr zumutbar. Unter Berücksichtigung, dass diese mit Hilfe des Ehemanns ausgeübt werden könnten, ergebe sich für die Haushaltstätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 10 %.

E. 6.4

Die Beschwerdeführerin reichte nach der Begutachtung durch das Institut C._____ die folgenden Berichte ihrer behandelnden Ärztinnen ein:

E. 6.4.1

Dr. E._____ wies in ihrem Bericht vom 2. Oktober 2017 darauf hin, dass die Beschwerdeführerin seit August 2016 wegen einer schweren Depression mit erheblicher Ängstlichkeit behandelt werde. Sie sei weiterhin nicht in der Lage, zu arbeiten (act. 104 S. 4).

E. 6.4.2

Dr. H._____ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 13. Oktober 2017 neben den bereits bekannten Diagnosen eine axiale und periphere Spondylarthritis. Sie hielt fest, dass die Beschwerdeführerin total arbeitsunfähig sei (act. 104 S. 2 f.).

E. 6.5

Auf Empfehlung des RAD wurde die Beschwerdeführerin zusätzlich noch rheumatologisch abgeklärt. Im Gutachten von Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, vom 3. März 2018 wurden die folgenden Diagnosen genannt: - Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/53.8) - St.n. Mikrodiskektomie LWK4/5 am 22.07.2015 - Aktuell keine sicheren Hinweise auf lumboradikuläre Reizsymptomatik - Beginnende Osteochondrose sowie beginnende Uncovertebralarthrosen C4/C5, mässige Diskusprotrusionen C3-C6, nicht komprimierende mediane Diskushernie Th6/7, fortgeschrittene Osteochondrose und breitbasige Diskusprotrusion L4/L5, deutlich ausgeprägte Spondylarthrosen L4-S1 bds. (MRI HWS, obere BWS und LWS vom 26.05.2016 sowie konventionelle LWS vom 15.01.2018) - Lumbosacrale Übergangsanomalie mit Lumbalisation von LWK5 sowie Nearthrose lumbosacral links - Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung sowie ausgeprägte muskuläre Insuffizienz betont vom Schulter-/Nacken- wie auch Beckengürteltyp - Aktuell keine hinreichenden Hinweise klinisch und radiologisch für eine seronegative Spondylarthritis, anamnestisch Methotrexattherapie - Mediale Gonarthrose links (ICD-10 M17.1) - St.n. transarthroskopischer vorderer Kreuzbandplastik mit freiem Ligamentum

patellae-Transplantat 10/1995 sowie St.n. Arthroskopie und transarthroskopischem Shaving des Transplantates und Erweitern der Notch-Plastik Knie links 08/1996 Dr. med. N._____ stellte folgende rheumatologischen Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Beginnende Rhizarthrose rechts mehr als links sowie minime Fingerpolyarthrose vom gemischten Typ - Anamnestisch Tendinitis calcarea Supraspinatussehne bds. - Unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit Schmerzausweitung, Schmerzverarbeitungsstörung und Selbstlimitierung Der Gutachter hielt fest, dass sich insgesamt im Vergleich zur orthopädischen Begutachtung des Instituts C._____ vom April 2017 bezüglich zu bestätigendem chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom sowie linksseitiger chronischer Knieschmerzproblematik rein klinisch keine neuen Gesichtspunkte fänden. Weiterhin könnten keine sicheren cervico- oder lumboradikulären Reizphänomene objektiviert oder auch provoziert werden, auch eine motorische Schwäche lasse sich insbesondere in den unteren Extremitäten nicht objektivieren. Die angegebene Sensibilitätsstörung entlang dem lateralen Oberschenkel und Unterschenkel rechts wäre theoretisch als residuelle Sensibilitätsstörung bei Status nach Diskushernien-Intervention L4/L5 erklärbar, eine Behinderung im engeren Sinne bzw. eine dadurch sich ableitende Funktionseinschränkung bestehe jedoch nicht. Der Gutachter wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin einen ausgeprägten Leidensdruck hinterlasse und ihre Beschwerden mit einer aussergewöhnlichen Schmerzfixation und auch Behinderungsüberzeugung schildere, was sich auch in der späteren klinischen Untersuchung durch ein aussergewöhnlich hohes Schmerzempfinden mit Präsentation eines ungewöhnlichen Schmerzvermeidensverhaltens sowie teilweise eines inadäquaten Schmerzverhaltens gezeigt habe. Zusammen mit den hoch positiven Waddell-Zeichen spreche dies für eine nicht organische Schmerzursache. Der Gutachter kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung von schweren wie auch mittelschweren Tätigkeiten, inklusive der angestammten Tätigkeit als Pflegehilfe, nicht mehr möglich sei, dies rückwirkend wahrscheinlich seit der Diskushernien-Operation im Juli 2015. Bezüglich sämtlichen körperlich leicht belastenden Tätigkeiten, durchgeführt in Wechselbelastung, insbesondere sitzend, könne aus rheumatologischer Sicht auch unter Berücksichtigung der zu diskutierenden Diagnose einer entzündlichen Gelenkerkrankung eine maximale Leistungseinschränkung von 20 % bei einem Vollzeitpensum zwecks Durchführung von Pausen und Erholungsphasen ausgewiesen werden. Im Haushalt bestehe ebenfalls eine maximale Einschränkung von 20 %, dies auch unter Berücksichtigung der möglichen Mithilfe durch den Ehemann sowie der Möglichkeit der Einteilung der anfallenden Tätigkeiten. Der Zeitpunkt des Beginns der Leistungseinschränkung in einer leidensadaptierten Tätigkeit könne retrospektiv nicht mehr exakt benannt werden. Es müsse jedoch angenommen werden, dass zum Zeitpunkt der eintretenden 100 %igen Arbeitsunfähigkeit als Pflegehilfe auch bereits damals eine Leistungseinschränkung in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestanden habe (act. 117).

E. 6.6

In ihrem zweiten Einwand reichte die Beschwerdeführerin die folgenden beiden Berichte ihrer behandelnden Ärztinnen ein:

E. 6.6.1

Dr. E._____ nannte in ihrem Bericht vom 12. Juli 2018 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F 33.2). Es sei in den letzten Wochen zu einer Dekompensation des klinischen Zustandes gekommen. Die

Ausübung einer Erwerbstätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht zumutbar (act. 127 S. 4).

E. 6.6.2

Im Bericht vom 24. Juli 2018 hielt Dr. H. _____ fest, dass aufgrund einer axialen und peripheren Spondylarthritis, einer Verschlechterung der Gonalgie, einer Lumbalgie, einer Verschlechterung der Cervicalgie und einer Hyperalgesie an der Schulter rechts eine totale Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. 127 S. 5).

E. 6.7

Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin die folgenden Arztberichte ein (Beilagen zu BVGer-act. 6 und BVGer-act. 11):

E. 6.7.1

Dr. H. _____ hielt im Bericht vom 23. Oktober 2018 fest, dass der Einsatz einer Knieprothese geplant sei.

E. 6.7.2

Dr. E. _____ führte im Bericht vom 29. November 2018 aus, dass aufgrund des Zustandes der Beschwerdeführerin eine Hospitalisation vorgesehen sei. Am 22. Januar 2019 bestätigte sie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin.

E. 7

Unbestritten und aufgrund der medizinischen Akten ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung ihrer bisherigen, körperlich mittelschwer bis schweren Tätigkeit als Pflegehilfe (vgl. Tätigkeitsprofil [act. 9 S. 7]) aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbel- und Lendenwirbelsäule und der damit einhergehenden verminderten Belastbarkeit seit Juli 2015 nicht mehr zumutbar ist. Das Wartejahr im Sinn von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG lief damit im Juli 2016 ab. Da sich die Beschwerdeführerin im November 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldet hat, konnte ein allfälliger Rentenanspruch somit frühestens am 1. Juli 2016 entstehen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

E. 8

Zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten Tätigkeit.

E. 8.1

Die Vorinstanz geht gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführerin die Ausübung einer leidensangepassten Tätigkeit (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit, insbesondere sitzend, welche kurze individuelle Pausen erlaubt und keine Bewegung von Lasten über 10 kg erfordert) ganztägig mit einer Leistungsminderung von 20 % zumutbar ist. Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, dass sie nicht mehr arbeiten könne bzw. dass der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden sei.

E. 8.2

Die Vorinstanz hat sich massgeblich auf das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten des Instituts C. _____ vom 29. Mai 2017 sowie das ergänzende rheumatologische Gutachten von Dr. med. N. _____ vom 3. März 2018 gestützt. Der Einschätzung der Gutachter in medizinischer Hinsicht und bezüglich der

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit haben sich auch die RAD-Ärztin Dr. med. O._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (Stellungnahme vom 19. Juni 2017 [act. 92]), und der RAD-Arzt Dr. med. P._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Stellungnahme vom 9. April 2018 [act. 120]), angeschlossen. Das Institut-C._____-Gutachten sowie das rheumatologische Gutachten von Dr. med. N._____ erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.4 hiavor). Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigen die beklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation grundsätzlich ein. Dagegen enthalten die Berichte der behandelnden Ärzte, auf die sich die Beschwerdeführerin beruft, dem Behandlungsauftrag entsprechend nur wenige verlässliche Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und vermögen den praxisgemässen Anforderungen nicht zu genügen.

E. 8.3

In somatischer Hinsicht wurde die Beschwerdeführerin im Rahmen der Institut-C._____-Begutachtung internistisch und orthopädisch abgeklärt. Ergänzend wurde sie auch noch rheumatologisch durch Dr. med. N._____ begutachtet.

E. 8.3.1

Gemäss überzeugender internistischer Beurteilung des Instituts C._____, die sich auf die Anamnese, eine klinische Untersuchung sowie eine Laboruntersuchung stützt, ist davon auszugehen, dass in diesem Fachgebiet keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Das diagnostizierte metabolische Syndrom mit im Vordergrund stehender Adipositas bewirkt im vorliegenden Fall keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität (vgl. Urteil des BGer 8C_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2). Bezüglich der vorbestehenden Herzerkrankung mit Status nach einer Operation mit Stentimplantation im Jahr 2016 ist angesichts der klinisch erhobenen Befunde und fehlenden gegenteiligen Anhaltspunkten ebenfalls überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die koronare Herzerkrankung kompensiert ist und die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusst, was mit der Einschätzung des behandelnden Facharztes Dr. I._____ (Berichte vom 22. August 2016 [act. 45] und vom 23. September 2016 [act. 90 S. 27] ff.) übereinstimmt.

E. 8.3.2

Im Rahmen der orthopädischen Begutachtung beim Institut C._____ wurden nach einer detaillierten Erhebung der orthopädischen Anamnese die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden am Bewegungsapparat, insbesondere an Rücken und Nacken, fachärztlich abgeklärt und diagnostisch erfasst. Der Gutachter führte eine eingehende klinische Untersuchung durch, die gerade bei Gesundheitsschäden an der Wirbelsäule die wichtigste Prüfung darstellt (vgl. Urteil des BGer 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.1.2), und erhob dabei auch den neurologischen Status. Er zog zudem die vorliegenden radiologischen Befunde aus den Jahren 2014 bis 2016 in seine Beurteilung mit ein. Sodann äusserte er sich zum Verhalten der Beschwerdeführerin während der Untersuchung. Er hat überzeugend dargelegt, dass ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom bei einem Status nach einer Bandscheibenoperation sowie leichten degenerativen Veränderungen der

Wirbelsäule bestehe, für die übrigen, diffus geschilderten Beschwerden am Bewegungsapparat aber keine somatische Erklärung gefunden werden konnte. Angesichts der objektivierbaren Befunde sowie des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchung ein deutliches Schmerzgebaren und eine Selbstlimitierung zeigte, ist es nachvollziehbar, dass der orthopädische Experte keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit attestiert hat. Der orthopädische Gutachter setzte sich schliesslich auch mit der abweichenden Beurteilung der behandelnden Rheumatologin E._____ auseinander und legte überzeugend dar, weshalb dieser nicht gefolgt werden könne.

E. 8.3.3

Im rheumatologischen Ergänzungsgutachten vom 3. März 2018 wurden die von der Beschwerdeführerin beklagten Rücken- und Nackenschmerzen nochmals umfassend fachärztlich abgeklärt. Der Gutachter legte gestützt auf seine detaillierte klinische Untersuchung mit Erhebung des Neurostatus sowie gestützt auf die radiologischen Befunde sowie die Ergebnisse der durchgeführten Laboruntersuchung dar, dass sich im Vergleich zur Voruntersuchung beim Institut C._____ im April 2017 keine neuen Gesichtspunkte ergeben hätten. Er hat einleuchtend dargelegt, dass anhand der Befunde die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen wie auch die geltend gemachte Behinderung durch die objektiv fassbaren organischen Befunde nicht hinreichend erklärt werden können. Er kam in Übereinstimmung mit dem orthopädischen Institut-C._____-Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass eine verminderte Belastbarkeit für körperlich schwere und repetitiv mittelschwere das Achsen skelet belastende Tätigkeiten ausgewiesen sei. Im Gegensatz zum orthopädischen Institut-C._____-Experten hat der rheumatologische Gutachter für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit eine minimale Leistungseinschränkung zwecks Durchführung von Pausen und Erholungsphasen anerkannt. Diese minimale Einschränkung hat er mit «nicht höher als 20 %» beziffert, was grosszügig erscheint. Der linksseitigen Knieproblematik hat der Gutachter bei der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils Rechnung getragen, indem er die leichte Verweistätigkeit auf überwiegend sitzende Tätigkeiten einschränkte. Der rheumatologische Gutachter hat sich zudem mit der von der behandelnden Rheumatologin nach Erstellung des Institut-C._____-Gutachtens neu diagnostizierten entzündlichen rheumatologischen Erkrankung (periphere und axiale Spondylarthritis), an der die Beschwerdeführerin eigenen Angaben zufolge seit drei Jahren leide und die seit Juni 2017 mit Methotrexat behandelt werde, ausführlich auseinandergesetzt. Aufgrund der wenig detaillierten Angaben der behandelnden Ärztin hat der Gutachter radiologische Aufnahme der LWS sowie beider Hände erstellen lassen, dabei aber weder Hinweise auf entzündliche destruktive Veränderungen der Wirbelsäule noch relevante Wirbelkörperveränderungen festgestellt. Auch bei der radiologischen Untersuchung der beiden Hände zeigten sich laut dem Gutachter keine entsprechenden Hinweise. Es ist daher nachvollziehbar, dass er die Diagnose Spondylarthrose angezweifelt und nicht gestellt hat. Er hat dargelegt, dass diese Diagnose zwar nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden könne, sich bei fehlendem Hinweis auf entzündliche destruktive Veränderungen sowohl im LWS-Bereich wie auch in den Händen sich aber ohnehin keine höhergradigen Funktionseinschränkungen erklären liessen. Das leuchtet ein, zumal für die Invaliditätsbemessung nicht die Diagnose massgebend ist, sondern die damit einhergehenden konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der betroffenen Person (vgl. Urteil des BGer 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.1). Diese sind vorliegend

allesamt in die Beurteilung des Gutachters eingeflossen und haben denn auch Anlass zur Annahme einer leidensadaptiert um maximal 20 % verminderten Arbeitsfähigkeit gegeben.

E. 8.4

In psychiatrischer Hinsicht wurde im Institut-C. _____-Gutachten eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert. Der Gutachter hat dargelegt, dass keine eigenständige, von den Schmerzen unabhängige depressive Störung besteht und die geringen Befunde reaktiv als Anpassungsproblematik auf die Schmerzen zu interpretieren sind. Diese Beurteilung leuchtet angesichts der Anamnese, der geringgradigen Befunde sowie der hohen subjektiven Krankheitsüberzeugung, in die sich die Beschwerdeführerin aus IV-fremden Gründen hineinmanövriert habe, ein. Gemäss der ICD-10-Klassifikation der WHO beinhalten die Diagnosekriterien einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) eine zeitliche Komponente. Demnach wird diese Form der Anpassungsstörung definiert als leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als 2 Jahre dauert (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 210). Da laut dem Gutachter eine Anpassungsproblematik auf die Schmerzen vorliegt, aufgrund derer sich die Beschwerdeführerin seit Juni 2015 nicht mehr arbeitsfähig fühlt, war das Zeitkriterium von maximal 2 Jahren im Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung vom 5. April 2017 noch nicht überschritten. Der Gutachter hat der Anpassungsstörung bei der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils Rechnung getragen, indem er die Möglichkeit für individuelle Pausen vorgesehen hat. Da jedoch ein reaktives Geschehen ohne invalidisierenden Krankheitswert im Vordergrund steht (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.1), ist es nicht zu beanstanden, dass der Gutachter darüber hinaus aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert hat. Der Institut-C. _____-Experte setzte sich auch mit der abweichenden Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. E. _____ auseinander. Die von ihr gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode konnte er mit Blick auf die anamnestischen Angaben und die erhobene Befundlage nicht bestätigen. Abgesehen davon, dass die Berichte der behandelnden Psychiaterin sehr kurz gehalten sind und keine nachvollziehbare Begründung für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit enthalten, ist nicht ersichtlich, dass sie die Beschwerdeführerin einer dieser gravierenden Diagnose entsprechenden engmaschigen Therapie zuführte. Es stellt sich insbesondere die Frage, weshalb Dr. E. _____ bei einer schweren Depression und fraglicher Suizidalität keine stationäre Therapie veranlasste. Insgesamt überzeugt die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin nicht und vermag die Beurteilung des Institut-C. _____-Experten nicht in Frage zu stellen. Was die beiden nach der Begutachtung verfassten Berichte von Dr. E. _____ vom 2. Oktober 2017 (act. 104) und vom 12. Juli 2018 (act. 127 S. 4) anbelangt, so vermögen diese ebenfalls keine Zweifel an der Einschätzung des Institut-C. _____-Gutachters zu wecken, ergeben sich daraus doch keine konkreten Hinweise auf Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 8C_182/2019 vom 19. Juni 2019 E. 2.2 mit Hinweis) bzw. auf eine anspruchrelevante Verschlechterung des psychischen Zustandes seit der Begutachtung.

E. 8.5

Sodann hat der psychiatrische Gutachter die massgebenden Standardindikatoren in seine Beurteilung miteinbezogen (siehe oben E. 5.6).

E. 8.5.1

Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass hier offengelassen werden kann, ob angesichts der von den Gutachtern geschilderten Inkonsistenzen ein Ausschlussgrund vorliegt, sprechen die Standardindikatoren doch ohnehin gegen eine funktionelle Auswirkung der psychischen Gesundheitsschäden. Im Rahmen der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist zunächst der Komplex «Gesundheitsschädigung» zu beurteilen: Zum Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» hielt der Gutachter fest, dass er bis auf eine leicht niedergedrückte-weinerliche Stimmungslage keine weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten habe objektivieren können. Der Gutachter wies zudem darauf hin, dass eine massive, teils bewusste, teils unbewusste demonstrative Beschwerdedarstellung mit erheblicher Ausweitung, erheblicher subjektiver Krankheitsüberzeugung und erheblichem sekundären Krankheitsgewinn bestehe. Eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist damit zu verneinen. Betreffend den Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» ist zu bemerken, dass die bisherige Therapie laut dem Gutachter lege artis mit pharmakologisch effizienter Dosierung verlaufe, jedoch nicht der Therapie einer schweren psychischen Erkrankung entspreche. Anzeichen auf eine mangelhafte Kooperation bestehen nicht. Von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz ist nicht auszugehen. Als Komorbidität besteht insbesondere ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, laut der überzeugenden Einschätzung der Gutachter liegen aber weitgehend unauffällige klinische Befunde vor, und es sind lediglich leichte degenerative Veränderungen objektivierbar. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter nicht von einer relevanten Auswirkung auf die Ressourcen bzw. deren Mobilisierung ausging. Zum Aspekt der Persönlichkeit führte der Gutachter aus, dass die biografische Persönlichkeitsentwicklung unauffällig verlaufen sei. Er beschrieb ein sehr leidendes, sehr beeinträchtigtes und sehr hilfloses Zustandsbild. Strukturelle Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsproblematik, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten, sind aber nicht ersichtlich. Der Komplex «sozialer Kontext» zeigt, dass die Beschwerdeführerin über mobilisierbare Ressourcen verfügt. So hielt der Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin sozial gut vernetzt sei, sich keinesfalls zurückziehe und durch ihre Krankheit ihr Umfeld sehr gut überzeugen könne. Hierzu ist zu ergänzen, dass die Beschwerdeführerin eine intakte Ehe führt, regelmässige Kontakte zu ihren beiden erwachsenen Kindern, zur Schwiegertochter und zum Schwiegersohn, zu einer Schwägerin, zu einem Onkel und einer Tante sowie zu vier Freundinnen pflegt und einen weitgehend strukturierten Tagesablauf hat. Damit enthält der soziale Lebenskontext der Beschwerdeführerin gewichtige, sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

E. 8.5.2

Schliesslich äusserte sich der Gutachter auch zur Konsistenz, und zwar unter Hinweis auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen Symptomdarstellung und den objektiv geringgradigen Befunden. Er hielt fest, dass die Beschwerdeführerin zwar massive Schmerzen und massive Depression beklage, diese Befunde im Gespräch aber nur minimal bestätigt werden können. So zeige sie keine Affektlabilität, keine unkontrollierten Stimmungseinbrüche. Zudem könne die Beschwerdeführerin flüssig Auskunft geben, arbeite kooperativ mit und es bestehe keine Suizidalität. Weiter wies der Gutachter darauf hin, dass die Beschwerdeführerin offenbar ihr gesamtes familiäres und medizinisches Umfeld von ihrer

Krankheit überzeugt habe, sodass sie auch im Haushalt entlastet werde, um Zeit zu haben, ihre medizinische Krankengeschichte zu pflegen. In Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätenniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen ist davon auszugehen, dass sich zwischen der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, die sich voll arbeitsunfähig fühlt, und ihren Tätigkeiten im Alltag, ihrer Funktion in der Familie, den verschiedenen Interessen und weiterhin aufrechterhaltenen sozialen Aktivitäten ein Ungleichgewicht besteht.

E. 8.5.3

Nach dem Gesagten umfasste die psychiatrisch-gutachterliche Beurteilung somit das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» abgeleitet wurde. Der Institut-C. _____-Experte ist somit bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzt, den einschlägigen Indikatoren gefolgt. Seine Einschätzung, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung in einer Verweistätigkeit besteht, steht in Einklang mit der Rechtsprechung, wonach eine stark ausgeprägte und verfestigte subjektive Krankheitsüberzeugung mit entsprechendem dysfunktionalem Verhalten, Selbstlimitierung, sekundärem Krankheitsgewinn und Dekonditionierung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt (vgl. Urteil des BGer 9C_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2.2).

E. 8.6

Die von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte Dr. H. _____ vom 23. Oktober 2018 und vom 22. Januar 2019 sowie Dr. E. _____ vom 29. November 2018 sind nicht geeignet die Beurteilung der Gutachter betreffend den Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit im massgebenden Zeitpunkt in Zweifel zu ziehen. Abgesehen davon, dass die Berichte sehr kurz gehalten sind, kaum Befunde und keine Begründung der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit enthalten, wurden sie erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2018 erstellt. Sie beziehen sich auf die Situation im Zeitpunkt der Berichterstattung und vermögen keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu geben (siehe oben E. 3.1), so dass diese Berichte im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen sind.

E. 8.7

Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Instituts C. _____ vom 29. Mai 2017 sowie das rheumatologische Ergänzungsgutachten von Dr. med. N. _____ vom 3. März 2018 ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit (körperlich leicht, Wechselbelastung, ohne wiederholtes Heben von Lasten über 10 kg, ohne Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus, Möglichkeit für kurze individuellen Pausen) im Rahmen eines zumutbaren vollen Arbeitspensums eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 20 % besteht. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als rechtsgenügend abgeklärt. Von weitergehenden medizinischen Abklärungen sind vorliegend keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten, weshalb auf solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3).

E. 9

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

E. 9.1

Die Vorinstanz geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Umfang von 70 % teilerwerbstätig und im Umfang von 30 % im Aufgabenbereich (Haushalt) tätig wäre (zum invalidenrechtlichen Status vgl. BGE 141 V 15 E. 3.1). Diese Einschätzung ist unbestritten und ist aktenmässig ausreichend belegt. Sie lässt sich insbesondere auf die im Rahmen der Haushaltsabklärung gemachten Angaben der Beschwerdeführerin stützen, wonach sie im Gesundheitsfall aus persönlichen und finanziellen Gründen 70 % gearbeitet und sich die restliche Zeit um den Haushalt gekümmert hätte. Zudem war die Beschwerdeführerin bis zum Eintritt des anspruchsrelevanten Gesundheitsschadens im Juli 2015 neben der 50 %igen Tätigkeit als Pflegehelferin zusätzlich als Raumpflegerin im Umfang von wöchentlich rund sechs bis acht Stunden (act. 47, act. 52, act. 90 S. 6) erwerbstätig, was einem Arbeitspensum von aufgerundet 70 % entspricht. Rechtsprechungsgemäss kommt für die Beurteilung der Statusfrage dem vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung verrichteten Arbeitspensum starker Indizwert zu (vgl. Urteil des BGer 9C_233/2017 vom 19. Dezember 2017 E. 3.3.1). Angesichts der klaren Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Haushaltsabklärung ist das höhere Arbeitspensum vor 2004 für die Beurteilung des Umfangs der Erwerbstätigkeit im Jahr 2016 nicht von entscheidrelevanter Bedeutung. Zwar bestehen Hinweise, dass die früheren Pensumreduktionen aus gesundheitlichen Gründen erfolgt sind, verlässliche ärztliche Angaben, die bereits damals eine Arbeitsunfähigkeit rechtsgenügend belegen, liegen jedoch nicht vor. Unter diesen Umständen ist die Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige mit einem Pensum von 70 % mit einem Aufgabenbereich von 30 % (vgl. BGE 141 V 15 E. 4.5 ff) einzustufen. Folglich gelangt die gemischte Methode zur Anwendung.

E. 9.2

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).

E. 9.3

Als Folge des Urteils des EGMR in Sachen Q._____ 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. 27bis 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. 27bis 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. 27bis 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.

E. 9.4

Die Beschwerdeführerin hat frühestens ab 1. Juli 2016 Anspruch auf eine Invalidenrente (siehe oben E. 8). Auf diesen Zeitpunkt hin ist eine erste Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Die Invaliditätsbemessung mittels der gemischten Methode nach dem neuen Berechnungsmodell gemäss Art. 27bis 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.

E. 9.5

Zu ermitteln ist zunächst der Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich.

E. 9.5.1

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).

E. 9.5.2

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; SR 831.201)

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, gewichtet (Art. 27bis Abs. 3 IVV).

E. 9.5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes 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 heraus-gegebenen Lohnstrukturerhebungen (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).

E. 9.5.4

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

E. 9.5.5

Die Vorinstanz ist bezüglich des allfälligen Rentenanspruchs vom 1. Juli 2016 bis 31. Dezember 2017 davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens im massgeblichen Zeitpunkt als Pflegehelferin in ihrer Teilerwerbstätigkeit von 70 % bei ihrer letzten, langjährigen Arbeitgeberin tätig wäre. Obwohl die Beschwerdeführerin vor Eintritt des Gesundheitsschadens nur zu 50 % als Pflegehelferin und zusätzlich zu 20 % als Raumpflegerin bei zwei anderen Arbeitgebern arbeitete, kann die von der Vorinstanz zu Gunsten der Beschwerdeführerin getroffene Annahme übernommen werden. Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen gekündigt wurde, weshalb das Valideneinkommen gestützt auf das zuletzt effektiv erzielte Einkommen zu ermitteln ist. Die Vorinstanz ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2016 im Gesundheitsfall bei ihrer letzten Arbeitgeberin (mit einem Pensum von 70 %) ein Einkommen von Fr. 46'021.- (13 x Fr. 3'416.- zuzüglich Zulagen von durchschnittlich Fr. 1'612.59) erzielt hätte, was den Angaben der Arbeitgeberin gemäss Schreiben vom 28. Juni 2017 (act. 97) entspricht und nicht zu beanstanden ist.

E. 9.5.6

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 ist die LSE 2014, zumal die aktuelleren Zahlen der LSE 2016, die am 26. Oktober 2018 veröffentlicht wurden, im Verfügungszeitpunkt noch nicht vorlagen (vgl. Urteil des BGer 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2). 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) und das im Gesundheitsfall geleistete Arbeitspensum (hier: 70 %) die zeitliche Schranke für die erwerbliche Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit bildet (Urteil des BGer 9C_213/2008 vom 14. August 2008 E. 3.1). Die Annahme der Vorinstanz, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen eines erwerblichen Pensums von 70 % ihre Restarbeitsfähigkeit von mindestens 80 % voll verwerten kann, ist daher nicht zu beanstanden. Das Invalideneinkommen hat die Vorinstanz anhand der LSE 2014 (Tabelle TA1, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, mit Umrechnung von 40 auf 41.7 Wochenstunden zuzüglich Nominallohnentwicklung bis 2016 von 1.35 %) bestimmt. Demnach könnten weibliche Hilfskräfte im Jahr 2016 bei einem Pensum von 70 % ein durchschnittliches Einkommen von Fr. 38'162.- erzielen. Die Vorinstanz hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen, weil keine einkommensbeeinflussenden Merkmale vorhanden seien. Das ist nicht zu beanstanden.

E. 9.5.7

Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert per Juli 2016 eine ungewichtete Einschränkung von 17.07 % ($[\text{Fr. } 46'021.- / \text{Fr. } 38'162.-] / \text{Fr. } 46'021.- \times 100$) bzw. unter Berücksichtigung des Status eine solche von 11.95 % ($17.07 \% \times 0.7$).

E. 9.5.8

Aufgrund des seit 1. Januar 2018 geltenden neuen Berechnungsmodells für Teilerwerbstätige mit Aufgabenbereich ist auf diesen Zeitpunkt eine neue Berechnung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich durchzuführen. Die Vorinstanz hat hierbei das Einkommen, das die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ab 2018 aus ihrer Teilerwerbstätigkeit von 70 % bei ihrer letzten Arbeitgeberin erzielt hätte, korrekterweise auf ein Vollzeitpensum hochgerechnet (Art. 27bis Abs. 3 Bst. a IVV; vgl. BGE 145 V 370 E. 3.2), was ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 65'744.- ergibt. Das Invalideneinkommen ist in Anwendung des seit 1. Januar 2018 geltenden Berechnungsmodells - gleich wie das Valideneinkommen - auf der Grundlage einer hypothetischen Vollzeittätigkeit zu ermitteln, unabhängig davon, ob ein solches Pensum vor Eintritt des Gesundheitsschadens geleistet wurde (BGE 145 V 370 E. 4.2 und 4.3). Im vorliegenden Fall ist das Invalideneinkommen daher in Bezug auf ein ganztägiges Pensum mit einer Leistungseinbusse von 20 % zu bestimmen. Das von der Vorinstanz anhand der LSE 2014 festgelegte Invalideneinkommen von Fr. 43'614.- erweist sich als korrekt. Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert per Januar 2018 eine ungewichtete Einschränkung von 33.66 % ($[\text{Fr. } 65'744.- / \text{Fr. } 43'614.-] / \text{Fr. } 65'744.- \times 100$) bzw. unter Berücksichtigung des Status eine solche von 23.56 % ($33.66 \% \times 0.7$).

E. 9.6

Weiter ist im Folgenden die Einschränkung im Aufgabenbereich zu ermitteln.

E. 9.6.1

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 gewichtet (Art. 27bis Abs. 4 IVV).

E. 9.6.2

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). Ärzte sind zwar keine Experten hinsichtlich einer Haushaltsabklärung, doch sind deren Angaben bezüglich der physischen und psychischen Einschränkungen ein gewichtiger Hinweis dafür, welche Arbeiten im Haushalt noch möglich und zumutbar sind; widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen (Urteil des BGer 8C_509/2019 vom 8. November 2019 E. 5.4).

E. 9.6.3

Die Vorinstanz hat den Invaliditätsgrad im Aufgabenbereich in der angefochtenen Verfügung auf 20 % festgelegt. Sie stützt sich dabei auf die Einschätzung des Gutachters Dr. med. N._____, der eine Einschränkung im Haushalt von maximal 20 % festgelegt hat. Diese Einschätzung deckt sich im Wesentlichen mit der ursprünglichen Einschätzung der Fachperson des Abklärungsdienstes, die in ihrem Bericht vom 16. Juni 2016 in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse eine Einschränkung im Haushalt von 23 % ermittelt hat. Damit ist für den Aufgabenbereich Haushalt insgesamt von einem Invaliditätsgrad von 20 % auszugehen bzw. gewichtet im Sinn von Art. 28a Abs. 3 IVG mit dem Faktor 0.3 von 6 %.

E. 9.7

Nach dem Dargelegten resultiert bei einem Status von 70 % Erwerb und 30 % Haushalt in Anwendung der gemischten Methode für die Zeit von Juli 2016 bis Dezember 2017 unter Berücksichtigung einer erwerblichen Einschränkung von 11.95 % und einer Einschränkung im Aufgabenbereich von 6 % ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 18 %. Für die Zeit ab 1. Januar 2018 ergibt sich unter Berücksichtigung einer erwerblichen Einbusse von 23.56 % und einer Einschränkung im Aufgabenbereich von 6 % ein IV-Grad von gerundet 30 %. Damit liegt der Invaliditätsgrad in beiden Fällen unter der den Anspruch auf eine Invalidenrente liegenden Erheblichkeitsschwelle von 40 %.

E. 9.8

Insgesamt ist die angefochtene Verfügung vom 2. Oktober 2018 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist folglich abzuweisen.

E. 10.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis 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.

E. 10.2

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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.