

BVGer C-5012/2019 vom 2. Juni 2021

Bundesverwaltungsgericht, 2021-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-5012_2019

FR: TAF C-5012/2019 du 2 juin 2021

IT: TAF C-5012/2019 del 2 giugno 2021

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]). Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich grundsätzlich nach dem VwVG (SR 172.021 [Art. 37 VGG]). Vorbehalten bleiben gemäss Art. 3 Bst. dbis VwVG die besonderen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1). 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; Art. 48 Abs. 1 VwVG). Nachdem auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG; Art. 50 Abs. 1, Art. 52 Abs. 1 und Art. 63 Abs. 4 VwVG).

E. 2

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 27. August 2019, mit welcher die Vorinstanz bei einem festgestellten IV-Grad von 46 %, mithin von unter 50 %, das am 25. April 2016 (Datum Postaufgabe) gestellte Leistungsbegehren der in den USA lebenden Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Aufgrund der Rechtsbegehren ist Prozessthema respektive streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat und in diesem Zusammenhang vorab, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen Sachverhalt in medizinischer und erwerblicher Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt hat.

E. 2.1

Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BVGE 2013/46 E. 3.2).

E. 2.3

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6, 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Der Sozialversicherungsträger als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_494/2013 vom 22. April 2014 E. 5.4.1, n. publ. in: BGE 140 V 220).

E. 2.4

Das Sozialversicherungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt. Zum einen findet er sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, BGE 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen); zum anderen umfasst die behördliche und richterliche Abklärungspflicht nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet oder verlangt wird. Vielmehr bezieht sie sich nur auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, Bern 1983, S. 43 und 273). In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a mit Hinweis; Urteil des BGer 8C_843/2016 vom 8. März 2017 E. 2; zum Ganzen auch BGE 144 V 427 E. 3.2).

E. 2.5

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 3.1

Die Beschwerdeführerin ist schweizerische Staatsangehörige und wohnt in den USA. Die Prüfung ihres Anspruchs auf eine Rente der schweizerischen Invalidenversicherung richtet sich trotz des am 1. August 2014 in Kraft getretenen Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den Vereinigten Staaten von Amerika über soziale Sicherheit (SR 0.831.109.336.1; im Folgenden: Sozialversicherungsabkommen) grundsätzlich nach den schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Urteil des BVGer C-112/2015 vom 21. Dezember 2016 E. 2.1).

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 27. August 2019) 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).

E. 3.3

In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 27. August 2019 in Kraft standen; weiter aber auch Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft getreten waren, die aber für die Beurteilung allenfalls früher entstandener Leistungsansprüche von Belang sind.

E. 4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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. 4.2

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). Zusätzliche kumulative Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist, dass der Versicherte im Sinne von Art. 36 Abs. 1 IVG beim Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge an die Alters- Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat, was vorliegend unbestritten der Fall ist (vgl. Exposé vom 15. September 2016 [Dok. 62]; der IK-Auszug befindet sich nicht in den Akten).

E. 4.3

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahrs folgt (zum Verhältnis zwischen Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG vgl. BGE 142 V 547 E. 3.2).

E. 4.4

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 ist im Sozialversicherungsabkommen mit den USA nicht vorgesehen.

E. 4.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4).

E. 4.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) und ob der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

E. 4.7

Auf Stellungnahmen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) bzw. des internen medizinischen Dienstes kann für den Fall, dass ihnen materiell Gutachtensqualität zukommen soll, nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (Urteil des EVG I 694/05 vom 15. Dezember 2006 E. 2). Allerdings sind die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nur soweit zu berücksichtigen, als auch keine geringen Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4; 122 V 157 E. 1d). Die versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzte müssen über die im Einzelfall erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des BGer 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person persönlich untersucht wird. Nach der Praxis kann einem reinen Aktengutachten auch voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteile des BGer 9C_524/2017 vom 21. März 2018 E. 5.1; 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.2; 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Enthalten die Akten für die streitigen Belange keine beweistauglichen

Unterlagen, kann die Stellungnahme einer versicherungsinternen Fachperson in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (vgl. Urteil des BGer 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

E. 4.8

Bei Vorliegen psychischer Erkrankungen fordert die neue bundesgerichtliche Praxis für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person die Prüfung systematisierter Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; 143 V 418 E. 6 ff.). Ausgangspunkt der Prüfung und damit erste Voraussetzung bildet eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1; 143 V 418 E. 6 und E. 8.1). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erwähnten Indikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (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. 4.9

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

E. 5

Einleitend festzuhalten ist, dass aufgrund von widersprüchlichen Ausführungen der Beschwerdeführerin betreffend die Anmeldung im damaligen Einwand- und Beschwerdeverfahren (vgl. Dok. 73 S. 1 und Dok. 98 S. 4 Ziff. 9) die Vorinstanz mit Rückweisungsurteil C-1339/2017 vom 12. Juli 2017 u.a. auch angewiesen wurde zu prüfen, ob es sich bei der Anmeldung der Beschwerdeführerin um eine Neu- oder Erstanmeldung handle. Hierzu finden sich in den Akten keine weiteren Abklärungen seitens der Vorinstanz. Die Beschwerdeführerin hat im Gesuchsformular vom 23. April 2016 angegeben, bis zu diesem Zeitpunkt nie ein Gesuch zum Bezug von IV-Leistungen eingereicht zu haben (Aussage der ersten Stunde [vgl. Dok. 34 S. 3 Ziff. 4.2]). Diese Angabe wird auch durch ihre Ausführungen im Einwand vom 28. Dezember 2016 (Dok. 73 S. 1) gestützt. Im Weiteren hat es in den Akten der Vorinstanz, welche aufgrund des seit 1991 bestehenden Auslandswohnsitzes der Beschwerdeführerin bereits in den 90er Jahren zuständig gewesen wäre, keinerlei Anhaltspunkte für irgendein früheres IV-Verfahren. Schliesslich ist aus der Beschwerdeeingabe des Rechtsvertreters vom 2. März 2017 klar ersichtlich, dass dieser damals kurzfristig mandatiert wurde und er aufgrund der zeitlichen Dringlichkeit infolge drohenden Ablaufs der Rechtsmittelfrist noch keine vollständige Einsicht in alle Akten

nehmen konnte (vgl. dazu den Verfahrens Antrag auf Akteneinsicht und Frist zur ergänzenden Begründung [Dok. 98 S. 2 Rechtsbegehren 3 und S. 3 Ziff. 7]). In der - nach der gewährten Akteneinsicht erfolgten - ergänzenden Begründung vom 20. April 2017 (Dok. 99) wird im Rahmen der (ergänzten) Sachverhaltsdarstellung die angebliche erste ablehnende Verfügung der Vorinstanz aus dem Jahr 1999 von der Beschwerdeführerin respektive ihrer Rechtsvertretung nicht mehr erwähnt. Auch später nicht. Somit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es sich vorliegend um ein Erstgesuch handelt.

E. 5.1

Im Folgenden ist in Würdigung der relevanten Unterlagen in erster Linie zu beurteilen, ob die Vorinstanz den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt vollständig erhoben, korrekt gewürdigt und schliesslich das Leistungsbegehren vom 25. April 2016 (Datum Postaufgabe) zu Recht abgewiesen hat.

E. 5.1.1

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, dass dies nicht der Fall sei und die Vorinstanz die Untersuchungsmaxime verletzt habe. Das bei der C. _____ eingeholte polydisziplinäre Gutachten vom 4. Oktober 2018 sei in mehrfacher Hinsicht mangelhaft. Zunächst sei im Rahmen der orthopädisch-neurologischen Untersuchung ein im Vorfeld nicht bekannt gegebener dritter Arzt beigezogen worden, welcher zudem im Gutachten auch nicht namentlich erwähnt worden sei. Überhaupt sei die Beschwerdeführerin nicht von einem Wirbelsäulenspezialisten untersucht worden. Ausserdem habe sie die Untersuchung als demütigend und respektlos empfunden, habe sie doch während 30 Minuten lediglich in Unterwäsche bekleidet ohne Anwesenheit einer weiblichen Praxisassistentin vor drei männlichen Ärzten verweilen müssen; den Gutachtern wäre es ohne Weiteres möglich gewesen, sie lediglich am Rücken zu untersuchen. Aus diesen Gründen habe sie auch kein Vertrauen zu den somatischen Gutachtern fassen können. Im Weiteren finde im Gutachten der initiale Unfallhergang keine Erwähnung und entgegen der Beschreibung der Sachlage im Gutachten habe sich seit 2015 auch kein stabiler Gesundheitszustand eingestellt; die Rückenschmerzen hätten vielmehr auch danach zugenommen. Weiter fehle im Gutachten bei der beruflichen Anamnese die heutige Tätigkeit, biete sie doch heute ihre Dienste als Physiotherapeutin im Bereich der «Women health» an, ohne Heben von Patienten, aber stets in vorgeneigter Position, welche auf Dauer unerträgliche Schmerzen verursache und daher nur halbtags zumutbar sei. Auch habe der in den vorgängigen Berichten stets gemachte Hinweis, wonach sie nicht länger wie 30 Minuten sitzen könne, keinerlei Eingang ins Gutachten gefunden. Schliesslich sei auch auf die Diskrepanzen zwischen den Gutachtern und der behandelnden Ärzte bezüglich der Beurteilung Leistungsfähigkeit hinzuweisen. Insbesondere seien die Gutachter in diesem Zusammenhang überhaupt nicht auf die Opioid-Therapie eingegangen, welche auch Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitige. Schliesslich sei auch die psychiatrische Begutachtung mangelhaft, sei doch der Gutachter klar vorbefasst gewesen und habe sich vor allem auf eine Lebensberatung konzentriert, statt auf eine fachgerechte Exploration. Es sei darauf hingewiesen, dass die Gesundheits- und Begutachtungssysteme der USA und der Schweiz vergleichbar seien, weshalb die amerikanischen Fachberichte der behandelnden Ärzte im gleichen Masse zu berücksichtigen seien wie die Parteibehauptungen der Gegenseite (vgl. BVGer-act. 1, 14 und 19).

E. 5.1.2

Die Vorinstanz vertritt demgegenüber die Ansicht, dass der medizinische Sachverhalt vollständig erhoben und das Gutachten beweiswertig sei. Zur Begründung verweist sie insbesondere auf die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens erneut eingeholten Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes vom 28. November 2019 und vom 12. Dezember 2019. Der ärztliche Dienst habe in den beiden Stellungnahmen sowohl aus rheumatologischer wie aus psychiatrischer Sicht die der angefochtenen Verfügung zugrundeliegende medizinische Beurteilung bestätigt. Weder den beschwerdeweise neu vorgelegten medizinischen Unterlagen, noch den vom Rechtsvertreter vorgetragenen Einwänden, habe der ärztliche Dienst neue relevante Gesichtspunkte hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit entnehmen können (vgl. BVGer-act. 9, 16 und 21).

E. 5.2

Bereits im Rahmen der ersten von der Vorinstanz erlassenen und mit Urteil C-1339/2017 vom 12. Juli 2017 aufgehobenen Verfügung der Vorinstanz vom 1. Februar 2017 war aufgrund der zur Verfügung stehenden medizinischen Unterlagen aus dem Zeitraum vom 30. November 1997 bis zum 11. Dezember 2016 (vgl. Dok. 1-12, Dok. 14-25, Dok. 28-31, Dok. 44-60 sowie Dok. 72) unbestritten, dass die Beschwerdeführerin - insbesondere nach Belastung - an Schmerzen im unteren Rückenbereich leidet. Diese medizinischen Unterlagen bildeten allerdings keine zuverlässige und umfassende Entscheidungsgrundlage. Zudem wurden die in den Vorakten erwähnten psychischen Beschwerden von der Vorinstanz nicht gewürdigt und es ist auch keine interdisziplinäre Abklärung erfolgt. Deshalb wurde die Verfügung vom 1. Februar 2017 - auf übereinstimmenden Antrag hin - aufgehoben und die Sache zur Einholung eines medizinischen Gutachtens an die Vorinstanz zurückgewiesen (vgl. dazu das zitierte Urteil [Dok. 106]).

E. 5.3

In der Folge brachte die Vorinstanz ihre Akten à jour, indem sie insbesondere von der Hausärztin der Beschwerdeführerin ein umfangreiches medizinisches Dossier mit zahlreichen Untersuchungs- und Behandlungsberichten aus dem Zeitraum vom 11. März 1997 bis zum 21. Januar 2018 erhielt (vgl. Dok. 120-201). Danach vergab die Vorinstanz unter Einhaltung der von der Rechtsprechung geforderten Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin vorschriftsgemäss über die Vergabepattform SuisseMED@app den Gutachtensauftrag an die Abklärungsstelle C._____. Es ist unbestritten, dass sich die vorinstanzliche Verfügung vom 27. August 2019 in medizinischer Hinsicht in erster Linie auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens der C._____ vom 4. Oktober 2018, respektive die entsprechenden Teilgutachten von Dres. med. G._____, Facharzt für Neurologie, sowie H._____, Assistenzarzt für Neurologie (Dok. 239 S. 10 bis 19), Dr. med. univ. I._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Dok. 239 S. 20 bis 33), Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Dok. 239 S. 34 bis 42) sowie Dr. med. univ. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Dok. 239 S. 43 bis 55), stützt. Aus den Akten geht eindeutig hervor, dass die Vorinstanz dem Gutachten nach dessen Eingang im Rahmen der medizinisch-juristischen Würdigung vom 7. Februar 2019 (Dok. 244) vollen Beweiswert zugemessen und sich in der Folge der gutachterlichen Einschätzung betreffend die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin vollumfänglich angeschlossen hat. Daran änderten auch die im Rahmen des Vorbescheidverfahrens

vorgetragene Einwände und die eingereichte Stellungnahme des Dr. med. F. _____ vom 26. April 2019 nichts (vgl. Dok. 253-266). Im Folgenden sind sowohl das Gutachten der C. _____ vom 4. Oktober 2018 als auch die danach ergangenen Berichte einer Würdigung zu unterziehen.

E. 5.3.1

Im Rahmen der polydisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter gestützt auf die Akten sowie auf eigenen klinischen Untersuchungen die folgenden Diagnosen (vgl. Dok. 239 S. 6): - Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nennen die Gutachter: - Chronischer radikulärer Kreuzbeinschmerz links mit einer leichten Lähmung der L5 versorgten Muskulatur bei bekannten degenerativen Veränderungen und Zustand nach einer Bandscheibenoperation L4/5 (ICD-10 M51.1 und M54.4) - Chronische Schmerzen mit Verstärkung bei Belastung, im Vordergrund steht die lokale lumbale Symptomatik. - Radikulopathie L5 links (ICD-10 M51.1). - St. n. mikrotechnischer Diskektomie L4/L5 links am 16.11.2015. - Residuelle Fussheber- und Grosszehenheberparese links und leichte Parese des M. gluteus medius links. - Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nennen die Gutachter: - Aviaphobie/Flugangst (gemäss ICD-10: spezifische Phobie - F40.2) - Diskrete Makrozytose ohne Anämie (ED 2013) - Anamnestischer Reizdarm - Leichte Extrasystolie - Mögliche leichte Mitralinsuffizienz - Leichtes Untergewicht mit BMI 19 kg/m² bei 48.1 kg und 159.4 cm

E. 5.3.2

In der polydisziplinären Beurteilung der aktuellen gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin führten die Gutachter zusammengefasst das Folgende aus:

E. 5.3.2.1

Aus orthopädischer und neurologischer Sicht stünden die chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule mit einer radikulären Ausstrahlung in das linke Bein und leichten Paresen der L5-innervierten Muskulatur im Vordergrund. Die lumbalen Beschwerden - initial noch ohne radikuläres Defizit - hätten anamnestisch vor ca. 20 Jahren nach einem Hebetauma während der damaligen Schwangerschaft begonnen. Aufgrund von anhaltenden belastungsabhängigen Schmerzen habe die Versicherte von ihrer damaligen Anstellung in einer Ambulanz mit Schwerpunkt auf Wirbelsäulen-Patienten zu einer Physiotherapie mit geringerer körperlicher Belastung gewechselt und sei anschliessend ab ca. 2003 selbstständig gewesen. Anamnestisch hätten dann im Verlauf immer wieder wechselnde Phasen in Bezug auf die Ausprägung der Beschwerden bestanden; 2015 sei es schliesslich zu einer akuten Verschlechterung und zum Auftreten einer Schmerzausstrahlung in das linke Bein mit einer begleitenden Lähmung gekommen, wobei erstmalig eine radikuläre Schmerzausstrahlung entsprechend der Wurzel L5 bei einer Konsultation am 11. Oktober 2011 aufgefallen sei. Im Rahmen der Abklärung der erneuten Schmerzexazerbation im Oktober 2015 mit Ausstrahlung ins linke Bein sei bildgebend und elektrophysiologisch ein Nervenwurzelkontakt bzw. eine akute Denervierung der L5-innervierten Muskeln festgestellt worden sei. Bei nun bestehender Fussheberparese sowie beschriebener Parese der Hüftflexion und reduzierter Sensibilität im Dermatom L4/5 und S1 sei am 16. November 2015 eine minimal invasive Laminektomie L4/5 und Diskektomie erfolgt. In der aktuellen gutachterlichen Untersuchung zeige sich eine residuelle Fussheber- und Grosszehenheberparese und eine leichte Parese des M. gluteus medius passend zu einer Läsion der Wurzel L5 im Sinne einer lumbalen Radikulopathie.

Darüber hinaus angegebene Sensibilitätsstörungen des dorsalen linken Oberschenkels und der dorsalen linken Wade liessen sich klinisch nicht eindeutig einem Dermatome zuordnen. Hinweise für eine Beteiligung der S1-Wurzel links fänden sich bei seitengleichen Achillessehnenreflexen nicht. Die vorhandene Muskelschwäche zeige sich jedoch aktuell nur gering ausgeprägt ohne relevante funktionelle Einschränkung im Alltag. Die im Vordergrund stehende lokale Beschwerdesymptomatik an der Lendenwirbelsäule werde vor allem durch eine lokale Überbelastung verstärkt. Anamnestisch seien die Beschwerden bei einer Vermeidung der schmerzauslösenden Beanspruchung bzw. in Ruhe kaum vorhanden. Die Beschwerden träten vor allem in der endlagigen Funktionsprüfung auf. Im Sitzen oder Liegen zeigten sich kaum Beschwerden. In der radiologischen Abklärung bestätigten sich, als passendes bildgebendes Korrelat, mehretägige degenerative Veränderungen. Aufgrund der Beschwerden bestünden eine Einschränkung der Gehleistung (2 km am Stück) und eine verminderte Belastbarkeit bei Tätigkeiten mit vermehrter Beanspruchung der Brust- und Lendenwirbelsäule. In Folge der chronischen Schmerzen, welche vor allem durch die Belastung bei der Arbeit als Physiotherapeutin verstärkt würden, erfolge die regelmäßige Einnahme von Schmerzmitteln der WHO Stufe 2 und bedarfsweise der WHO Stufe 3. Diesbezüglich sei eine Optimierung der Substanzkombination und gegebenenfalls Erweiterung (z.B. durch Pregabalin) zu empfehlen. Bei einer Tätigkeit mit reduzierter Belastung der Wirbelsäule sei mit einer relevanten Besserung der Beschwerden zu rechnen. Zusammenfassend bestehe aufgrund des chronischen radikulären Kreuzbeinschmerzes links mit einer leichten Lähmung in der L5 versorgten Muskulatur eine nachvollziehbare Einschränkung in der angestammten Tätigkeit als Physiotherapeutin, da bei diesem Beruf Arbeitszwangshaltungen mit einer vermehrten Beanspruchung der Wirbelsäule gefordert seien. Aufgrund des zusätzlichen Ruheschmerzes bestehe auch eine leichte Minderung in einer leidensadaptierten Tätigkeit (vgl. Dok. 239 S. 5, S. 16 und S. 51 f.).

E. 5.3.2.2

In psychiatrischer Hinsicht wird im Wesentlichen festgehalten, aktuell imponiere die Versicherte psychopathologisch euthym, affektiv schwingungsfähig und auslenkbar; dies unter einer grundsätzlich antidepressiven Medikation mit Mirtazapin und Trazodon, wobei die Dosierungen, die die Versicherte angebe, gemäss Fachliteratur als schlaffördernde Dosierungen eingeschätzt würden und nicht als antidepressive Medikation imponierten. Weiter zeigten sich psychopathologisch Sorgen und Ängste hinsichtlich ihrer finanziellen Situation bei der Versicherten. Aus der gutachterlichen Zusammenschau ergäben sich aktuell und im zeitlichen Längsschnitt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Hinweise für eine depressive Episode oder Störung bei der Versicherten. Die Symptome, die zur psychologischen Beratung im Rahmen der Trennung und Scheidung geführt hätten, seien aus gutachterlicher Sicht als Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von andern Gefühlen (ICD-10: F43.23) im Zuge der Trennung und Scheidung anzusehen. Die Versicherte habe die entsprechenden Aspekte gemäss Ausführungen der ICD-10 zu Anpassungsstörungen aus gutachterlicher retrospektiver Sicht erfüllt, wobei aktuell die Symptome in Bezug auf die Trennung/Scheidung mit Ausnahme der finanziellen Folgen bzw. Enge und der damit verbundenen Sorgen remittiert imponierten. So gebe die Versicherte an, mit dem Ex-Mann einen guten Kontakt bzw. Kommunikation zu haben sowie mit einem neuen Partner liiert zu sein. Bezüglich der Schmerzen sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) aktuell diagnostisch nicht gegeben, da unter Einbezug der anderen medizinischen Fachrichtungen klare pathophysiologische Ursachen für die Schmerzen gegeben seien. Im Weiteren zeigten sich hinsichtlich einer chronischen

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) aus gutachterlicher Sicht zwar die Schmerzen klar länger als 6 Monate dauernd, jedoch fänden sich keine gravierend ausgeprägten psychischen Faktoren oder Symptome im Alltag der Versicherten, bzw. seien die Schmerzen nicht überwiegend durch psychische Faktoren beeinflusst, so dass die ICD-10-Kriterien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anhand des aktuellen psychopathologischen Befunds als erfüllt imponierten. Hinsichtlich der Ängste der Versicherten zeigten sich einerseits Sorgen und Ängste vor der Zukunft und andererseits Ängste in Form einer Flugangst, wobei die Versicherte angebe, dass es mit einer Einnahme von Lorazepam für sie soweit tolerabel sei und sie fliegen könne. Andere Reisen, beispielsweise mit dem Auto, seien jedoch für die Versicherte gemäss ihren Angaben bis auf ihre Schmerzen soweit problemlos möglich; die Versicherte führe dabei an, selbst nur kurze Strecken zu fahren und bei längeren Fahrten Beifahrerin zu sein. Weiter finde sich kein Anhalt für Ängste unter Menschen, sodass von psychiatrischer Seite die Diagnose Flugangst/Aviophobie (gemäss ICD-10: spezifische Phobie - F40.2) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werde. Aufgrund des Funktionsniveaus der Versicherten im Alltag und im Beruf wie auch in der Freizeit gebe es keinen Anhalt für andere Angststörungen oder eine soziale Phobie. Ebenso gebe es keine Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung. Im Weiteren ergäben sich hinsichtlich ihrer opioidhaltigen Schmerzmedikamente aktuell keine Anhaltspunkte für eine Abhängigkeit oder Suchtproblematik von diesen Substanzen, wenngleich die Kombination von Tramadol und Oxycodon pharmakologisch nur bedingt Sinn mache. Ebenso imponiere die nicht regelmässige (nicht tägliche) Einnahme von Lorazepam bei Ängsten, sowie von Zolpidem zum Schlafen aktuell als nicht typisch für eine Suchtproblematik ausgeprägt, wenngleich ein Umgang mit Ängsten ohne Benzodiazepin-Einnahme, wie Lorazepam, aus gutachterlicher Sicht klar zu begrüssen wäre, insbesondere auch wegen der Risiken der Kombination mit den opioidhaltigen Schmerzmitteln. Auch eine Abhängigkeit von Alkohol zeige sich anhand der Angaben der Versicherten, sowie laborchemisch mit CDT-Wert 0,9% (<1,6%) aktuell als nicht gegeben; ebenso hätten sich negative Laborergebnisse im Drogen-Urin-Screening gezeigt, sodass aktuell eine Suchterkrankung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vorliege. Die derzeitige Einnahme von Antidepressiva sei infolge der vorhandenen Dosierung am ehesten als schlaffördernde Medikation einzustufen, und die Einnahme von Benzodiazepinen erfolge aufgrund von Angstzuständen. In Zusammenschau der gesamten Medikation inklusive der Schmerzmittel bis zur WHO Stufe 3 sollte eine Optimierung und Reevaluierung in Bezug auf die pharmakologischen Eigenschaften und die zu erwartenden Wechselwirkungen erfolgen. Hinsichtlich der von der Versicherten angeführten Schlafprobleme imponierten diese aus gutachterlicher Sicht nicht überwiegend psychisch bedingt, sondern auch durch die Schmerzen bedingt, sodass aktuell kein gesicherter Anhalt für eine nichtorganische Insomnie (ICD-10: F51.0) bestehe. Die Insomnie werde auch von hausärztlicher Seite mit dem Diagnosecode 780.52 angeführt. Schliesslich gebe es bei der Versicherten aktuell weder für eine hirnorganische Erkrankung, noch für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, noch für eine Essstörung, noch für eine Zwangsstörung, noch für eine Posttraumatische Belastungsstörung irgendwelche Anhaltspunkte (Dok. 239 S. 5 und S. 26-33).

E. 5.3.2.3

Von der internistischen Seite her habe keine Erkrankung mit relevantem Einfluss auf die Leistungsfähigkeit erhoben werden können (Dok. 239 S. 5 und S.38-42).

E. 5.3.2.4

Zusammenfassend bestehe infolge der von neurologischer und orthopädischer Seite her gestellten Diagnosen eine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der derzeit ausgeübten Tätigkeit als selbstständige Physiotherapeutin. Da die Beschwerdesymptomatik jedoch bei Vermeidung einer Überbeanspruchung der Lendenwirbelsäule und in Ruhe nur gering ausgeprägt sei, bestehe nur eine leichte Einschränkung in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit infolge eines gering erhöhten Pausenbedarfs.

E. 5.3.2.5

Betreffend die funktionellen Auswirkungen der Befunde respektive Diagnosen hielten die Gutachter fest, dass aufgrund des vor allem belastungsabhängigen Kreuzbeinschmerzes links mit zusätzlichem leichtem Ruheschmerz bestehe eine reduzierte körperliche Belastbarkeit. Vor allem durch eine vermehrte Belastung der Lendenwirbelsäule komme es zu einer Verschlechterung der Symptomatik. Im Weiteren habe sich im Rahmen der Begutachtung kein Hinweis auf eine Persönlichkeitsentwicklung oder auf Aspekte mit relevantem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erbeben. In Bezug auf die Belastungsfaktoren stehe der vor allem belastungsabhängige Kreuzbeinschmerz links mit zusätzlichem leichtem Ruheschmerz im Vordergrund. Infolgedessen bestünden eine schlüssig nachvollziehbare Minderung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie vor allem eine Einschränkung bei Arbeiten mit einer vermehrten Belastung der Lendenwirbelsäule. Als berufliche Ressource erachteten die Gutachter die Möglichkeit zur Ausübung einer Tätigkeit mit leichter bis fallweise mittelschwerer körperlicher Belastung, welche zudem einen regelmässigen Wechsel der Arbeitsposition sowie vermehrte Ruhepausen erlaube, als gegeben. Dabei sollten das Heben von Gewichten über 15 kg sowie das Tragen von Gewichten über 10 kg, wobei beides grundsätzlich körpernah erfolgen sowie nicht repetitiv gefordert sein solle, vermieden werden. Ebenso sollten Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Brust- und Lendenwirbelsäule (z.B. vermehrte Rotationsbewegungen $> 30^\circ$ des Rumpfes bei fixiertem Stand der Beine oder vorgebeugte Arbeitszwangshaltungen $> 45^\circ$ ohne die Möglichkeit sich abzustützen) und in der tiefen Hocke sowie Arbeiten, welche mit vermehrtem Bücken unter Tischkantenniveau verbunden seien, vermieden werden. Wünschenswert wäre eine Anstellung bzw. Erwerbstätigkeit, bei welcher die Versicherte ihre Fachkenntnisse in der Physiotherapie einbringen könnte.

E. 5.3.2.6

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin seit Januar 2016 in ihrer erlernten und laufend ausgeübten Tätigkeit als selbstständige Physiotherapeutin zu 50 % und in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei. Sie wiesen darauf hin, dass die Reduktion der Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf den zu erwartenden erhöhten Pausenbedarf aufgrund der leicht ausgeprägten chronischen Schmerzkomponente gründe. In Bezug auf die Anwesenheit bestehe aus polydisziplinärer Sicht jedoch keine Einschränkung. In Beantwortung der fallspezifischen Fragen führten die Gutachter im Weiteren aus, dass sie die der mit Urteil mit Urteil C-1339/2017 vom 12. Juli 2017 aufgehobenen Verfügung vom 1. Februar 2017 zugrundeliegende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insofern bestätigen könnten, als von November bis Dezember 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit bestanden habe; auch sei schlüssig und nachvollziehbar, dass ab dem 6. Januar 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % im erlernten Beruf als Physiotherapeutin bestehe. Hingegen sei damals im Rahmen der Einschätzung betreffend leidensadaptierte

Tätigkeiten aus polydisziplinärer Sicht die chronische Schmerzsymptomatik unzureichend berücksichtigt worden, weshalb die Gutachter ab dem 6. Januar 2016 von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in leidensadaptierten Tätigkeiten ausgingen.

E. 5.4

Am 7. Februar 2019 nahm ein Gremium der Vorinstanz, welches sich aus den beiden Chef-Ärzten des IV-internen ärztlichen Dienstes respektive des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Dr. med. L._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie der Juristin N._____ zusammensetzte, zum polydisziplinären Gutachten vom 4. Oktober 2018 Stellung. Im Rahmen seiner Beurteilung mass das Gremium dem Gutachten vollen Beweiswert zu. Es führte aus, das Gutachten sei gemäss den versicherungsmedizinischen Richtlinien erstellt worden: es enthalte eine vollständige Anamnese, basiere auf umfassenden Untersuchungen und berücksichtige auch die geklagten Beschwerden der Versicherten; weiter sei die Beschreibung des medizinischen Kontextes sowie der medizinischen Situation schlüssig und die Schlussfolgerungen der Sachverständigen, welche über die notwendigen Qualifikationen verfügten, würden fundiert begründet. Auch würden die mit BGE 141 V 281 etablierten Standardindikatoren rechtsgenüßlich behandelt. Das Gremium schloss sich schliesslich auch der gutachterlichen Einschätzung betreffend die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Wesentlichen an. Es erachtete die Beschwerdeführerin ab dem 2. Oktober 2015 für sämtliche Tätigkeiten als arbeitsunfähig und attestierte ihr im Weiteren ab dem 6. Januar 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als gelernte Physiotherapeutin und von 80 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Bezüglich der adaptierten Tätigkeit nannten sie als Funktionseinschränkungen ebenfalls: kein Heben von Lasten von mehr als 15 kg und kein Tragen von Lasten von mehr als 10 kg, kein körpernahes Tragen von Lasten und kein wiederholtes Tragen (vgl. Dok. 244).

E. 5.5

Nachdem gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 4. Oktober 2019 wie auch auf die Stellungnahme vom 7. Februar 2019 der abschlägige Vorbescheid vom 26. März 2019 erlassen worden war, liess die Beschwerdeführerin am 29. April 2019 und am 22. Juli 2019 Einwände erheben und insbesondere eine Stellungnahme von Dr. med. F._____ vom 26. April 2019 nachreichen, der gemäss eigenen Angaben (vgl. Briefkopf [Dok. 260]) über die Weiterbildungstitel Facharzt für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden sowie Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie verfügen soll, indessen gemäss Eintrag im Medizinalberuferegister (unter seinem Namen «...» F._____ an derselben Geschäftsadresse) lediglich den erstgenannten Facharztstitel erworben hat (vgl. www.medregom.admin.ch, zuletzt besucht am 3. Mai 2021). Darin nennt Dr. med. F._____ unter Bezugnahme auf ein MRI vom 27. Juli 2017 die Diagnosen zervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom (PVS), Status nach mikrotechnischer Diskektomie L4/L5 links sowie degenerative Veränderung der LWS mit Diskopathie L4/L5 mit schweren osteochondrotischen Veränderungen und sekundärer Rezessusstenose beidseits L4/L5 mit konsekutiver klinischer Instabilität L4/L5. Im Weiteren führt er aus, die Problematik der Restbeschwerden sei im Gutachten überhaupt nicht besprochen bzw. es sei gar nicht darauf eingegangen worden. Infolge der bestehenden schweren degenerativen Veränderungen bei Status nach Diskektomie L4/L5 mit schwerer osteochondrotischen Veränderungen und konsekutiver Rezessusstenose L4/L5 beidseits sowie entsprechenden

Auswirkungen auf die Nachbarsegmente im Sinne eines Anschlusssegmentsyndroms habe die Versicherte insbesondere bei ihrer Tätigkeit als Physiotherapeutin aufgrund der positionsabhängigen Beschwerden besonders Mühe; sie sei in dieser Tätigkeit sicher höchstens zu 50 % belastbar respektive arbeitsfähig. Schliesslich kritisierte Dr. med. F._____ im Sinne eines paramedizinischen Faktors, dass die Beschwerdeführerin offenbar über eine Stunde vor drei Ärzten halb nackt habe dastehen müssen (ohne Büstenhalter, lediglich in Unterhose bekleidet), was sie als sehr demütigend empfunden habe. Dies sei für ihn unverständlich (vgl. Dok. 260).

E. 5.6

Aufgrund des nachgereichten Berichts vom 26. April 2019 sowie der mit Eingaben vom 29. April 2019 (Dok. 253) und vom 22. Juli 2019 (Dok. 259) geltend gemachten Einwände holte die Vorinstanz bei ihrem medizinischen Dienst weitere Stellungnahmen ein:

E. 5.6.1

Dr. med. O._____, Fachärztin für Rheumatologie, hielt am 31. Juli 2019 fest, dass die Einwände der Beschwerdeführerin und auch der Bericht von Dr. med. F._____ vom 26. April 2019 keinen Anlass gäben, um das Gutachten in Frage zu stellen. Dem geltend gemachten Vorwurf, die Gutachter hätten die Opiatbehandlung nicht berücksichtigt, widersprach die IV-Ärztin. Sie führte aus, auf Seite 5 des Gutachtens werde ausgeführt, dass die Versicherte regelmässig Schmerzmittel der Stufe 2 und bei Bedarf der Stufe 3 nehme. Ausserdem stehe auf Seite 12 des Gutachtens, dass Oxycodon 10 mg einmal im Monat auf Reserve und Hydrocodon 5 mg wöchentlich auf Reserve eingenommen würden. Im Weiteren würden auf der Seite 21 die Bedarfsbehandlung mit Opiaten und auf der Seite 44 die analgetische Behandlung einzeln aufgeführt. Schliesslich werde im Gutachten auch ausgeführt, dass die Opiat-Therapie von der Versicherten lediglich auf Bereitschaftsbasis eingenommen werde und die Dosierungen gemäss Ausführungen auf Seite 26 des Gutachtens nachweislich unter dem therapeutischen Fenster lägen. Bezüglich des Einwands der Beschwerdeführerin, es handle sich hauptsächlich um muskuläre Beschwerden, weshalb ein Rheumatologe statt eines Orthopäden die Begutachtung hätte durchführen müssen, entgegnete Dr. med. O._____, dass der Ursprung des Schmerzes nicht muskulär, sondern spinal sei. Zudem behandle ein Orthopäde den gesamten Bewegungsapparat. Ebenso hätten die Gutachter entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ihre Schmerzbeschwerden detailliert behandelt und auch die verbliebenen postoperativen Beschwerden im Gutachten - auf den Seiten 5, 11, 43 und 44 - berücksichtigt. Schliesslich hielt die IV-Ärztin fest, dass entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin und von Dr. med. F._____ die degenerativen Veränderungen von den Gutachtern bei der Diagnosestellung berücksichtigt worden seien, wobei sie sich auch auf neuere Röntgenaufnahmen vom 15. August 2018 gestützt hätten. Ausserdem bestätige auch Dr. med. F._____ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % im angestammten Beruf. Zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit äussere sich Dr. med. F._____ hingegen nicht (vgl. Dok. 263).

E. 5.6.2

Dr. med. P._____, Facharzt für Psychiatrie, teilte am 16. August 2019 mit, dass die Beschwerdeführerin keine Kritiken betreffend das psychiatrische Gutachten im eigentlichen Sinn vorbringe. Bemängelt werde lediglich die kurze Zeit der psychiatrischen Exploration und dass sich der Gutachter lange über Anstellungsmöglichkeiten in Kalifornien ausgelassen habe. Dr. med. F._____ bemängle das psychiatrische Gutachten überhaupt

nicht, sondern lediglich, dass die Versicherte über eine Stunde halbnackt von drei Männern zur Schau gestellt worden sei. Da sich Dr. med. P. _____ ausser Stande sah, sich zu beiden Kritiken, die im Grunde die Qualität des psychiatrischen Gutachtens nicht betreffen, zu äussern, empfahl er die Kritiken und seine Stellungnahme den Gutachtern vorzulegen (vgl. Dok. 264).

E. 5.6.3

Da die Exploration mittlerweile über 300 Tage in der Vergangenheit lag, ersuchte die Vorinstanz Dr. med. M. _____, Facharzt für Psychiatrie, um eine Zweitmeinung (vgl. Dok. 265). Dieser bestätigte am 21. August 2019, dass zum Inhalt des psychiatrischen Teilgutachtens keine Einwände vorgebracht würden. Zusätzlich wies Dr. med. M. _____ darauf hin, dass gemäss Rechtsprechung von einer Dauer einer gutachterlichen Exploration nicht auf die Aussagekraft des Gutachtens rückgeschlossen werden könne. Das polydisziplinäre Gutachten erfülle, wie bereits mit Stellungnahme vom 7. Februar 2019 vermerkt, die zu erwartenden formalen und inhaltlichen Anforderungen vollumfänglich. Im Weiteren sei es üblich, dass von der zu untersuchenden Person erwartet werde, sich für die somatische ärztliche Exploration teilweise zu entkleiden (vgl. Dok. 266).

E. 6.1

Das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten der C. _____ vom 4. Oktober 2018 beruht auf einer detaillierten Anamneseerhebung, den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, setzten sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander und nahmen eine interdisziplinäre Beurteilung vor. Die vorgenommenen Schlussfolgerungen werden für den Rechtsanwender nachvollziehbar begründet, wobei auch eine Auseinandersetzung mit den früheren medizinischen Beurteilungen - insbesondere derjenigen, welche der mit Urteil C-1339/2017 vom 12. Juli 2017 aufgehobenen Verfügung vom 1. Februar 2017 zugrunde lag (vgl. Dok. 63 und 75) - stattfindet. Im Gutachten werden dabei nicht nur im Fachgebiet der Psychiatrie die mit BGE 141 V 281 etablierten Standardindikatoren beantwortet, sondern die Fragen bezüglich Konsistenz, Plausibilität, Fähigkeiten der Versicherten sowie Ressourcen und Belastungen der Versicherten etc. werden in sämtlichen Teil-Gutachten eingehend gewürdigt und beantwortet. Das Gutachten der C. _____ vom 4. Oktober 2018, dem sich auch die Ärzte der Vorinstanz Dr. med. L. _____, Dr. med. M. _____, Dr. med. O. _____ sowie Dr. P. _____ (vgl. Stellungnahmen vom 7. Februar 2019 [Dok. 244], vom 31. Juli 2019 [Dok. 263], vom 16. August 2019 [Dok. 264] und vom 21. August 2019 [Dok. 266]) vollumfänglich angeschlossen haben, entspricht in Bezug den allgemeinen rechtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. E. 4.6 hiervor), weshalb ihm dem Grundsatz nach Beweiswert zukommt.

E. 6.2

Gestützt auf das Gutachten der C. _____ ist erstellt, dass lediglich die Diagnosen aus den Fachdisziplinen Orthopädie und Neurologie Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben. So legen sie nachvollziehbar und schlüssig dar, dass die Diagnosen chronischer radikulärer Kreuzbeinschmerz links - wobei sich die Schmerzen bei Belastung aufgrund der im Vordergrund stehenden lokalen lumbalen Symptomatik verstärken - mit einer leichten Lähmung der L5 versorgten Muskulatur bei bekannten

degenerativen Veränderungen und Zustand nach einer Bandscheibenoperation L4/5 (ICD-10 M51.1 und M54.4) sowie Radikulopathie L5 links (ICD-10 M51.1) bei Status nach mikrotechnischer Diskektomie L4/L5 links am 16. November 2015 sowie bei residueller Fussheber- und Grosszehenheberparese links und leichter Parese des M. gluteus medius links Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen, während die weiteren, unter Ziff. 4.2.2 des Gutachtens (vgl. Dok. 64 S. 40) aufgeführten internistischen und psychiatrischen Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Insbesondere wird überzeugend dargelegt, weshalb aus psychiatrischer Sicht einzig die Diagnose Aviophobie (ICD-10: spezifische Phobie - F40.2) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen ist und für weitere psychische Störungen keine Anhaltspunkte bestehen. Dabei gehen die Gutachter insbesondere auch auf die bei der Beschwerdeführerin vorhandene Schmerzproblematik ein und legen im Rahmen der diagnostischen Herleitung schlüssig und nachvollziehbar dar, dass für die Schmerzen klare pathophysiologische Ursachen vorliegen und aus psychiatrischer Sicht aktuell weder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) noch eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) zu diagnostizieren sind (vgl. dazu insb. Dok. 239 S. 26-28). Im Weiteren gehen die Gutachter entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin auch auf die Opiat-Therapie sowie die Einnahme von Benzodiazepinen ein und legen - unter gleichzeitigem Hinweis auf Optimierungsmöglichkeiten bezüglich der Medikation - einlässlich dar, dass aktuell keine Anhaltspunkte für eine Abhängigkeit oder Suchtproblematik von diesen Substanzen vorliegen (vgl. Dok. 239 S. 26-28). Schliesslich wird auch nachvollziehbar erläutert, dass die angeführten Schlafprobleme aus gutachterlicher Sicht nicht überwiegend psychisch bedingt, sondern ebenfalls durch die Schmerzen verursacht werden, so dass kein gesicherter Anhalt für eine nichtorganische Insomnie (ICD-10: F51.0) besteht. Sie weisen zutreffend darauf hin, dass die Insomnie auch von hausärztlicher Seite her mit dem Diagnosecode 780.52 (Insomnia, unspecified) gemäss der vor allem in den USA gebräuchlichen, an die klinischen Bedürfnisse angepassten Version ICD-9 (entspricht ICD-10: G47.00) versehen wird.

E. 6.3

Schliesslich legen die Gutachter aufgrund ihrer Befunderhebung und Diagnosestellung für den Rechtsanwender schlüssig und nachvollziehbar dar, weshalb die Beschwerdeführerin seit dem 1. Januar 2016 in ihrem angestammten Beruf als Physiotherapeutin nur noch zu 50 % und in einer ihren Leiden angepassten Verweistätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist (vgl. dazu insb. Dok. 239 S. 6 f. Ziff. 4.5 bis Ziff. 4.9).

E. 6.4

Die Beschwerdeführerin bringt nichts vor, was auch nur geringe Zweifel am Gutachten der C._____ vom 4. Oktober 2018 sowie der vorinstanzlichen Einschätzung des medizinischen Sachverhalts aufkommen liesse. Zunächst ist zum formellen Einwand der Beschwerdeführerin, es sei im Bereich der Orthopädie und Neurologie «offenbar» ein dritter Arzt beigezogen worden, der weder ihr noch ihrem Rechtsvertreter vorgängig vorgestellt worden sei und im Gutachten auch nicht genannt werde, darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um den im Gutachten der C._____ sehr wohl aufgeführten Dr. med. H._____, Assistenzarzt Neurologie, handelt (vgl. Hauptgutachten S. 2, Dok. 239, und neurologisches (Teil-)Gutachten eingangs, Dok. 239 S. 10). Die Verantwortung für die fachliche Güte des neurologischen Teil-Gutachtens trug indes der neurologische Gutachter Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie, welcher das Gutachten mitunterzeichnet hat

(vgl. Dok. 239 S. 9) und welcher der Beschwerdeführerin vorgängig sowohl von der C._____ mit Schreiben vom 18. Juni 2018 (Dok. 219) als auch von der Vorinstanz mit Schreiben vom 21. Juni 2018 (Dok. 221) bekannt gegeben worden war. Dass Dr. H._____ anstelle oder in Abwesenheit von Dr. G._____ begutachtet haben sollte, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend und ergibt sich auch nicht aus den Akten. Die blosser Mitbeteiligung von Dr. med. H._____ bildet jedenfalls für sich allein keinen Anlass, dem Gutachten den Beweiswert abzusprechen (vgl. Urteil des BGer 8C_309/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 4.3). Nicht nachvollziehbar ist im Weiteren der Einwand, die Beschwerdeführerin sei nicht von einem Wirbelsäulenspezialisten untersucht worden. Denn als Facharzt für Orthopädie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates verfügt Dr. med. univ. K._____ über die notwendigen fachlichen Qualifikationen, um die Wirbelsäulenleiden der Beschwerdeführerin zu untersuchen und zu beurteilen (die Wirbelsäule bildet integrierender Bestandteil der Weiterbildung im Fachbereich Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vgl. www.siwf.ch/files/pdf21/orthopaedische_chirurgie_version_internet_d.pdf, insb. Ziff. 1.2 und Anhang 1, letztmals konsultiert am 3. Mai 2021). Dessen österreichischer Facharztstitel wurde am (...) von der Schweiz anerkannt und ist damit dem FMH-Facharztstitel gleichwertig (www.medregom.admin.ch, letztmals konsultiert am 3. Mai 2021). Mit Blick auf die stattgehabte Wirbelsäulen-OP vom 16. November 2015 (vgl. Dok. 166) und mangels einer muskulären Schmerzursache (vgl. dazu die schlüssige Stellungnahme von Dr. med. O._____ [E. 5.5.1 hiervor]) ist im Übrigen nicht zu beanstanden, dass die Gutachter - entgegen der Rückweisungsanordnung des Bundesverwaltungsgerichts - im Rahmen ihres pflichtgemäss ausgeübten Ermessens (vgl. dazu BGE 139 V 349 E. 3.3) eine orthopädische statt rheumatologische Begutachtung vorgenommen haben. Auch das von der Beschwerdeführerin geschilderte subjektive Erleben der ärztlichen (somatischen) Untersuchung und die damit verbundene, geltend gemachte fehlende Vertrauensbindung zu den Gutachtern vermögen aufgrund einer objektiven Betrachtung mangels konkreter, ihre Sicht stützende Anhaltspunkte in den Akten und widersprüchlicher zeitlicher Angaben keine Zweifel an den gutachterlichen Feststellungen und Beurteilungen zu begründen. Einerseits ist es notorisch, dass sich zu Untersuchende für eine somatische Untersuchung teilweise zu entkleiden haben. Dies darf im Rahmen der notwendigen und zumutbaren medizinischen Untersuchung von den Versicherten erwartet werden (vgl. Art. 43 Abs. 2 ATSG), obwohl dies nicht angenehm ist. Andererseits ist es nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdeführerin nicht nach Bekanntgabe der rein männlichen Gutachter (vgl. Dok. 219 und 221) oder zumindest spätestens zu Beginn der Exploration, auf welche sie sich stillschweigend eingelassen hat, unter Verweis auf die in den USA übliche Praxis um Anwesenheit einer weiblichen Mitarbeiterin der Gutachterstelle ersucht hat. Im Zusammenhang mit der geltend gemachten fehlenden Vertrauensbindung ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass sich diese nicht auf das Gutachten auswirkte, wird doch der Beschwerdeführerin von sämtlichen Gutachtern eine uneingeschränkte Kooperation und Motivation während der Untersuchung attestiert (vgl. Dok. 239 S. 14, S. 25, S. 38 und S. 47 je Ziff. 4.1). Im Übrigen würde vorliegend die Anrufung von Befangenheitsgründen erstmals mit dem vorläufigen Einwand vom 29. April 2019, d.h. rund 8 Monate nach durchgeführter Untersuchung und 6 Monate nach Erhalt des Gutachtens erfolgen (vgl. Dok. 242; im Einwand vom 22. Juli 2019, dem die Versicherte den von Dr. F._____ zu Händen ihres Rechtsvertreters erstellten Beurteilungsbericht vom 26. April 2019 beifügt, liess die Beschwerdeführerin nur noch ausführen, das Gutachten vermöge nicht in allen

Teilen zu überzeugen), mithin verspätet (vgl. etwa Urteil des BGer 8C_41/2019 vom 9. Mai 2019 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 145 V 66 E. 4.3).

E. 6.5

Im Weiteren wird entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin das Verhebetauma als initiales Ereignis für die Beschwerden sehr wohl im Gutachten erwähnt (vgl. Dok. 239 S. 5 Ziff.4.1, S. 11 Ziff. 3.2.1, S. 16 Ziff. 6.1, S. 21 Ziff. 3.2.1, S. 22 Ziff. 3.2.5, S. 29 Ziff. 7.1 und S. 44 Ziff. 3.2.1). Ebenso wird im Gutachten auf die berufliche Tätigkeit der Beschwerdeführerin detailliert eingegangen (Dok. 239 S. 12 Ziff. 3.2.5 f., S. 14 Ziff. 3.2.12, S. 17 Ziff. 7.1, S. 22 Ziff. 3.2.5 bis 3.2.7, S. 24 Ziff. 3.2.12, S. 29 Ziff. 7.1, S. 37 Ziff. 3.2.5 f., S. 45 Ziff. 3.2.5 f., S. 47 Ziff. 3.2.12 und S. 52 Ziff. 7.1) und insbesondere auch ihre Spezialisierung erwähnt (Dok. 239 S. 31 Ziff. 7.4). Auch sind keine Diskrepanzen in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwischen den Gutachtern und den behandelnden Ärzten erkennbar. Die wenigen Behandlungsberichte, welche eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit enthalten (so Dok. 1, Dok. 29-31 und Dok. 260 sowie Beilagen 2 und 3 zu BVGer-act. 1), äussern sich diesbezüglich - sofern ihnen überhaupt Beweiswert zugemessen werden kann (vgl. E. 4.6 hiervor) - lediglich in Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Physiotherapeutin. Hierbei besteht zwischen den Gutachtern und den behandelnden Ärzten jedoch Einigkeit, dass die Beschwerdeführerin diesen Beruf aufgrund des Anforderungsprofils nur noch zu 50 % ausüben kann. Zur Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Verweistätigkeit äussern sich die behandelnden Ärzte hingegen nicht.

E. 6.6

Bezüglich der im Beschwerdeverfahren erneut vorgetragene Behauptung, die Gutachter hätten der opioidhaltigen Medikamenteneinnahme bei der Beurteilung keine Beachtung geschenkt, ist darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz bereits in der angefochtenen Verfügung vom 27. August 2019 unter Bezugnahme auf die eingeholten Stellungnahmen ihres IV-internen ärztlichen Dienstes (vgl. Dok. 263 f. und Dok. 266) einlässlich und zutreffend dargelegt hat, dass die Gutachter diesen Aspekt sehr wohl berücksichtigt haben (vgl. dazu das Gutachten [Dok. 239] auf den S. 5, S. 12, S. 21, S. 26, S. 29 f. und S. 44). Insbesondere hat die Vorinstanz zutreffend darauf hingewiesen, dass im Gutachten ausgeführt wurde, die Opioid-Therapie der WHO Stufe 3 werde von den Versicherten nur bei Bedarf genommen und sowohl für Oxycodon als auch für Hydrocodon hätten sich Dosierungen unterhalb des therapeutischen Fensters gezeigt (vgl. Dok. 239 S. 5, S. 21, S. 26 und S. 29 f.; vgl. auch Dok. 263 und Dok. 266 sowie die im Beschwerdeverfahren eingeholten, schlüssigen Stellungnahmen des IV-internen ärztlichen Dienstes [Dr. med. O._____, Fachärztin für Rheumatologie, und Dr. med. M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie] vom 28. November 2019 und vom 11. Dezember 2019 [BVGer-act. 9 Beilagen 1-4]). Im Weiteren wurde im Zusammenhang mit diesen Schmerzmitteln und den Benzodiazepinen im psychiatrischen Teil-Gutachten nachvollziehbar und schlüssig eine Abhängigkeit respektive Suchtproblematik ausgeschlossen (vgl. E. 5.3.2.2 hiervor; Dok. 239 S. 28). Somit zielt auch der Hinweis der Beschwerdeführerin auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019 (publiziert als BGE 145 V 215) ins leere, mit welchem das höchste Gericht seine Rechtsprechung bezüglich Abhängigkeitssyndromen geändert und fortan auch bei Substanzkonsumstörungen - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens zwecks Ermittlung allfälliger Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als notwendigen Bestandteil der

Sachverhaltsabklärung erklärt hat. Auch die weiteren Einwände bezüglich des psychiatrischen Teil-Gutachtens erweisen sich als unbehelflich. Zu den inhaltlich vorgebrachten Rügen legt der von der Vorinstanz abermals konsultierte Psychiater Dr. med. M. _____ vom IV-internen ärztlichen Dienst mit Stellungnahme vom 11. Dezember 2019 (BVGer-act. 9 Beilage 4) einlässlich und zutreffend dar, dass der psychiatrische Gutachter die Schmerzen und die Medikation der Versicherten berücksichtigt hat, und eventuelle Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten wie auch den Affekt untersucht und (bei unauffälligem Befund) ausgeschlossen hat (vgl. dazu die psychiatrische Befunderhebung [Dok. 239 S. 25 Ziff. 4.3] sowie insb. die ausführliche Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens [Dok. 239 S. 30 ff. Ziff. 7.4]; im Weiteren E. 5.3.2.2 hiervor). Schliesslich finden sich - mit Ausnahme der eigenen Darstellung der Beschwerdeführerin - für die vorgetragene Behauptungen betreffend angebliche Aussagen des psychiatrischen Gutachters («Drogensüchtige», «Berufsberatung statt Exploration», «die IV zahle in gleichgelagerten Fällen keine Rente»), die dessen Voreingenommenheit belegen sollen, keinerlei Anhaltspunkte in den Akten. Im Gegenteil. Eine Abhängigkeit hat der Psychiater in seinem Teil-Gutachten explizit und einlässlich ausgeschlossen, in diesem Zusammenhang jedoch wegen möglicher problematischer Wechselwirkungen auch auf einen - aus seiner gutachterlichen Sicht bestehenden - Optimierungsbedarf der Medikation hingewiesen (vgl. Dok. 239 S. 28 Ziff. 6.1 und S. 29 f. Ziff. 7.2), dies in pflichtgemässer Ausübung seines Gutachtensauftrags, was ihm nicht zum Vorwurf gemacht werden kann. Was die angeblich ausschweifende Berufsberatung angeht, wird im Gutachten die Frage nach der Unterrichtstätigkeit transparent aufgeführt und gleichzeitig darauf hingewiesen, dass sich die Beschwerdeführerin eine solche nicht vorstellen könne (vgl. Dok. 239 S. 14 Ziff. 3.2.12, S. 24 Ziff. 3.2.12, S. 30 Ziff. 7.2 und S. 31 Ziff. 7.4). Auch hier kann eine pflichtgemässe einlässliche Exploration dem Gutachter nicht zum Vorwurf gemacht werden. Schliesslich erweist sich auch die angebliche Aussage des psychiatrischen Gutachters, wonach die IV in gleichgelagerten Fällen keine Rente zahle, mangels Substanziierung und konkreter Hinweise in den Akten als unbelegte Schutzbehauptung.

E. 6.7

Im Lichte des insgesamt Ausgeführten ist gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der C. _____ vom 4. Oktober 2018 davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin im angestammten Beruf als Physiotherapeutin eine Einschränkung von 50 % und in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit (leichte bis fallweise mittelschwere Arbeiten mit regelmässigem Wechsel der Arbeitsposition sowie vermehrten Ruhepausen; ohne Heben von Gewichten über 15 kg sowie ohne Tragen von Gewichten über 10 kg; beide Tätigkeiten sollten grundsätzlich körpernah und nicht repetitiv erfolgen; Vermeidung von Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Brust- und Lendenwirbelsäule, von tiefen Hocken sowie von Arbeiten, welche mit vermehrtem Bücken unter Tischkantenniveau verbunden sind) bei erhöhtem Pausenbedarf 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). Aus demselben Grund kann auf eine Befragung der Ärzte Dr. med. E. _____, Dr. med. D. _____ und Dr. med. F. _____ verzichtet und der entsprechende Antrag abgewiesen werden.

E. 7

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

E. 7.1

Die Vorinstanz geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden in Vollzeit einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde (zum invalidenrechtlichen Status vgl. BGE 141 V 15 E. 3.1). Diese Einschätzung ist unbestritten und ist mit Blick auf die vorliegenden gesamthaft zur Verfügung stehenden Akten ausreichend belegt (vgl. z.B. Dok. 173 und Dok. 239 S. 34 und S. 46). Demzufolge ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz zur Invaliditätsbemessung von einer Vollzeitbeschäftigung ausgegangen ist.

E. 7.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (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). Für die Bemessung der Invalidität einer im Ausland wohnhaften versicherten Person sind Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln (BGE 137 V 20 E. 5.2.3.2; Urteil des BGer 8C_300/2015 vom 10. November 2015 E. 7.1).

E. 7.3

Vorliegend wurde der Beginn des Wartejahrs (vgl. E. 4.2 hiervor) nicht explizit bestimmt. Die Gutachter haben sich allerdings in Beantwortung der ihnen vorgelegten Fragen dahingehend geäußert, dass eine im November und Dezember 2015 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der im November 2015 durchgeführten Operation bestätigt werden könne (Dok. 239 S. 8). Im Weiteren führte der neurologische Gutachter in seinem Teilgutachten aus, dass aus neurologischer Sicht im Oktober 2015 bereits eine Einschränkung von 20 % bestanden hat (vgl. Dok. 239 S. 17 Ziff. 7.1 und S. 18 Ziff. 8.1). Im Weiteren legte sich die Vorinstanz am 7. Februar 2019 im Rahmen medizinisch-juristischen Beurteilung des Gutachtens vom 4. Oktober 2018 dahingehend fest, dass die vollständige Arbeitsunfähigkeit bereits ab dem 12. Oktober 2015 eingetreten war (vgl. Dok. 244). Diese Einschätzung entspricht auch der Beurteilung von Dr. med. Q._____ vom 28. September 2016, der den Beginn der Arbeitsunfähigkeit mit dem Auftreten der Symptomatik begründete (vgl. Dok. 63). Aufgrund des Dargelegten ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Wartefrist spätestens im

Oktober 2015 zu laufen begann und im Oktober 2016 endete. Damit endet das Wartejahr im gleichen Monat wie die formelle Karenzfrist von sechs Monaten gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 4.3 hiervor). Somit ist der frühest mögliche Rentenbeginn aufgrund der im April 2016 und mithin verspätet erfolgten Anmeldung (vgl. Dok. 34) am 1. Oktober 2016. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

E. 7.4

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; 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C_567/2013 vom 30. Dezember 2013 E. 2.2.1).

E. 7.4.1

Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang zunächst, dass die Vorinstanz übersehen habe, dass sie selbstständig arbeite und nicht in einem Angestelltenverhältnis sei. Somit hätte sie zur Invaliditätsbemessung einen Betätigungsvergleich durchführen müssen, statt die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs zu wählen und sich dabei statistischer Werte des Bundesamtes für Statistik zu bedienen. Richtig ist der in diesem Zusammenhang geltend gemachte Einwand, dass der Griff zur Lohnstatistik gemäss konstanter Rechtsprechung subsidiärer Natur ist; das heisst, deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Validen- und/oder Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178E. 2.5.7 mit weiteren Hinweisen). Vorliegend wird, wie sich auch aus den Akten entnehmen lässt, von der Beschwerdeführerin selber stets betont (vgl. insb. Replik vom 11. März 2020 [BVGer-act. 14 Rz. 8 ff.]; vgl. auch oben Sachverhalt Bst. A. und nachfolgend E. 7.4.3), dass ihre selbstständige Erwerbstätigkeit - ungeachtet der Frage, ob es sich hierbei um die in Nachachtung der Schadenminderungspflicht geeignetste handelt (vgl. dazu E. 7.5 hiernach) - eine an ihre Leiden angepasste Tätigkeit sei, da die Selbstständigkeit es ihr ermöglichte, ihre Patienten respektive die Termine selbst einzuteilen, um so auf ihre Beschwerden Rücksicht nehmen zu können. Das heisst, die selbstständig ausgeübte Erwerbstätigkeit entsprach nie einer Vollzeitbeschäftigung. Demzufolge eignen sich die im Rahmen der selbstständigen Erwerbstätigkeit erzielte Einkommen vorliegend nicht, um das hypothetische Valideneinkommen, welches sich bei Selbstständigerwerbenden grundsätzlich anhand der Einträge im individuellen Konto (IK) bestimmt (vgl. Urteil des BGer 8C_450/2016 vom 6. Oktober 2016 E. 3.2.2), zu ermitteln. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz vorliegend zur Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens nicht das zuletzt erzielte Einkommen berücksichtigte, sondern sich (subsidiär) statistischer Werte bediente. Im Übrigen bediente sich auch die Beschwerdeführerin statistischer Werte, um das geltend gemachte höhere Valideneinkommen von jährlich Fr. 110'000.- bis Fr. 120'000.- zu begründen (vgl. Replik vom 11. März 2020 [BVGer-act. 14 Rz. 18]).

E. 7.4.2

Im Zusammenhang mit den statistischen Werten ist zu Recht unbestritten, dass Validen- und Invalideneinkommen grundsätzlich bezogen auf denselben Arbeitsmarkt zu ermitteln sind (vgl. E. 7.2. hier vor). Die Beschwerdeführerin wendet jedoch ein, es sei nicht nachvollziehbar, dass die Vorinstanz auf Tabellenlöhne der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt habe, da sie in den USA tätig sei und die Schweizer Statistik die Realität in den USA nicht abbilde. Der Einkommensvergleich sei deshalb gestützt auf den amerikanischen Arbeitsmarkt vorzunehmen. Hierfür bestünden amtliche, mithin verlässliche Statistiken in den USA. Um ihren Standpunkt zu belegen, reichte die Beschwerdeführerin einen Auszug des amerikanischen «Bureau of Labor Statistics» vom Mai 2018 betreffend das durchschnittliche Jahreseinkommen von Physiotherapeuten in den USA (sowie von den fünf Bundesstaaten mit dem höchsten Einkommen dieser Berufsgruppe) ein. Dabei scheint die Beschwerdeführerin allerdings zu übersehen, dass die Statistiken des «Bureau of Labor Statistics» (abrufbar unter www.bls.gov/oes/tables.htm, zuletzt besucht am 3. Mai 2021) keine geschlechtsspezifischen jährlichen Durchschnittslöhne ausweisen. Da auch in den USA nach wie vor Lohnunterschiede zwischen Frauen und Männern (sog. «gender pay gap») bestehen (vgl. dazu u.a. www.bls.gov/opub/mlr/1997/article/gender-differences-in-occupational-employment.htm und www.payscale.com/data/gender-pay-gap#section02, zuletzt besucht am 3. Mai 2021) und die Tabellen überdies weder Daten zur durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit noch Daten bezüglich unterschiedliche Kompetenzniveaus enthalten, eignen sich die entsprechenden Statistiken des amerikanischen Amtes vorliegend nicht, um einen rechtsgenügenden Einkommensvergleich durchzuführen. Aus diesen Gründen ist es nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz vorliegend mangels verlässlicher Daten für den Einkommensvergleich auf die Schweizer Lohnstrukturerhebung abgestellt und dazu die damals aktuellen Daten des Jahres 2016 verwendet hat.

E. 7.4.3

Schliesslich wendet die Beschwerdeführerin mit subsidiärer Begründung ein, selbst wenn auf die LSE abzustellen wäre, müsste ihr ein Valideneinkommen von mindestens Fr. 8'631.- pro Monat angerechnet werden. Soweit sich die Beschwerdeführerin zur Begründung auf den eingereichten Auszug des statistischen Lohnrechners «Salarium» des Bundesamtes für Statistik stützt (vgl. BVGer-act. 14 Beilage 2), ist ihr entgegenzuhalten, dass der eingereichte Auszug nicht die gesamte Schweiz, sondern lediglich die Region Nordwestschweiz berücksichtigt. Mit dem Lohnrechner «Salarium» lassen sich denn auch nur Löhne für eine bestimmte Region berechnen, welchen daher praxismässig keine Relevanz zukommt. Demzufolge ist gemäss konstanter Rechtsprechung - wie vorliegend von der Vorinstanz berücksichtigt - die LSE-Tabelle TA1 anzuwenden (vgl. statt vieler Urteil des BGer 8C_260/2020 vom 2. Juli 2020 E. 4.2.1). Die Vorinstanz hat dabei zur Ermittlung des Valideneinkommens zutreffend die Löhne des Sektors Gesundheit (86-88) herangezogen. Indessen ist der Beschwerdeführerin darin beizupflichten, dass die Vorinstanz vorliegend bei der Wahl des Kompetenzniveaus (Niveau 2: gemäss TA1 fallen darunter praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst) den Umständen des Einzelfalls zu wenig Beachtung geschenkt hat. Die Vorinstanz rechtfertigt ihre Wahl damit, dass ein höheres Valideneinkommen mit Blick auf das Jahr 2014 erzielte Einkommen unrealistisch sei. Dabei scheint die Vorinstanz zu übersehen, dass der in den Jahren vor der IV-Anmeldung vom 23. April 2016 erwirtschaftete Verdienst nicht im Rahmen einer

Vollzeitbeschäftigung, sondern im Rahmen eines Pensums von ca. 50 % erzielt wurde (vgl. z.B. die Angaben in den Fragebögen vom 1. August 2016 [Dok. 43] sowie die anlässlich der diverser medizinischen Untersuchungen getätigten Angaben). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin als Physiotherapeutin eine höhere Ausbildung absolviert hat (Studium Physiotherapie an der Universität R. _____). Im Weiteren war sie seit ihrem Abschluss im Mai 1987 bzw. ist sie immer noch in ihrem erlernten Beruf tätig; dies insbesondere auch nach ihrer Wohnsitznahme in den USA, wo sie zunächst noch eine Prüfung bestehen musste. Die Beschwerdeführerin verfügt mit über 30 Jahren über eine lange Praxiserfahrung und übt diesen Beruf zudem seit 2003 als Selbstständigerwerbende aus. Ungeachtet der Frage, ob sie - wie anlässlich der Begutachtung angegeben - tatsächlich über eine Weiterbildung für Becken-Boden-Training verfügt, kann vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sie sich über all die Jahre ein grosses Fachwissen als Physiotherapeutin angeeignet hat. Davon zeugt nicht zuletzt die Tatsache, dass sie auch dank ihres erworbenen Fachwissens (z.B. Therapieübungen zur Kräftigung des Bewegungsapparates) über eine lange Zeitdauer ihre seit 1997 dokumentierten lumbalen Beschwerden einigermassen «im Zaum» halten konnte. Des Weiteren ist der Beruf als Physiotherapeutin, deren Ausbildung nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch natur- und sozialwissenschaftliche Themen beinhaltet (vgl. dazu www.berufsberatung.ch/dyn/show/25279, zuletzt besucht am 3. Mai 2021), den komplexen praktischen Tätigkeiten zuzuordnen. Somit ist es gerechtfertigt, zur Ermittlung des Valideneinkommens auf das Kompetenzniveau 3 abzustellen (gemäss TA1: Komplexe praktische Tätigkeiten welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen). Die Anwendung des Kompetenzniveaus 4 (gemäss TA1: Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) rechtfertigt sich entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin hingegen nicht, enthalten die Akten doch keinerlei Anhaltspunkte, die für eine höhere Kaderfunktion sprächen.

E. 7.4.4

Aufgrund des Dargelegten ist für das Valideneinkommen somit auf das durchschnittliche monatliche Einkommen für Frauen des Sektors Gesundheits- und Sozialwesen (86-88) des Kompetenzniveaus 3 abzustellen, was einem Betrag von monatlich Fr. 6'504.- entspricht. Nach der Anpassung an die branchenübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41.6 Stunden (Tabelle T03.02.03.01.04.01 des Bundesamtes für Statistik [BFS] zur betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) resultiert ein Betrag von Fr. 6'764.16 ($[\text{Fr. } 6504 / 40] \times 41.6$).

E. 7.5

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. 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 insbesondere

die Tabellen der LSE herangezogen werden (statt vieler: BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f; 139 V 592 E. 2.3 S. 593 f.).

E. 7.5.1

Betreffend die aktuell ausgeübte Tätigkeit im angestammten Beruf bei einem Pensum von ca. 50 % ist zwischen der Beschwerdeführerin und der Vorinstanz umstritten, ob die Versicherte der ihr obliegenden Schadenminderungspflicht rechtsgenügend nachkommt. Gemäss überzeugendem Gutachten vom 4. Oktober 2018 schöpft die Beschwerdeführerin damit die ihr zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit voll aus. Allerdings verfügt sie auch gemäss demselben Gutachten in einer ihren Leiden am besten angepassten Tätigkeit aufgrund des erhöhten schmerzbedingten Pausenbedarfs über eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei einem Pensum von 100 %. Die Vorinstanz weist in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hin, dass Versicherte im Rahmen der ihnen obliegenden Schadenminderungspflicht gehalten sind, andere zumutbare Stellen in Betracht zu ziehen, welche die erwerbliche Verwertung ihrer Arbeitsfähigkeit besser gewährleisten. Die Anforderungen an die im gesamten Gebiet der Sozialversicherung geltende Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.2) sind dort strenger zu beurteilen, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130; Urteil des BGer 8C_7/2014 E. 8.1 mit Hinweisen). Das Kriterium der «voll ausgeschöpften Restarbeitsfähigkeit» soll im Übrigen nicht den Interessen der versicherten Person, sondern denjenigen der Invalidenversicherung dienen, indem sich die versicherte Person nicht auf ein tieferes Einkommen berufen kann, während ihr die Erzielung eines höheren zumutbar wäre (vgl. Urteile des BGer 8C_590/2019 vom 22. November 2019 E. 5.3; 9C_720/2012 vom 11. Februar 2013 E. 2.3.2). Wie jedoch sogleich aufgezeigt wird, spielt es vorliegend in erwerblicher Hinsicht keine Rolle, ob zur Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens auf die konkrete beruflich-erwerbliche Situation der Beschwerdeführerin abgestellt wird, oder ob hierfür den Leiden besser angepasste Verweistätigkeiten berücksichtigt werden. Beide Varianten führen in casu bezüglich des Rentenanspruchs zum gleichen Endergebnis.

E. 7.5.2

Stellt man auf die konkrete beruflich-erwerbliche Situation der Beschwerdeführerin ab, führt die im Umfang von 50 % ausgeübte angestammte Tätigkeit als selbstständige Physiotherapeutin zu einer Erwerbseinbusse bzw. zu einem IV-Grad von 50 % (vgl. oben E. 7.4.4 in fine: Fr. 6'764.- : 2 = Fr. 3382.-). Diese Erwerbseinbusse begründet einen Anspruch auf eine halbe IV-Rente, die gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG exportiert wird (vgl. E. 4.4 hiervor).

E. 7.5.3

Folgt man hingegen der vorinstanzlichen Betrachtungsweise ergibt sich das Nachfolgende:

E. 7.5.3.1

Die Vorinstanz hat zur Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens zu Recht auf die Tabelle TA1 der LSE 2016 abgestellt, da das Invalideneinkommen anhand desselben Arbeitsmarkts zu ermitteln ist. Nicht zu beanstanden ist im Weiteren, dass sie hierfür den Wert «Total Privater Sektor» (erste Zeile der Tabelle TA1) im Kompetenzniveau 1 berücksichtigt hat, welcher monatlich Fr. 4'363.- entspricht. Angepasst an branchenüblichen 41.7 Arbeitsstunden pro Woche resultiert ein Betrag von gerundet Fr. 4'548.43 ([Fr. 4'363.-

/ 40] x 41.7). Da die Beschwerdeführerin eine Verweistätigkeit lediglich noch zu 80 % ausüben kann, entspricht das Invalideneinkommen gerundet Fr. 3'638.74 (Fr. 4'548.43 x 0.8).

E. 7.5.3.2

Schliesslich hat die Vorinstanz unter Berücksichtigung aller persönlichen und beruflichen Umstände, insbesondere dem Alter (die Beschwerdeführerin war damals 56-jährig) bei Zumutbarkeit der Verweistätigkeiten, den funktionellen Einschränkungen sowie der Tatsache, dass die Auswirkung des Gesundheitsschadens bereits in die Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit einbezogen wurde, einen leidensbedingten Abzug von 20 % gewährt. Auf den ersten Blick erscheint dieser Abzug - wie die Vorinstanz selbst ausgeführt hat - etwas grosszügig. Die Frage kann jedoch mit Blick auf das Nachfolgende offengelassen werden. Denn aufgrund der von der Vorinstanz genannten Gründe wäre zumindest ein leidensbedingter von 10 % angemessen, wobei auch dieser weniger grosszügig ausfallende leidensbedingte Abzug nichts am Resultat ändern würde. Ein leidensbedingter Abzug von 10 % führte nämlich zu einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 3'274.87 (Fr. 3'638.74 x 0.9); daraus ergäbe sich eine Erwerbseinbusse (= IV-Grad) von 51.59 %, gerundet 52 % [(Fr. 6'764.16 - Fr. 3'274.87) x 100 / Fr. 6'764.16]. Und beim von der Vorinstanz gewährten leidensbedingten Abzug von 20 % resultierte ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 2'910.99 (Fr. 3'638.74 x 0.8), was zu einer Erwerbseinbusse von 56.97 %, gerundet 57 % führt. Beide Ergebnisse begründen ebenfalls einen Anspruch auf eine halbe IV-Rente, die gemäss Art. 29 Abs. 4 IVG exportiert wird (vgl. E. 4.4 hiervor).

E. 8

Im Lichte des insgesamt Ausgeführten ist zusammenfassend festzuhalten, dass das im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholte polydisziplinäre Gutachten der C. _____ vom 4. Oktober 2018 den allgemeinen rechtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten entspricht. Aufgrund des vollständig erhobenen medizinischen Sachverhalts steht fest, dass die Beschwerdeführerin in ihrem angestammten Beruf als praktizierende Physiotherapeutin lediglich noch zu 50 % arbeitsfähig ist, hingegen in einer ihren Leiden angepassten Verweistätigkeit noch über eine Leistungsfähigkeit von 80 % bei einem Pensum von 100 % verfügt. Im Weiteren hat die Vorinstanz den Einkommensvergleich mangels rechtsgenügender statistischer Daten betreffend den amerikanischen Arbeitsmarkt zu Recht gestützt auf die LSE 2016 durchgeführt und dabei beim Valideneinkommen zutreffend den Sektor Gesundheits- Sozialwesen sowie beim Invalideneinkommen zutreffend das Total der Tabelle TA1 berücksichtigt. Jedoch hat die Vorinstanz bei der Ermittlung des Valideneinkommens der Ausbildung und der langjährigen Erfahrung der Beschwerdeführerin zu wenig Beachtung geschenkt und deshalb zu Unrecht auf das Kompetenzniveau 2 statt auf das Kompetenzniveau 3 abgestellt. Der infolge dessen korrigierte Einkommensvergleich führt daher - unabhängig davon, ob ein leidensbedingter Abzug von 10 % oder von 20 % zu gewähren ist - zu einem IV-Grad, welcher einen Anspruch auf eine halbe IV-Rente begründet. Zum gleichen Ergebnis hinsichtlich IV-Grad führt die Ausübung der angestammten Tätigkeit im noch möglichen Umfang von 50% (vgl. oben E. 7). Die Beschwerde wird daher insofern uns insoweit teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 27. August 2019 aufgehoben und festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf eine (exportierbare) halbe IV-Rente hat. Die nachzuzahlende Rente ist - da die Beschwerdeführerin ihren

Mitwirkungspflichten nachgekommen ist - nach den Voraussetzungen von Art. 26 Abs. 2 ATSG gegebenenfalls zu verzinsen.

E. 9

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 9.1

Das Beschwerdeverfahren ist grundsätzlich kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis und 2 IVG), wobei die Verfahrenskosten gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden. Unterliegt diese nur teilweise, so werden die Verfahrenskosten ermässigt. Den Vorinstanzen werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG). Die Verfahrenskosten sind vorliegend auf Fr. 800.- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist von einem je hälftigen Unterliegen der Parteien auszugehen. Da die nachfolgend angeführte Rechtsprechung zur Parteientschädigung bei «Überklagung» in Rentenangelegenheiten auf die Gerichtskosten nicht anwendbar ist (vgl. Urteile des BGer 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.2 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.3), sind die Verfahrenskosten der teilweise unterliegenden Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.- aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.- ist zur Bezahlung des Anteils der Beschwerdeführerin an den Verfahrenskosten zu verwenden. Der Restbetrag von Fr. 400.- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils auf ein von ihr zu bezeichnendes Konto zurückzuerstatten. Der teilweise unterliegenden Vorinstanz sind keine Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

E. 9.2

Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht (VGKE, SR 173.320.2) Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Verwaltung. Da keine Kostennote eingereicht wurde, ist die Entschädigung aufgrund der Akten festzusetzen (Art. 14 Abs. 2 Satz 2 VGKE). Unter Berücksichtigung des Verfahrensausgangs, des gebotenen und aktenkundigen Aufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens ist eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.- (inkl. Auslagen, ohne Mehrwertsteuer; Art. 9 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 10 Abs. 2 VGKE) angemessen. In der vorliegenden Konstellation war das Quantitativ einer Leistung streitig, sodass von einem Obsiegen im Grundsatz und einem lediglich im Masslichen teilweisen Unterliegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist. Die Parteientschädigung bei «Überklagung» in Rentenangelegenheiten ist gestützt auf das Urteil des BVer C-3300/2016 vom 18. März 2019 E. 10.2 ff. und in Anwendung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gemäss Urteil 9C_288/2015 E. 4.2 zu beurteilen (vgl. auch Urteile des BGer 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1 und 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1; 9C_466/2007 vom 25. Januar 2008 E. 5; BGE 117 V 401 E. 2c). Die Beschwerdeführerin hat folglich Anspruch auf eine volle Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'800.- zu Lasten der Vorinstanz. Als Bundesbehörde hat die IVSTA keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). (Das Dispositiv befindet sich auf der nächsten Seite)

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