Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. April 2019 (720 18 322 / 94)

Invalidenversicherung

Verschlechterung des Gesundheitszustands wurde nicht nachgewiesen, weshalb das Revisionsgesuch der versicherten Person zu Recht abgelehnt wurde; Prozentvergleich

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Margit Campell
Parteien	**A.____,** Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach gegen **IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin
Betreff	IV-Rente

A.1 Die 1962 geborene, zuletzt bis Ende September 2014 in einem 50%igen Pensum als Sachbearbeiterin bei der B.____ AG angestellt gewesene A.____ meldete sich am 19. Juni 2008 unter Hinweis auf Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und der erwerblichen Verhältnisse sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) der Versicherten mit Wirkung ab 1. Februar 2008 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente, ab 1. Juli 2008 bei einem

Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente, ab 1. November 2008 bei einem Invaliditätsgrad von 75 % eine ganze Rente und ab 1. Oktober 2009 bei einem 50%igen Invaliditätsgrad wieder eine halbe Rente zu. Im Rahmen eines im März 2013 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens bestätigte die IV-Stelle den Anspruch der Versicherten auf eine halbe Rente.

A.2 Im April 2014 meldete die Versicherte der IV-Stelle eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, worauf diese eine Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse veranlasste. Gestützt auf die Ergebnisse dieser medizinischen Untersuchungen und der ebenfalls durchgeführten beruflichen Abklärungen gelangte sie zur Auffassung, dass sich der Gesundheitszustand von A.____ nicht relevant verschlechtert habe. Die IV-Stelle bestätigte deshalb nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 30. August 2018, dass die Versicherten weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente habe.

B. Gegen diese Verfügung erhob A._____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 1./23. Oktober 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihr mit Wirkung ab dem frühest möglichen Zeitpunkt eine ganze Rente, eventualiter eine Dreiviertelrente auszurichten; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass sich die IV-Stelle in ihrem Entscheid auf unzureichende medizinische Berichte stütze.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 8. November 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielt die Beschwerdeführerin in ihrer Replik vom 4. März 2019 an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren und den bisherigen Vorbringen fest. Die IV-Stelle verzichtete mit Schreiben vom 8. März 2019 auf die Einreichung einer Duplik.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 1./23. Oktober 2018 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle das von der Versicherten gestellte Begehren um Erhöhung des Rentenanspruchs zu Recht abgewiesen hat. Massgebend für diese Beurteilung

sind die tatsächlichen Verhältnisse bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. August 2018.

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

4.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

4.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

5.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den

Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs (Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelsrente, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (BGE 134 V 131 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, wozu namentlich der Gesundheitszustand gehört. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden. Umgekehrt ist - bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand - eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt, revisionsrechtlich von Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen). Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

5.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3) zurückzuführen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

5.3 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 30. Juni 2011 eine Rente zu. Im Rahmen eines im März 2013 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens verzichtete sie auf eine einlässliche ma-

terielle Prüfung des Rentenanspruchs mit vertieften medizinischen und erwerblichen Abklärungen. Nachdem die Beschwerdeführerin im April 2014 mitteilte, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, nahm die IV-Stelle eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs vor und untersuchte den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig. Gestützt auf diese Ergebnisse bestätigte sie die laufende halbe Rente der Versicherten mit Verfügung vom 30. August 2018. Nach dem Gesagten beurteilt sich somit die Frage, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist, die eine revisionsweise Erhöhung der bis anhin ausgerichteten halben Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 30. Juni 2011 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. August 2018.

6.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person 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 mit weiteren Hinweisen).

6.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

6.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft

zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

7. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungs-pflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

8.1 Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand und - damit einhergehend - der Grad der Arbeitsfähigkeit der Versicherten seit der erstmaligen Berentung im Jahr 2011 in einer anspruchserheblichen Weise verschlechtert haben.

8.2 In der ursprünglichen Verfügung vom 30. Juni 2011, aufgrund welcher die Versicherte seit 1. Oktober 2009 eine unbefristete halbe Rente bezieht, stützte sich die IV-Stelle auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. C.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, vom 2. Februar 2010. Dieser diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom, diskrete rotatorenmanschetten-tendopathische Schulterschmerzen links sowie eine leichte Epicondylopathie humeri radialis beidseits. Dr. C.____ kam aufgrund seiner Untersuchung zum Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit wie auch in jeder Verweistätigkeit, welche körperlich leichter Natur sei, eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bestehe. Das Zumutbarkeitsprofil umfasse Tätigkeiten, welche nicht in signifikant gebückter Haltung oder über Kopf zu verrichten seien und kein repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 2 - 3 kg und ohne monotone Körperpositionen einnehmen zu müssen, beinhalteten. Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum in entsprechenden Tätigkeiten sei mit einer durch das degenerative Wirbelsäulenleiden hervorgerufenen Dysfunktion mit Einschränkung der Beweglichkeit und mit Schmerzen zu begründen.

8.3.1 Im Rahmen des im April 2014 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens holte die IV-Stelle ein bidisziplinäres Gutachten bei den Dr. med. D.____, FMH Neurologie, und Dr. med. E.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, ein, das am 27. April 2015 erstattet wurde. Dr. D.____ diagnostizierte aus neurologischer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine radikuläre Reiz- und Ausfallsymptomatik S1 linksbetont bei breitbasiger Diskushernie L5/S1 mit möglichem Kontakt zur Wurzel S1 links sowie ein Lumbovertebralsyndrom bei Zustand nach semirigider Stabilisation am 7. November 2007 auf Höhe L4/5. Aufgrund der intermittierenden Radikulopathie S1 bestehe eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in angepassten Tätigkeiten, welche ohne wesentliche Belastung der Körperachse mit der Möglichkeit, wechselnd sitzend und stehend zu arbeiten, sowie ohne erhöhte Anforderung an die Geh- und Stehfähigkeit ausgeübt werden könnten.

Dr. E.____ nannte folgende rheumatologische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Lumbovertebrales und intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.4) und intermittierendes radikuläres Syndrom S1 (ICD-10 M53.1) bei lumbosakraler sowie epifusioneller Überlastungssymptomatik L3/4 und L5/S1 sowie Vorfusskorrektur links im Bereich des 5.

Zehenstrahls am 1. April 2015 mit noch eingeschränkter Belastbarkeit und auch Gefühlsstörungen, regredient und mit guter Prognose. Bezüglich der Rückenschmerzsymptomatik könne klinisch eine epifusionelle Segmentdegeneration L3/4 beidseits sowie eine subfusionelle Überlastungszone lumbosakral L5/S1 in der SPECT-CT-Untersuchung 2015 objektiviert werden. Das Auftreten einer solchen Überlastungssymptomatik in den Nebensegmenten nach Spondylodese sei nicht selten und trete variabel einige Jahre nach einer Wirbelsäulenoperation auf. Da eine adäquate muskuläre Stabilisierungsfähigkeit fehle, sei es der Beschwerdeführerin nicht möglich, die lumbovertebralen Segmente adäquat zu kräftigen, was sich in einer deutlichen Haltungsinsuffizienz bei myostatischer Dysbalance der tiefen autochtonen Rückenmuskulatur und Überreaktion der Erecto spinae-Muskelsysteme zeige. Somit seien die Tragefunktion, das Aufrichten sowie Tätigkeiten in gebeugter Haltung nachvollziehbar eingeschränkt. Weiter führte Dr. E.____ aus, dass eine wichtige - bisher nicht gestellte - Diagnose bei der Beschwerdeführerin die Fibromyalgie respektive das Widespread Pain Syndrom sei, welche bereits einige Jahre vor Auftreten der Rückenschmerzen begonnen habe. Die Beschwerden mit Polyarthralgien und muskulären Schmerzen sowie teilweiser Leistungsminderung und Erschöpfbarkeit seien zwar vorhanden gewesen, hätten aber jeweils gut kompensiert werden können. Die Wirbelsäulenoperation im Jahr 2007 und die Krankheitsepisoden im Jahr 2013 hätten die Kompensationsmöglichkeiten versagen lassen, sodass nunmehr das Vollbild eines Fibromyalgiesyndroms zum Tragen gekommen sei. Aktuell bestehe eine Ganzkörperschmerzhaftigkeit mit typischen Arthralgien und Myalgien, ohne Zeichen einer rheumatologischen entzündlichen Grunderkrankung. Die fibromyalgieformen Reizerscheinungen seien im Bereich des ganzen Körpers vorhanden und würden insbesondere die somatische Beschwerdesituation mit ausgeprägten Schmerzen im unteren Rücken überlagern. Neben den Schmerzlokalisationen seien auch eine ausgeprägte Symptomschwere und ein Symptomscore vorhanden mit Erschöpfungszustand, Leistungsarmut, fehlender nächtlicher Erholung sowie Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung. Zudem träten vegetative und funktionelle Störungen im Bereich der inneren Organe mit Reizblasen- und Reizdarmsymptomatik auf. In Zusammenschau der Symptomatik überwiege aktuell die Fibromyalgie-Symptomatik; die rein somatischen Rückenbeschwerden seien dadurch kompromittiert und akzentuiert.

Bezogen auf die Fibromyalgiesymptomatik sei eine 20%ige Reduktion der Arbeitsfähigkeit gegeben, wobei sich die Einschränkung auf einen erhöhten Erholungs- und Pausenbedarf beziehe. Aufgrund der deutlichen somatischen Grunderkrankung mit Überlastung im Bereich der Lendenwirbelsäule und der deutlichen mechanischen Schmerzsymptomatik sei eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren bei einer leichteren Tätigkeit in Wechselbelastung.

Im Rahmen der Konsensbesprechung kamen die Gutachter Dres. D.____ und E.____ zum Schluss, dass die rheumatologische Beurteilung hinsichtlich der Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sei. Demzufolge bestehe aus somatischer Sicht eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten.

8.3.2 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Januar 2016 wurden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit attestiert. Es bestünde lediglich eine Somatisierungsstörung, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusse. Diese führe allerdings zu einer gewissen Verlangsamung der Mobilität, jedoch könne daraus bei einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit kein Funktionsdefizit abgeleitet werden.

8.3.3 Im Zusammenhang mit der Einwandbegründung (vgl. act. 165) reichte die Beschwerdeführerin, vertreten durch die AXA-ARAG Rechtsschutzversicherung AG, am 20. Juni 2016 einen Bericht der Klinik G.____ vom 28. Januar 2016 ein. PD Dr. Dr. med. H.____, FMH Rheumatologie/Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte (1) anamnestisch einen Morbus Sjögren bei/mit positivem Schimertest, ausstehender Speicheldrüsenbiopsie, ANA-Titer unbekannt und eine Sicca-Symptomatik, Müdigkeit Arthralgien/Enthesiopathie, (2) ein lumbospondylogenes und radikuläres Schmerzsyndrom S1 links, (3) eine Tendinose Dig. I links mit Status nach Ringbandspaltung und (4) einen Status nach Karpaltunnelsyndrom. PD Dr. Dr. H.____ erachtete die Beschwerdeführerin aufgrund dieser Diagnosen als erheblich eingeschränkt in der Arbeitsfähigkeit. Bei einer nachgewiesenen Spinalkanalstenose und einem Morbus Sjögren würde er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht unterstützen.

8.3.4 In den Akten findet sich auch ein radiologischer Bericht der I.____ vom 30. Januar 2017 (vgl. act. 187). Diesem ist eine progrediente epifusionelle Segmentdegeneration L3/4 mit progredienter hochgradiger Spinalkanalstenose, eine leicht progrediente subfusionelle Segmentdegeneration L5/S1 mit progredientem diskogenem Kontakt zur Nervenwurzel S1 beidseits, linksbetont ohne evidente Nervenwurzelkompression und weitestgehend stationäre Verhältnisse L4/5 nach dorsaler Spondylodese zu entnehmen.

8.3.5 Aufgrund der neuen Befunde im Bericht der Klinik G.____ vom 28. Januar 2016 und der Feststellungen der I.____ veranlasste die IV-Stelle eine Verlaufsbegutachtung bei Dr. E.____. Am 6. November 2017 nannte er folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: (1) Lumbovertebrales und intermittierend lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (M54.4) bei epifusioneller und lumbosakraler Überlastungssymptomatik L3/4 und L5/S1 und möglichem intermittierendem radikulärem Reizsyndrom S1 links (M51.1) bei (1.1) epifusionell beginnender Osteochondrose L3/4 mit angedeuteter Retroposition L3 über L4 von 4 mm, egalisiert in Inklination, suspekt auf beginnende segmentale Instabilität (klinisch und radiologisch 28. Juli 2017), (1.2) Status nach Dekompression L4/5 mit dynamischer Stabilisation bei Spinalkanalstenose und degenerativer Spondylolisthesis am 7. November 2007, (1.3) MRT der Lendenwirbelsäule (LWS) am 27. Januar 2017: progrediente epifusionelle Segmentdegeneration L3/4 mit leicht progredienter Spinalkanalstenose ohne Zeichen einer Claudicatio spinalis-Symptomatik; leicht progrediente subfusionelle Segmentdegeneration L5/S1 mit progredientem diskogenem Kontakt zur Nervenwurzel S1 beidseits, linksbetont ohne evidente Nervenwurzelkompression und (1.4) muskulärer Dysbalance bei zunehmender Haltungsinsuffizienz bei abgeschwächter autochthoner Rückenmuskulatur in der Motor Control Testung. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. E.____ u. a. eine Sicca-Symptomatik, ein Widespread Pain Syndrom bzw. eine Fibromyalgie im Rahmen einer Somatisierungsstörung. Dr. E.____ führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin nicht die Spinalkanalstenose beschwerdeverursachend sei, da bei Provokationstestungen keine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik provoziert werden könne. Die Hauptproblematik bestehe in der zunehmenden epifusionellen Instabilität L3/4. Therapeutisch könnte hier mit lokalen Infiltrationen die Schmerzsituation beruhigt und nochmals stabilisierende physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt werden. Zur Sicca- bzw. Morbus Sjögren-Problematik legte Dr. E.____ dar, dass aufgrund der heutigen Befunde und der Kriterien kein generalisiertes Sjögren-Syndrom mehr ausgewiesen sei. Selbst wenn eine milde Form eines Morbus Sjögren vorliegen würde, hätte dies aber keinen entscheidenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da mit

einfachen, aber konsequenten Massnahmen (Befeuchtung), die Symptome gelindert werden könnten.

Weiter hielt Dr. E.____ bezüglich der Fibromyalgie fest, dass im Vergleich zum Zustand im Jahr 2015 die Schmerzlokalisation, die Tenderpoints und die vegetativen Begleiterscheinungen (WPI-Index) einen unveränderten Status aufweisen würden. Hingegen habe die (subjektive) Symptomschwere zugenommen.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte Dr. E.____ aus, dass durch die Fibromyalgie-Symptomatik und den möglichen milden Morbus Sjögren eine Co-Morbidität bei einer Somatisierungsstörung aus psychiatrischer Sicht vorliege, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht mit der notwendigen Willensanstrengung überwunden werden könne. Dies begründe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Durch die Zunahme der Beschwerden im unteren Rücken und der nachgewiesenen epifusionellen Gleitinstabilität L3/4 müsse von einer zusätzlichen Haltungsschwäche ausgegangen werden, welche eine zusätzliche Reduktion der Arbeitsfähigkeit bedinge, so dass insgesamt eine 50%-ige Einschränkung attestiert werden könne.

9.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhalts und beim Entscheid über die Frage, ob seit der im Juni 2011 erfolgten Rentenzusprache eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands und - damit einhergehend - der Arbeitsfähigkeit der Versicherten eingetreten ist, auf die Ergebnisse des bidisziplinären Gutachtens der Dres. D.____ und E.____ vom 27. April 2015 und insbesondere des Verlaufsgutachtens von Dr. E.____ vom 6. November 2017. Sie ging demzufolge davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Juni 2011 insofern verschlechtert habe, als es zu einer Zunahme der Beschwerden im unteren Rücken und zu einer nachgewiesenen epifusionellen Gleitinstabilität LWK 3/4 gekommen sei. Durch die ebenfalls bestätigte Fibromyalgie-Symptomatik und den möglichen milden Morbus Sjögren läge eine Co-Morbidität bei einer Somatisierungsstörung aus psychiatrischer Sicht vor, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bewirke. Gesamthaft liege eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 50 % vor. Somit steht eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeit um 10 % im Vergleich zu den Ergebnissen von Dr. C.____ vom 2. Februar 2010 fest, der eine 60%ige Arbeitsfähigkeit attestierte. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 6.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das bidisziplinäre Gutachten vom 27. April 2015 und das Verlaufsgutachten vom 6. November 2017 weisen weder formale noch inhaltliche Mängel auf. Sie sind - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 6.2 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzen sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander und sind in den Schlussfolgerungen überzeugend. Sodann erfüllen sie auch die Anforderungen, denen sie unter revisionsrechtlichem Blickwinkel zu genügen haben, zeigen sie doch hinreichend und schlüssig

auf, dass und inwiefern es seit Juni 2011 zu einer effektiven Verschlechterung des Gesundheitszustands und - damit einhergehend - der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gekommen ist. So weist insbesondere Dr. E.____ in seinem Bericht vom 6. November 2017 auf, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten aufgrund der Zunahme der Beschwerden im unteren Rücken und der nachgewiesenen Gleitinstabilität mit zusätzlicher Haltungsschwäche seit 2016 leicht verschlechtert hat. Zusammenfassend ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Beurteilung insbesondere auf die Ausführungen von Dr. E.____ von 6. November 2017 abstellte und davon ausging, dass die Beschwerdeführerin - wie bis anhin - in einer leichten, adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei.

9.2 Die Vorbringen der Versicherten vermögen an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Sie vertritt in ihrer Beschwerde insbesondere die Auffassung, die Einschätzung der medizinischen Situation betreffend den Morbus Sjögren sei nicht zutreffend. In dieser Hinsicht ist ihr entgegenzuhalten, dass Dr. E.____ nach eingehender Auseinandersetzung sämtlicher vorhandener Unterlagen und aufgrund seiner eigenen Untersuchungen überzeugend zum Schluss gekommen ist, dass diese Diagnose im Untersuchungszeitpunkt nicht mehr bestätigt werden konnte. Nachvollziehbar legt er dar, dass die subjektiv geklagten Beschwerden nicht jenen eines Morbus Sjögren entsprächen, sondern den funktionellen und vegetativen einer Fibromyalgie. Es müsse davon ausgegangen werden, dass diese Symptomatik die subjektiven Einschränkungen und die Reduktion der Arbeits- und der Belastungsfähigkeit bedingen würde. Diese Ausführungen machen deutlich, dass sich Dr. E.____ gründlich mit der Fragestellung, ob ein Morbus Sjögren vorliegt, auseinandergesetzt hat und einleuchtend zum Schluss gekommen ist, dass diese Diagnose nicht mehr gestellt werden kann. Weiter kann der Beschwerdeführerin auch nicht gefolgt werden, wenn sie sich auf den Standpunkt stellt, Dr. E.____ gehe entgegen dem radiologischen Bericht der I.____ vom 30. Januar 2017 nicht von einer hochgradigen, sondern lediglich von einer mittelgradigen, keine Beschwerden verursachenden Spinalkanalstenose aus. Die Beschwerdeführerin verkennt dabei, dass für die Einschätzung der Leistungsfähigkeit letztlich nur die klinische Auswirkung und nicht die Diagnose an sich entscheidend ist. Zudem steht zur Beurteilung von rückenbedingten Einschränkungen das klinische Bild im Vordergrund und bildgebenden Abklärungen kommt nur ein ergänzender Stellenwert zu (vgl. Urteil des Bundesgericht vom 10. Mai 2013, 8C_153/2013, E. 3.2.1). Schliesslich verursachen nicht alle Diagnosen, welche in der Computertomographie (CT) oder MRT erkennbar sind, auch Beschwerden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. September 2013, 8C_569/2013, E. 4.2.1). Dr. E.____ hat sowohl im Teilgutachten vom 27. April 2015 als auch im Verlaufsgutachten vom 6. November 2017 aufgrund seiner eigenen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der Akten einleuchtend dargelegt, dass die Ursache der Beschwerden im unteren Rücken auf die progrediente epifusionelle Segmentdegeneration L3/4 und die dadurch bedingte statisch-dynamische Haltungsschwäche zurückzuführen ist. Er kam zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Vergleich zur Begutachtung im Jahr 2015, wo noch eine Arbeitsfähigkeit von 70 % attestiert wurde, verschlechtert und die Leistungsfähigkeit um 20 % abgenommen habe. In qualitativer Hinsicht ging Dr. E.____ davon aus, dass der Beschwerdeführerin leichte Arbeiten zumutbar seien, bei welchen sie keine Arbeiten über Kopfhöhe, in Rotation oder vornüber geneigt verrichten und keine langen Gehstrecken oder auf unebenem Boden gehen müsse. Insgesamt ging der Gutachter daher zu Recht entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin davon aus, dass ihr ab August 2016 die Ausübung einer angepassten leichten Tätigkeit, wie auch die angestammte, in einem 50 % Pensum zumutbar ist. Diese Zumutbarkeitsbeurteilung ist aufgrund der erhobenen Befunde nachvollziehbar und die von

der Vorinstanz daraus gezogenen Schlüsse betreffend Verwertbarkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2.1) sind nicht zu beanstanden. Die dagegen vorgebrachten, nicht substantiierten Vorbringen der Beschwerdeführerin ändern daran nichts.

9.3 Setzt man das im Referenzzeitpunkt erstellte Gutachten von Dr. C.____ vom 2. Februar 2010 der aktuellen Expertise von Dr. E.____ vom 6. November 2017 gegenüber, so zeigt sich, dass sich die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus somatischer Sicht leicht verschlechtert hat. Im Vergleich zur Begutachtung durch Dr. C.____, welcher eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 40 % für eine körperlich leichte Tätigkeit attestierte, besteht nunmehr eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % mit gleichem Beschäftigungsprofil. Diese geringfügige Verschlechterung des Gesundheitszustands führt indes nicht einer Erhöhung der bisher ausgerichteten halben Invalidenrente, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt.

10.1 Zu prüfen bleibt, wie sich die geschilderte Entwicklung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin auf den Rentenanspruch auswirkt. Wie oben erwähnt (vgl. E. 4.2) ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten grundsätzlich aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Die IV-Stelle hat in ihrer Verfügung vom 30. August 2018 jedoch keinen Einkommensvergleich vorgenommen, sondern den Invaliditätsgrad aufgrund eines Prozentvergleichs ermittelt. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden und wird auch nicht bestritten. Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts kann der Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs ermittelt werden, wenn die versicherte Person aufgrund des medizinischen Zumutbarkeitsprofils in der Lage ist, ihre zuletzt ausgeübte oder eine lohnmässig vergleichbaren Tätigkeit auszuüben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Dezember 2015, 8C_364/2015, E. 3.2). Bei Anwendung des Prozentvergleichs entspricht die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit dem Invaliditätsgrad. Die Beschwerdeführerin arbeitete zuletzt bis zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses Ende September 2014 als Sachbearbeiterin. Diese als leicht einzustufende Tätigkeit kann sie unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils von Dr. E.____ vom 6. November 2017 auch weiterhin in einem 50%igen Pensum ausüben. Da sich beim Prozentvergleich ein behinderungsbedingter oder anderweitig begründeter Abzug - entgegen der Auffassung der IV-Stelle und der Beschwerdeführerin - naturgemäss erübrigt, ist vorliegend von einem 50%igen Invaliditätsgrad auszugehen.

10.2 Die vorinstanzliche Berechnung des Invaliditätsgrads erweist sich als rechtens. Sie wird von der Versicherten denn auch nur in einem Punkt beanstandet. Sie macht für den Fall, dass von einer Verwertbarkeit ihrer Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werde, geltend, dass ihr die IV-Stelle bei der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens einen Abzug von 25 % vom Tabellenlohn hätte gewähren müssen. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden, da - wie vorstehend bereits erwähnt - beim Prozentvergleich kein leidensbedingter Abzug zu gewähren ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2019, 8C_654/2018, E. 7).

10.3 Zusammenfassend steht aufgrund der vorstehenden Ausführungen fest, dass die Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 50 % weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Die Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 30. August 2018 erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

11.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- Franken festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind.

11.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 60 lit. g ATSG e contrario).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.

3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.