



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 19. August 2021 (720 21 15 / 220)

Invalidenversicherung

Rentenrevision: Beweistauglichkeit der Einschätzung des Regionalen Ärztlichen Dienstes, keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch **B.**____, wiederum vertreten durch Valery Furger, Advokatin, Advokatur und Notariat Stadthof, Hauptstrasse 47, 4153 Reinach BL

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1959 geborene A.____ meldete sich aufgrund von Rückenbeschwerden im Mai 2010 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug. Die damals zuständige IV-Stelle des Kantons C.____ sprach ihr mit Verfügung vom 9. April 2013 rückwirkend per 1. April 2011 eine halbe Invalidenrente, basierend auf einem Invaliditätsgrad von 52%, zu. Im Rahmen

einer Revision von Amtes wegen stellte die – seit einem Wohnortswechsel im Jahr 2015 zuständige – IV-Stelle Basel-Landschaft mit Mitteilung vom 30. Mai 2016 einen unveränderten Invaliditätsgrad fest. Mit Schreiben vom 1. Oktober 2019 beantragte die Versicherte eine Erhöhung der Invalidenrente. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab, verneinte indes mit Verfügung vom 30. November 2020 eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes und wies das Rentenerhöhungsgesuch bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 53% ab.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch ihren Sohn B.____, am 17. Januar 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, (Kantonsgericht) und beantragte sinngemäss die Zusprache einer höheren Rente. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ersucht. Zur Begründung führte die Beschwerdeführerin aus, dass es ihr aufgrund ihres Medikamentenplans nicht zumutbar sei, eine angepasste Tätigkeit aufzunehmen. Der behandelnde Arzt habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Ferner seien die Behandlungen des Rückenleidens und der Blasenprobleme entgegen den Angaben der Beschwerdegegnerin nicht abgeschlossen.

C. Mit Verfügung vom 4. Februar 2021 wurde der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung bewilligt.

D. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 9. Februar 2021 unter Hinweis auf eine bei ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eingeholte Stellungnahme auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit Verfügung vom 12. Februar 2021 wurde der Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

F. Mit Eingabe vom 18. Februar 2021 zeigte Advokatin Valery Furger dem Kantonsgericht an, dass sie die Vertretung der Beschwerdeführerin übernommen hatte und beantragte die Ansetzung einer Frist zur Replik. Ferner beantragte sie, es sei die unentgeltliche Verbeiständung mit ihr als Rechtsvertreterin zu bewilligen. Den Anträgen der nunmehr vertretenen Beschwerdeführerin wurde mit Verfügung vom 19. Februar 2021 entsprochen.

G. In ihrer Replik vom 21. April 2021 liess die Beschwerdeführerin beantragen, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung mindestens eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen, eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Klärung des medizinischen Sachverhalts und zur Ermittlung der Restarbeitsfähigkeit sowie zum neuen Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene leidensbedingte Abzug zu tief angesetzt sei und die Schmerzen und Medikamenteneinnahme bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu Unrecht nicht berücksichtigt worden seien. Ferner sei auch der medizinische Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt worden. Das komplexe Beschwerdebild werde durch die kurzen Einschätzungen des RAD nicht genügend gewürdigt. Vielmehr wäre ein Gutachten einzuholen gewesen.

H. Mit Duplik vom 3. Mai 2021 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Abweisungsantrag fest und nahm zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin in medizinischer Hinsicht Stellung.

I. Mit Verfügung vom 7. Mai 2021 wurde der vorliegende Fall erneut dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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 eingereichte Beschwerde vom 17. Januar 2021 ist demnach einzutreten.

2. Es ist zu prüfen, ob die Vorinstanz zurecht von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen ist und folglich die halbe IV-Rente revisionsweise nicht erhöht hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis).

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 wiederherstellen, 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person 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.

3.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 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).

4.1 Gemäss Art. 17 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 Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen alleine führt nicht zu einer materiellen Revision.

4.2 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 beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 1 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 9. April 2013 rückwirkend per 1. April 2011 eine halbe Invalidenrente zu. Nach einem in den Jahren 2015 und 2016 durchgeführten Revisionsverfahren wurde der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 30. Mai 2016 (formlos) mitgeteilt, dass die Rente unverändert bleibe. Somit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen (auf einer vollständigen materiellen Anspruchsprüfung beruhenden) Rentenverfügung vom 9. April 2013 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. November 2020.

5. Im Folgenden ist demnach zu prüfen, ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand und – damit einhergehend – der Grad der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache am 9. April 2013 in anspruchserheblicher Weise verändert hat.

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

5.2 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, 122 V 157 E. 1c).

5.3 Dennoch erachtet es die 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). 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 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

5.4 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die ansonsten unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5.5 Bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhaltes in Revisionsfällen im Sinne des Art. 17 ATSG ist überdies Folgendes zu beachten: Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt, bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision eingeholten medizinischen Unterlagen hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.2, und vom 26. März 2015, 9C_710/2014, E. 2).

6. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indes bloss diejenigen Berichte wiedergegeben werden, die sich für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen als wesentlich erweisen.

6.1 Bei der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 2013 stützte sich die Beschwerdegegnerin in somatischer Hinsicht im Wesentlichen auf den ausführlichen Bericht der behandelnden Fachärztin Dr. med. D.____, FMH Neurologie, vom 6. März 2012. Darin wird mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom bei Status nach ventraler Diskektomie C 5/6 notfallmässig am 7. Mai 2007 bei tetraspastischem Syndrom; Status nach interkorporeller Spondylodese und Implantation eines Bandscheibenersatzes C 6/7, Neurolyse und Foraminotomie beidseits am 19. Juni 2008; ohne klinische Hinweise für eine Radikulopathie oder Myelopathie; mit computertomographisch festgestellter Osteochondrose, bilateraler Unkovertebralarthrose C 6/7 mit vermehrtem Knochenumbau, vereinbar mit einer Instabilität, C 5/6 ossärem Durchbau mit szintigraphisch nur leichter Mehranreicherung sowie (2) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit anamnestisch degenerativen Lendenwirbelsäulenveränderungen und ISG-Arthrosen beidseits diagnostiziert. Als Nebendiagnosen werden aktenanamnestisch ein Fibromyalgiesyndrom und eine Polymyalgia rheumatica sowie anamnestisch eine psychiatrische Erkrankung festgehalten. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II, eine Adipositas per magna und eine Hypercholesterinämie zu diagnostizieren. Ab spätestens 17. November 2011 bestehe eine 50% Arbeitsunfähigkeit, die auch weiterhin bestehen werde. Das Heben schwerer Lasten und vermehrte Rotationsbewegungen zerviko-thorakal, wie sie die Patientin in der angestammten Tätigkeit als Kioskverkäuferin (Ablage von Zeitungen, etc.) durchgeführt habe, seien nicht zumutbar. In einer ruhigen sitzenden Tätigkeit mit wechselhafter Belastung ohne Tragen von schweren Lasten sei die Patientin zu 50% arbeitsfähig. Weitere medizinische Massnahmen zur Verbesserung des Zustandsbildes seien nicht bekannt.

In psychiatrischer Hinsicht erachtete die Beschwerdegegnerin den Bericht des behandelnden Facharztes Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. April 2012 als massgeblich. Danach sei bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.0), zu diagnostizieren. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leicht verminderte Leistungsfähigkeit aufgrund des depressiven Zustandes. Die Patientin sei aktuell bloss zu 50% leistungsfähig. Nach einer Remission sei aus psychiatrischer Sicht mit der Wiedererlangung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

6.2 Im Rahmen des vorliegend interessierenden Revisionsverfahrens finden sich folgende medizinische Unterlagen in den Akten:

6.2.1 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 6. Dezember 2019 aus, dass der Partner der Patientin sie seit der Trennung nicht mehr bei der Arbeit als Werbeprospektausträgerin unterstütze. Sie könne aufgrund der Rückenschmerzen die schweren Zeitungsbündel nicht alleine tragen. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen zu stellen: (1) ein Diabetes mellitus Typ II (Erstdiagnose 2002), (2) eine Dyslipidämie, (3) eine arterielle Hypertonie, (4) eine Osteopenie (Erstdiagnose 2018), (5) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit klinisch Lumboischialgie links und Hypästhesie Bein links, mit ausgeprägter Osteochondrose L 4/5 und L 5/S 1 sowie beidseits knöchernen Foraminalstenose L 5 mit möglicher Irritation des Spinalnervs L 5 links und (6) ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits bei Status nach ventraler Diskektomie C 5/6 im Jahr 2007 sowie Status nach interkorporeller Spondylodese und Implantation eines Bandscheibenersatzes, Neurolyse und Foraminotomie beidseits im Jahr 2008, ohne klinische Hinweise für eine Radikulopathie oder Myelopathie, bei Osteochondrose, bilateraler Unkovertebralarthrose C 6/7 mit vermehrtem Knochenumbau, C 5/6 mit ossärem Durchbau mit szintigrafisch nur leichter Mehranreicherung. Die Arbeit als Zeitungsausträgerin könne in naher Zukunft nicht mehr ausgeführt werden, die Patientin solle eine neue Aufgabe haben.

6.2.2 Nach dem ablehnenden Vorbescheid verfasste Dr. F.____ einen weiteren Arztbericht, der am 23. Januar 2020 bei der Beschwerdegegnerin einging. Darin präzisierte er – bei gleichbleibenden Diagnosen –, dass sich die Situation der Rückenschmerzen verschlechtert habe und die Patientin nun keiner Arbeit mehr nachgehen könne. Es würden weitere Abklärungen vorgenommen werden.

6.2.3 Mit Bericht vom 16. März 2020 diagnostizierten Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Wirbelsäulenchirurgie, und Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Wirbelsäulenchirurgie, des Spitals K.____ ein chronisches Lumboischialgiesyndrom mit Osteochondrose L 5/S 1, Foraminalstenose L 5/S 1 bei Status nach mehrfachen Facettengelenks- und Wurzelnfiltrationen der Lendenwirbelsäule; ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom mit notfallmässiger ventraler Dekompression und Fusion C 5/6 bei beginnender Tetraparese am 7. Mai 2007 und ventraler Dekompression und Fusion C 6/7 am 19. Juni 2008 sowie ein metabolisches Syndrom mit insulinabhängigem Diabetes mellitus Typ II. Seit vielen Jahren bestünden Beschwerden sowohl im Bereich der Halswirbelsäule als auch im Bereich der Lendenwirbelsäule.

Die aktuelle Konsultation erfolge wegen der Lendenwirbelsäulenbeschwerden. Seit sechs bis sieben Jahren bestünden Lumbalgien mit Ausstrahlung bis ins linke Knie. Die Schmerzen träten vor allem bei der Arbeit als Zeitungs- und Katalogausträgerin (Pensum 40%) auf, sowie bei langem Stehen und nach einer Gehstrecke von 200 Metern. Auch während der Haushaltstätigkeit sei die Patientin diesbezüglich eingeschränkt. Es liege ein komplexes Beschwerdebild vor. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht sei die Patientin in der aktuellen Tätigkeit, die als körperlich schwer bezeichnet werden müsse, zu 100% arbeitsunfähig. Es sei eine weitere Wurzelinfiltration L 5 links veranlasst worden. Vorerst bestünde keine Operationsindikation.

6.2.4 Dr. med. I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Oberärztin der Klinik Rheumatologie und Schmerzmedizin des Spitals K.____, diagnostizierte im Erstkonsultationsbericht vom 29. April 2020 ein lumboradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 links (fraglich Letzteres auch rechts) bei diskreter rechtskonvexer Torsions skoliose der unteren Lendenwirbelsäule, diskreter Retrolisthesis L 4/5 und L 1/2, Osteochondrose L 1/2 und L 5/S 1, Spondylarthrose L 3/S 1 jedoch ohne Instabilität, Osteochondrosen, vor allem L 5/S 1, aber auch L 1-3 mit Diskopathie, zusätzlich mit foraminale Diskushernie mit wahrscheinlicher Kompromittierung L 5 links und einem Status nach verschiedenen lumbalen Infiltrationen sowie ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Dekompression und Fusion H5/6 (2007) und H 6/7 (2018). Als Nebendiagnosen wurden ein Diabetes mellitus Typ II, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas, ein Nikotinabusus, fraglich eine Dyslipidämie, anamnestisch eine Refluxerkrankung, anamnestisch eine Fibromyalgie, eine Allergie auf Augmentin, Bactrim forte sowie Diclofenac und ein Status nach diversen Operationen festgehalten. Die Patientin leide seit Jahren an Schmerzen ausgehend von der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlungen bis ins Knie. Wie empfohlen werde eine CT-gesteuerte Wurzelinfiltration L 5 links vorgenommen.

6.2.5 In der Folge wurden diverse Interventionen vorgenommen: Am 27. Mai 2020 wurde eine selektive Wurzelblockade L 5 links durchgeführt, am 5. August 2020 eine intraartikuläre Facettenblockade L 4/S 1 und am 29. September 2020 ein Medial branch block L 4/S 1 beidseitig sowie eine Radiofrequenzläsion L 4/S 1.

6.2.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. J.____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, nahm am 25. Juni 2020 erstmals zu den vorliegend strittigen medizinischen Fragen Stellung. Sie führte unter Hinweis auf die Berichte der behandelnden Ärzte aus, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Rentenzusprache im Jahr 2013 nicht richtungsweisend verändert habe. Dass die Versicherte die Arbeit als Zeitungsasträgerin nicht mehr ausüben könne, sei medizinisch absolut plausibel, da diese Tätigkeit rückenbelastend sei und daher auch nicht als Verweistätigkeit gelte. Eine rüchenschonende Tätigkeit sei ihr aber aufgrund des Wirbelsäulenstatus weiterhin wie bisher zu 50% zumutbar. Dass die Versicherte aufgrund ihres Alters und ihrer fehlenden beruflichen Ausbildung keine Chancen auf dem Arbeitsmarkt sehe, sei letztlich invaliditätsfremd.

6.2.7 Im Hinblick auf die aktuellsten Behandlungen liess sich Dr. J.____ am 21. Oktober 2020 dahingehend vernehmen, dass keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorlägen. Der Gesundheitszustand sei weiterhin unverändert zu demjenigen der letzten Rentenrevision, auch wenn die

Versicherte nun erneut in schmerztherapeutischer Behandlung stehe. Das bisherige Zumutbarkeitsprofil gelte unverändert. Somit sei weiterhin von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten Tätigkeit auszugehen. Zusammenfassend würden die involvierten Behandler in den aktuellen Berichten keine sensomotorischen Defizite feststellen. Eine Operationsindikation bestehe nicht. Trotz der bekannten degenerativen Veränderungen liege klinisch eine relativ gute Beweglichkeit der Wirbelsäule vor.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 30. November 2020 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Ausführungen ihrer RAD-Ärztin vom 25. Juni 2020 und 21. Oktober 2020. Sie ging demzufolge davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Rentenzusprache im Jahr 2013 nicht richtungsweisend verändert habe. Es sei medizinisch absolut plausibel, dass die rückenbelastende Tätigkeit als Zeitungsausträgerin nicht mehr auszuüben sei. Eine rüchenschonende Tätigkeit ohne Heben, Tragen, Stossen und Ziehen von Lasten über fünf bis siebeneinhalb Kilogramm, Verrichtungen über Schulterhöhe oder Tätigkeiten in gebückter oder vorneübergebeugter Haltung, Rotationsbewegungen und Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten sei jedoch weiterhin im Umfang von 50% zumutbar.

7.2 Wie in Erwägung 5.3 hiervor erwähnt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist jedoch auch eine reine Aktenbeurteilung nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Es sind allerdings bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (versicherungs-)ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel liegen vorliegend indessen nicht vor. Die bei der Beschwerdeführerin festgestellten Befunde und Diagnosen sind unbestritten. Unbestritten ist auch, dass der Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Zeitungs- und Prospektausträgerin nicht zumutbar ist. Ebenso ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor an starken Rückenbeschwerden leidet, die sie in der Arbeitsfähigkeit erheblich einschränken. Diesen Einschränkungen ist indessen bereits bei der Rentenzusprache im Jahr 2013 sowohl in quantitativer (mit einem zumutbaren Pensum von 50%) als auch in qualitativer (Beschreibung eines rüchenschonenden Leistungsprofils) Hinsicht Rechnung getragen worden. Eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes geht aus den Akten nicht hervor. Die im Jahr 2018 neu diagnostizierte Osteopenie hat keine zusätzliche Leistungseinschränkung zur Folge. Dass sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der eingenommenen Medikamente vermindert hat, wird von ärztlicher Seite nicht konstatiert. Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes wird nicht geltend gemacht und ist

auch aus den medizinischen Unterlagen nicht ersichtlich. Insoweit geht Dr. J._____ schlüssig und nachvollziehbar von einem unveränderten Zumutbarkeitsprofil aus. Nach dem Ausgeführten bestehen – bei widerspruchsfreien und einheitlichen Befunden und Einschätzungen – keine auch nur geringen Zweifel an der Einschätzung der RAD-Ärztin. Sie erweist sich deshalb als beweistauglich, weshalb die Beschwerdegegnerin darauf abstellen durfte.

7.3 Lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen – wie hier – eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes der Versicherten und den Einschränkungen im Erwerbsbereich zu, so kann auf die von ihr beantragte Anordnung eines Gerichtsgutachtens bzw. Rückweisung an die Vorinstanz zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

8. Zusammenfassend ist nach dem Ausgeführten festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen Rentenzusprache am 9. April 2013 nicht wesentlich verändert hat. Gestützt auf die schlüssige Einschätzung Dr. J._____ ist vielmehr davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin eine leidensadaptierte Tätigkeit wie bis anhin im Umfang von 50% zumutbar ist. Eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse, die eine Rentenerhöhung gemäss Art. 17 ATSG zur Folge hätte, liegt damit nicht vor. Eine weitere Prüfung des Rentenbegehrens in Form einer Überprüfung eines Einkommensvergleichs, erübrigt sich bei dieser Aktenlage. Dies führt im Ergebnis zur Abweisung der Beschwerde.

9.1 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.-- 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 unterliegt die Beschwerdeführerin, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 4. Februar 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden.

9.2 Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zugesprochen. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit Verfügung vom 19. Februar 2021 ist der Vertreterin der Beschwerdeführerin indes ein Honorar aus der Gerichtskasse auszurichten. Die Vertreterin der Beschwerdeführerin hat mit Schreiben vom 21. April 2021 und 12. August 2021 ihre Honorarnoten eingereicht und dabei einen Aufwand von insgesamt 31 Stunden und 20 Minuten sowie Auslagen von Fr. 76.30 geltend gemacht. Während die ausgewiesenen Auslagen zu keinerlei Beanstandungen Anlass geben, muss der ausgewiesene Zeitaufwand als zu hoch bezeichnet werden. Das Kantonsgericht hat anlässlich der heutigen Urteilsberatung beschlossen, den Entscheid über die Höhe des Honorars in Bedacht zu nehmen. Dieser Entscheid ergeht in einem separaten Beschluss.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin ein reduziertes Honorar aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

Der Entscheid über die Höhe des Honorars wird in Bedacht genommen und ergeht in einem separaten Beschluss.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>