

BL_GERICHTE 720 2023 264 / 34 vom 17. November 1998

BL Gerichte, 1998-11-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_2023_264_34

FR: BL_GERICHTE 720 2023 264 / 34 du 17 novembre 1998

IT: BL_GERICHTE 720 2023 264 / 34 del 17 novembre 1998

Regeste

Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen ist keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten.

Erwägungen

E. 3

Streitig und zu prüfen ist die revisionsweise Bestätigung der bisher ausgerichteten halben Rente.

E. 3.1

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Invalidenrenten 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, wobei die reale Veränderung eines medizinischen Sachverhalts von einer bloss nur nominellen Differenz zu unterscheiden ist. Darüber hinaus ist eine Rente aber auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Es obliegt dem Versicherungsträger, eine erhebliche Veränderung des Invaliditätsgrades nachzuweisen, wenn er eine Rente reduzieren oder aufheben will (SVR 2014 UV Nr. 7 S. 21). Hintergrund bildet der Umstand, dass der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) die Verwaltung verpflichtet, von Amtes wegen Gründe für und gegen das Vorliegen oder Fehlen eines Sachumstands heranzuziehen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.2). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts mit Blick auf eine revisionsweise Änderung einer zuvor zugesprochenen Versicherungsleistung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (BGE 129 V 177 E. 3.1), bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2013, 8C_48/2013, E. 2.4).

E. 3.2

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. Dabei ist zu beachten, dass eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen ist (BGE 137 V

210 E. 3.4.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2012, 8C_549/2012, E. 2.3). Dabei ist weiter zu berücksichtigen, dass auch eine Veränderung von versicherungsmedizinischen Beurteilungsparametern zu einer abweichenden ärztlichen Schlussfolgerung führen kann (SVR 2012 IV Nr. 18 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2012, 8C_459/2012, E. 4.2.1).

E. 3.3

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 beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Erhöhung der bis anhin ausgerichteten halben Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung vom 22. März 2010 (bestätigt durch das Urteil des Sozialversicherungsgerichts X. vom 10. November 2010) bestanden hatte, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 15. August 2023. 4.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich entscheidrelevante Arztberichte und Gutachten wiedergegeben: 4.2.1. Im vorliegend massgebenden Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 22. März 2010) stand das polydisziplinäre Gutachten der medizinischen Poliklinik des Spitals B. vom 19. August 2008 im Zentrum der medizinischen Beurteilung. Im rheumatologischen Teilgutachten vom 19. April 2008 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronischrezidivierendes zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit intermittierenden nuchalen Verspannungen sowie belastungsabhängige Handbeschwerden unspezifischer Natur erhoben. Die Explorandin leide seit der Jugend an Migränebeschwerden. Neu bestünden seit 2006 belastungsabhängige Handbeschwerden rechts. Neben den bekannten, von okzipital nach frontal ausstrahlenden, teils hemisphärischen Kopfschmerzen und Migränebeschwerden bestünden undulierende Schulter-/Nackenschmerzen, welche parallel zur Kopfschmerzsymptomatik auftreten würden. Aus muskuloskelettärer Sicht fänden sich wenig Auffälligkeiten. Aufgrund der angegebenen Beschwerden und bei grenzwertigsignifikanter Asymmetrie des unteren Achsenskeletts sei eine etwas reduzierte Belastbarkeit des Bewegungsapparats zuzuerkennen, ansonsten bestehe keine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für körperlich schwere Tätigkeiten sowie für ausgesprochen das obere Achsenskelett und den Schultergürtel belastende Tätigkeiten bestehe nach wie vor eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (ohne monotone Körperhaltungen, ohne ausgesprochen schultergürtelbelastende Tätigkeiten, ohne vorwiegend überkopf zu verrichtende Arbeiten, ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 7 bis 10 kg, ohne feinmotorisch oder repetitiv greifend zu verrichtende Tätigkeiten) bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Im neurologischen Teilgutachten vom 8. August 2008 wurden eine Migräne ohne Aura sowie ein zervikozephalales Schmerzsyndrom mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp erhoben. Die Explorandin leide etwa seit dem 15. Lebensjahr unter im Verlauf täglich auftretenden teilweise heftigsten Kopfschmerzen. Eine stationäre neurologische Abklärung habe keine Hinweise für einen sekundären Kopfschmerz ergeben.

Nachdem sich verschiedene Therapieversuche als wirkungslos erwiesen hätten, sei der Explorandin per August 1997 eine halbe Rente zugesprochen worden. Im Verlauf der Jahre habe die Kopfschmerzintensität kontinuierlich abgenommen. Rund einmal pro Monat erfolge während circa 24 Stunden eine Schmerzexazerbation, die immobilisierend wirke und maximal 24 Stunden andauere. Sonstige migränetypische Begleiterscheinungen im Sinne von Flimmerskotomen oder eine ausgeprägte Licht- und Lärmempfindlichkeit seien bisher nicht aufgetreten. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung sei unauffällig ausgefallen. Einzig im Bereich der nuchalen Muskulatur fänden sich beidseits leichtgradige Myogelosen als Ausdruck des chronisch-rezidivierenden HWS-Syndroms. Somit bestünden auch aktuell täglich Kopfschmerzen, welche jedoch dem Spannungstyp bzw. differenzialdiagnostisch einem zervikozephalen Schmerzsyndrom entsprechen würden. Aufgrund des Schmerzerlebens im Rahmen der täglich bestehenden Kopfschmerzen sei die Explorandin für jegliche Tätigkeit zu 20% eingeschränkt. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 4. März 2009 diagnostizierte Dr. med. C., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine Neurasthenie bei chronischem Kopfschmerzsyndrom (ICD-10 F48.0). Hierzu wurde im Wesentlichen festgehalten, dass es sich eher um eine etwas diffuse Symptomatik handle. Hinweise auf ein relevantes depressives Geschehen würden sich nicht finden lassen, auch wenn nachvollziehbar sei, dass die Explorandin teilweise unter Stimmungsschwankungen leiden würde, insbesondere bei längeren Schmerzphasen, oder wenn sie längere Zeit durch die Kopfschmerzen eingeschränkt sei. Aufgrund der Neurasthenie könne aus psychiatrischer Sicht eine gewisse Leistungseinschränkung nachvollzogen werden, indem die Beschwerdeführerin verlangsamt sei und einen erhöhten Pausenbedarf aufweise. Diese Einschränkung würde bei einem Ganztagespensum etwa 30% ausmachen. Die Beschwerdeführerin dürfe keine zu komplexen Tätigkeiten durchführen, insbesondere nicht eine zu grosse Eigenverantwortung tragen und keine Arbeit mit zu grossem Publikumsverkehr ausüben. Es sei anzunehmen, dass sie diesen Belastungen nicht gewachsen wäre. Grundsätzlich sei eine klar überschaubare Tätigkeit möglich. Auch die erlernte Tätigkeit als zahnmedizinische Assistentin sei zumutbar. 4.2.2. Am 7./12. August 2009 erfolgte ferner einer Expertise in der Rheumatologischen Universitätsklinik des Spitals D. . Im entsprechenden Bericht wurde ein chronisches zerviko- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom diagnostiziert. In der Gesamtschau aller Befunde finde sich ein generalisiertes Schmerzsyndrom ohne klinisches oder radiologisches Korrelat. Die Schmerzzustände würden sich unter Belastung verstärken. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten könne aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100% angenommen werden. 4.2.3 Der damalige Behandler Dr. med. E., FMH Neurologie, attestierte der Versicherten bei der Diagnose einer chronifizierten Migräne ohne Aura in seinen Berichten demgegenüber mehrheitlich eine Arbeitsfähigkeit von 50% in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit (vgl. hierzu etwa ausführlich Berichte vom 20. Juli 2007, IV-act. 22, S. 4 ff., vom 5. Januar 2009, IV-act. 52, S. 3 f., und vom 15. Februar 2010, IV-act. 76, S. 2). 4.3 Gestützt auf die vorstehend zitierte medizinische Aktenlage stellte die vormals zuständige IV-Stelle Basel-Stadt auf das arithmetische Mittel zwischen der gemäss polydisziplinärem Gutachten der medizinischen Poliklinik vom 19. August 2008 attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20% und der seitens Dr. E. attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50%, mithin auf eine Einschränkung von insgesamt 35% ab. Anhand dieser Grundlage errechnete sie in ihrer Verfügung zwar einen Invaliditätsgrad von 45%, bestätigte aber gleichwohl den Anspruch auf eine halbe Rente. Das Sozialversicherungsgericht X. erachtete mit rechtskräftigem Urteil vom 10. November 2010 letztlich die Berichte des Behandlers Dr. E.

und die von ihm attestierte Arbeitsfähigkeit von 50% als massgebend. Diese Einschätzung beurteilte es als wohlwollend, aber vertretbar. Die angestammte Tätigkeit als Zahnarztassistentin sei nicht mehr möglich. Bei der Verweistätigkeit müsse es sich um eine leichtere Tätigkeit handeln, die feinmotorisch durchaus komplex sein könne, abwechslungsweise im Stehen, Sitzen und herumgehen ausgeführt werden könne und welche die Möglichkeit für genügend Pausen beinhalten würde. Medizinischtheoretisch würde darum gegenüber der ersten Rentenzusprache eine unveränderte Arbeitsfähigkeit von 50% in einer leichteren Tätigkeit vorliegen (E. 4.3.2 f.). Gestützt darauf nahm das Gericht einen neuen Einkommensvergleich vor. Für das Valideneinkommen veranschlagte es einen Jahreslohn von Fr. 74'689.--, was dem Lohn bei der letzten Anstellung bei den öffentlichen Zahnkliniken entsprach. Das Invalideneinkommen ermittelte es gestützt auf die Lohnstrukturerhebung (LSE) 2006, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 3, weil es der Beschwerdeführerin aufgrund ihres Bildungsstands und ihrer beruflichen Erfahrung mit Diplom als Zahnarztgehilfin und über dreijähriger Erfahrung als Büroangestellte zumutbar sei, nicht nur einfache und repetitive Tätigkeiten zu verrichten. Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung 2007 resultierte bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 50% ein Jahreseinkommen von Fr. 31'439.40. Ein zusätzlicher Leidensabzug wurde nicht berücksichtigt. Auf dieser Basis ermittelte das Gericht einen Invaliditätsgrad von 58%, der weiterhin zum Bezug einer halben Rente berechtigte (E. 5).

5.1 Im Zusammenhang mit dem Revisionsgesuch veranlasste die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten bei der MEDAS, welches am 1. September 2022 erging.

5.2.1 Darin stellten die beteiligten Fachpersonen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: ein Fatigue-Syndrom unklarer Ätiologie, ein chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom (Kriterien für eine Fibromyalgie erfüllt; ICD-10 M89.7) mit erheblicher muskulärer Dekonditionierung, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), auffällige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73), eine Neurasthenie (ICD-10 F48), eine dysfunktionale Störungsverarbeitung (ICD-10 F54), minimale bis leichte kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugedächtnis und Exekutivfunktionen, eine episodische Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0) sowie chronischer Kopfschmerz, am ehesten chronischer Spannungskopfschmerz (ICD-10 G44.2).

5.2.2 Im neurologischen Fachgutachten wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die Explorandin eigen- und aktenanamnestisch seit der Jugend unter einer episodischen Migräne ohne Aura leide. Hinsichtlich der Kopfschmerzsymptomatik unterscheide die Explorandin aktuell klar zwischen zwei Arten von Kopfschmerzen. Die Schmerzen mit wechselnder Lokalisation, starker Intensität und Begleitsymptomatik im Sinne von Phono-/Photophobie, Übelkeit und Erbrechen würden weiterhin die Kriterien einer episodischen Migräne ohne Aura erfüllen. Die Kriterien für eine chronische Migräne seien aktuell nicht erfüllt. Die Episoden würden in etwa gleich bis etwas seltener im Vergleich zur Erstbeurteilung auftreten. Eine Verschlechterung der Symptomatik seit 2019 lasse sich nicht eruieren. Die Ätiologie der von der Explorandin beschriebenen Fatigue-Symptomatik mit chronischen und episodischen Komponenten sei aus neurologischer Sicht nicht sicher einzuordnen. Eine Fatigue-Symptomatik könne im Rahmen von chronisch-entzündlichen Erkrankungen des zentralen Nervensystems vorkommen. Im Fall der Explorandin bestünden aber weder anamnestisch (keine schubverdächtigen neurologischen Ereignisse oder progrediente neurologische Symptomatik) noch klinisch (unauffälliger Neurostatus) oder paraklinisch (MRI August 2020 ohne demyelinisierende Läsionen [=Schädigung des Nervensystems]) Hinweise für eine derartige Erkrankung. Des Weiteren sei von rheumatologischer Seite

keine entzündliche Krankheit des rheumatischen Formenkreises diagnostiziert worden, welche einen Teil dieser Symptomatik erklären könnte. Am wahrscheinlichsten erscheine eine psychosomatische Erkrankung. Aufgrund der anamnestisch und testdiagnostisch deutlichen Fatigue-Symptomatik sei jedoch unabhängig von ihrer Ursache von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen. Bezüglich der diffusen Weichteil-Schmerz-Symptomatik bestehe anamnestisch und klinisch kein Anhalt für ein polyneuropathisches Syndrom oder radikuläres Syndrom. Die durchgeführte elektrophysiologische Abklärung habe keine Pathologien ergeben. Passend zur Aktenanamnese bestünden Hinweise auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es bestehe hierfür ein typisches Ausbreitungsmuster (Schmerzen nicht anatomisch einzuordnen mit wechselnder Lokalisation und Ausbreitung), starke Schmerzstärke sowie dem Vorliegen einer psychosozialen Belastungssituation (Tod des Vaters, Betreuung der Mutter, begrenzte soziale Kontakte inkl. fehlender Kontakt mit den Brüdern, Arbeitsplatzverlust). An störungstypischen Begleitsymptomen bestünden eine Schlafstörung und die Fatigue-Symptomatik. Insgesamt könne wie im Vorgutachten aufgrund der chronischen Kopfschmerzsymptomatik von einer Arbeitsunfähigkeit von 20% ausgegangen werden. Zusätzlich führe die Fatigue zu einer Arbeitsunfähigkeit von 30%, so dass die Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht 50% betrage. 5.2.3 In neuropsychologischer Hinsicht ergaben die durchgeführten Testverfahren eine minimale bis leichte neuropsychologische Störung. Verglichen mit Gleichaltrigen reagiere die Explorandin geringfügig langsamer, wenn sie sich auf mehrere Dinge gleichzeitig konzentrieren müsse. Sie lerne vergleichsweise auch etwas langsamer, so dass die Einarbeitungszeiten verlängert seien und bei Aufgabenwechsel benötige sie etwas länger, in die neue Aufgabe zu kommen. Daraus ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von 10% für die angestammte Tätigkeit als zahnmedizinische Assistentin. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine verminderte zeitliche Belastbarkeit ergeben. Für eine angepasste Tätigkeit würde sie mehr Einarbeitungszeit benötigen und sie sollte nicht zu oft zwischen mehreren Aufgaben wechseln müssen. In einer entsprechend angepassten Tätigkeit bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. 5.2.4 Im psychiatrischen Fachgutachten konnten keine Hinweise auf ein aktuelles Depressionsgeschehen ausgemacht werden. In der Begutachtung von Dr. C. im Jahr 2009 sei die Diagnose einer Neurasthenie beschrieben worden. Hierbei handle es sich um eine neurotische Störung. Beschrieben würden Schwäche und Erschöpfung bei nur geringer Anstrengung ("Abfälle"), begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen ("ständig unter Stress, ohne zu wissen warum"). Es könnten auch immer wieder Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depressionserleben und Ängste auftreten, ebenso wie auch Störungen des Schlafs. In dieser Beschreibung finde sich sowohl der Zustand der Patientin 2009 wie auch heute durchaus wieder, so dass dieser diagnostischen Einschätzung im Wesentlichen gefolgt werden könne. Das Kapitel F5 der ICD-10 beschäftige sich mit Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren. Diese Kategorie eigne sich auch zur Klassifikation von Wechselwirkungen zwischen körperlichen Erkrankungen und Verhaltenseinflüssen, insofern psychischen Einflüssen oder Verhaltenseinflüssen eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden könne (ICD-10 F54). Vorliegend würden sich neben einer gewissen Symptomausweitung ("Schmerzen überall") auch Hinweise auf eine Selbstlimitierung (die Unmöglichkeit jeglicher Tätigkeit nachzugehen), eine als legitim erlebte final ausgerichtete Entschädigungshaltung nach 15-jähriger Absenz vom Arbeitsmarkt, ausgeprägte Dekonditionierungserscheinungen sowie auf ein übertriebenes

Schonverhalten und möglicherweise auch Verharren in der Krankenrolle finden lassen. Das Bild einer Persönlichkeitsstörung habe sich weder anlässlich der aktuellen Begutachtung noch bei anderen Behandlern oder vormaligen Gutachtern ergeben. Zeitweise werde auf auffällige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) hingewiesen, so auch im Gutachten von Dr. C. . Ferner werde im Bericht der Psychosomatik X. vom 16. März 2021 ein Verdacht auf eine Beeinträchtigung der Persönlichkeitsentwicklung diagnostiziert, was als auffällige Persönlichkeitszüge zu kodieren sei, verbunden auch im Übrigen mit der biographischen Entwicklung (anhaltendes Leben im Elternhaus). Die Arbeitsfähigkeit wurde für die angestammte Tätigkeit mit 50% und für eine angepasste Tätigkeit mit 70% beziffert. 5.2.5 In rheumatologischer Hinsicht wurde im Wesentlichen festgehalten, dass die Versicherte seit Jahrzehnten unter einem chronischen Schmerzsyndrom leide, was gut dokumentiert sei. In den medizinischen Abklärungen habe eine prognostisch/funktionell ungünstige degenerative oder entzündliche rheumatologische Erkrankung ausgeschlossen werden können. Es seien gelegentlich arthrotische Diagnosen gestellt worden, welche altersentsprechend durchaus einem normalen Verlauf entsprechen würden. Der rheumatologische Status sei funktionell gesehen unauffällig geblieben. Es seien aber die Diagnosekriterien für eine Fibromyalgie erfüllt. Rheumatologisch gelte es bei diesem syndromalen Beschwerdebild jeweils eine zugrundeliegende degenerative entzündlichrheumatische Erkrankung auszuschliessen, was vorliegend getan worden sei. Das chronische Schmerzsyndrom führe zu einer Einschränkung für schwere körperliche Arbeiten. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Auch in retrospektiver Hinsicht könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden, da es an einer funktionell einschränkenden degenerativen entzündlichrheumatischen oder internistischen Krankheit fehle, welche das Schmerzsyndrom erklären könnte. 5.2.6 Im Rahmen ihrer Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass sowohl in der bisherigen als auch einer leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestehe. In Bezug auf den Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass hinsichtlich der Kopfschmerzen seit der Erstbeurteilung keine neuen Aspekte bestünden, womit das im Rahmen des letzten IV-Entscheids für zumutbar gehalten Pensum von 50% aus rein neurologischer Sicht weiterhin zumutbar sei. Der vom neurologischen Vorgutachter attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20% (Kopfschmerzen) könnten sie sich anschliessen. Zusätzlich führe die Fatigue neu zu einer Arbeitsunfähigkeit von 30%, so dass die Gesamtarbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht 50% betrage, welche sich mit der psychiatrischen Einschätzung decke. 5.3 In seiner Stellungnahme zum vorstehend zitierten Gutachten vom 11. Oktober 2022 gelangte der RAD-Arzt F. Facharzt für Arbeitsmedizin, zum Schluss, dass auf dieser Grundlage keine Veränderung des allgemeinen Gesundheitszustands nachgewiesen sei. Testdiagnostisch sei die anamnestiche Fatigue nicht bestätigt worden. Im Gegenteil werde diese anhand der entsprechenden Befundaufnahme objektiv nicht nachgewiesen und tauche im neuropsychologischen Testbericht auch nicht auf. Der neurologische Gutachter stelle somit lediglich auf die subjektiven Angaben der Versicherten ab. Er diskutiere die Diskrepanz der von der Versicherten angegebenen subjektiven Müdigkeit und dem neuropsychologischen Testbefund nicht. Wenngleich der Beurteilung, wonach "neu" und "zusätzlich" eine Einschränkung von 30% aufgrund der nicht nachgewiesenen Fatigue bestehe, nicht zugestimmt werden könne, so erscheine aber die Einschätzung einer Einschränkung von 20% durch die leicht gebesserte Migräne plausibel. Bei Durchsicht der Akten, die zur Zusprache der halben Rente geführt hätten, finde sich ein Arztbericht von Dr. med. G. ,

FMH Neurologie, vom 6. September 1998, der "eine abnorme Ermüdbarkeit" dokumentiere. Damit sei schon damals eine subjektive Fatigue aktenkundig, weshalb es sich hierbei nicht um einen neuen Befund handle. Auch sei die Migräne, die zur halben Rente geführt habe, wesentlich schwerer in der Symptomatik gewesen. 6.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 15. August 2023 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf das vorstehend zitierte polydisziplinäre Gutachten der MEDAS sowie die RAD-Beurteilung vom 11. Oktober 2022. Gestützt auf diese Aktenlage gelangte sie zur Auffassung, dass keine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustands ausgewiesen sei. Dieser vorinstanzlichen Beweiswürdigung ist im Ergebnis beizupflichten, wie sogleich darzulegen sein wird. 6.2.1. Ein Vergleich der aktuellen Erhebungen in den einzelnen Fachdisziplinen der MEDAS mit den Ergebnissen der massgebenden medizinischen Gutachten und Berichte im Zeitpunkt der Verfügung vom 22. März 2010 zeigt ein weitgehend unverändertes Beschwerdebild. Auch die jeweils gestellten Diagnosen fallen mehrheitlich identisch aus. Ferner ist auch eine Zunahme von Ausmass und Schwere der Beschwerden aus objektiver Sicht zu verneinen. In psychiatrischer Hinsicht wurden in Bezug auf die Beschwerdeschilderung der Versicherten damals wie heute Stimmungsschwankungen beschrieben, die jedoch keiner depressiven Störung, sondern der jeweils im Zentrum stehenden Kopfschmerzproblematik zugeordnet werden konnten (vgl. Gutachten Dr. C. vom 4. März 2009, S. 6 und E. 4.2.1 hiervor sowie psychiatrisches Fachgutachten der MEDAS, S. 6). Nach Auffassung der MEDAS-Gutachter widerspiegelte sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten sowohl im Jahr 2009 als auch im aktuellen Zeitpunkt insbesondere in der Diagnose einer Neurasthenie, sodass sie der damaligen diagnostischen Einschätzung folgen konnten (vgl. E. 5.2.4 hiervor). Dr. C. anerkannte für die damit verbundene Verlangsamung und den erhöhten Pausenbedarf eine Arbeitsunfähigkeit von 30%, wie sie nun auch in der aktuellen Begutachtung bei vergleichbarem Verweisprofil attestiert wurde (vgl. Gutachten Dr. C. vom 4. März 2009, S. 7 sowie E. 4.2.1 und E. 5.2.4 hiervor). Ferner konnte zu keinem Zeitpunkt eine entzündlich-rheumatische Erkrankung erhoben werden. Der rheumatologische Gutachter der MEDAS gelangte nach einer umfassenden Prüfung nachvollziehbar zum Ergebnis, dass unter Berücksichtigung des formulierten Zumutbarkeitsprofils hinsichtlich einer leidensadaptierten Tätigkeit bezogen auf ein Vollpensum keine Leistungseinschränkung bestehe, wobei auch in retrospektiver Hinsicht keine weitergehenden Einschränkungen zuerkannt werden konnten (vgl. rheumatologisches Fachgutachten der MEDAS, S. 7 f. und E. 5.2.5 hiervor). Auch diese Einschätzung steht weitgehend in Übereinstimmung mit dem rheumatologischen Fachgutachten der Poliklinik vom 19. April 2008 sowie der rheumatologischen Beurteilung des Spitals D. vom 7./12. August 2009. In neurologischer Hinsicht berichtete die Versicherte gar davon, dass die Frequenz der Migräneattacken in den letzten Jahren seltener geworden sei. Diese Aussage lässt sich auch anhand der Akten verifizieren, wonach die Migräne im Referenzzeitpunkt noch als wesentlich schwerer in der Symptomatik beschrieben wurde als im Jahr 2022 (vgl. E. 4.2.1 hiervor). In diesem Sinne kam der neurologische Fachgutachter der MEDAS zur Auffassung, dass die Kriterien für eine chronische Migräne aktuell nicht erfüllt seien und die Episoden ungefähr "gleich bis etwas seltener" im Vergleich zur Erstbeurteilung auftreten würden (vgl. neurologisches Fachgutachten der MEDAS, S. 14 f. und E. 5.2.2 hiervor). Demzufolge wurde nachvollziehbar geschlossen, dass auch die ursprünglich anerkannte Einschränkung von 20% nach wie vor Geltung beanspruche. 6.2.2. Aus neurologischer Sicht wurde neu ein Fatigue-Syndrom als eigenständige Diagnose

aufgeführt, wobei dieser Diagnose auch eine zusätzliche Einschränkung zuerkannt wurde (vgl. E. 5.2.2 und 5.2.6 hiervor). Die der Diagnose zugrunde gelegte Symptomatik ist indessen nicht neu, sondern die Versicherte berichtete bereits anlässlich der Begutachtung von Dr. C. von einer erhöhten Ermüdbarkeit und Verlangsamung, welche unter der Diagnose der Neurasthenie Berücksichtigung fanden und dadurch entsprechende Einschränkungen zuerkannt wurden. Wie der RAD-Arzt Dr. F. ferner zu Recht darauf hinwies, hatte bereits Dr. G. in einem Bericht von 1998 angegeben, dass die Versicherte unter einer abnormen Müdigkeit leide. Auch im Bericht von Dr. E. vom 20. Juli 2007 (IV-act. 22, S. 5) war neben der Schmerzsituation von einer zunehmenden Erschöpfung die Rede. Hierbei kann nicht darüber hinweggesehen werden, dass die Neurasthenie in diagnostischer Hinsicht mit dem Fatigue-Syndrom nahezu identisch ist. Beide Diagnosen zeichnen sich durch chronische Müdigkeit und Erschöpfung aus. Verdeutlicht wird dies auch durch die Ausführungen im psychiatrischen Fachgutachten der MEDAS, wonach im Kontext der Neurasthenie Schwäche und Erschöpfung bei nur geringer Anstrengung ("Abfälle"), begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen ("ständig unter Stress, ohne zu wissen warum"), beschrieben werden. Ferner treten auch immer wieder Reizbarkeit, Freudlosigkeit, Depressionserleben und Ängste auf, ebenso wie auch Störungen des Schlafes (vgl. E. 5.2.5 hiervor). Im Ergebnis wird damit unter der erweiterten Diagnose das gleiche Beschwerdebild aus unterschiedlichen Fachrichtungen beschrieben. Ferner umfassen auch das chronischgeneralisierte Schmerzsyndrom bei Fibromyalgie und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie teilweise auch die chronischen Kopfschmerzen das gleiche Krankheitsbild. Die namentlich auch in die Konsensbeurteilung Eingang gefundene Schlussfolgerung, wonach die Fatigue aus neurologischer Sicht "zusätzlich" und "neu" zu Einschränkungen führe, hält vor diesem Hintergrund daher nicht stand. Sie beruht auf einer Vernachlässigung der Überlappung der Störungen bzw. der damit einhergehenden funktionellen Einschränkungen. Dies umso weniger, als die Gutachter selbst nicht von einer additiven Berücksichtigung der Leistungsminderung aus psychiatrischer und neurologischer Sicht ausgingen. Hinzu kommt, dass dem Fatigue-Syndrom mangels einer entzündlichen rheumatischen Ursache ein psychosomatisches Geschehen zugeschrieben wurde. Ob die erhobene Fatigue entsprechend den Ausführungen des RAD ausschliesslich auf den subjektiven Schilderungen der Versicherten gründet, ist letztlich nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Es ist daran zu erinnern, dass eine neu gestellte Diagnose ohnehin allein für den Nachweis einer relevanten Änderung des Sachverhalts nicht genügt, weil damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Veränderung des Gesundheitszustands nicht zwingend etwas ausgesagt wird. Im Ergebnis ändert die erweiterte diagnostische Einordnung nichts daran, dass es an Anhaltspunkten dafür mangelt, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten im Sinne einer Minderung ihrer Leistungsfähigkeit verschlechtert hätte. Werden die beiden Sachverhalte, welche sowohl im Jahr 2010 als auch in der vorliegend angefochtenen Verfügung zur Bestätigung der halben Rente geführt haben, verglichen, so ergibt sich vielmehr, dass keine wesentliche Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten ist. Damit fehlt es an einem Revisionsgrund, wie er für die Erhöhung der ursprünglich verfügbaren Rente nach Art. 17 ATSG indessen vorausgesetzt wäre. 6.3 An diesem Beweisergebnis vermögen auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Unter Berücksichtigung des vorstehend Dargelegten geht namentlich der Einwand fehl, wonach eine Verschlechterung des Gesundheitszustands auf der Basis des Gutachtens

der MEDAS ausgewiesen sei. Bei dieser Sachlage laufen zugleich aber auch die Vorbringen in Bezug auf die Gewichtung der Gesamtarbeitsfähigkeit ins Leere. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sich bei korrekter Umsetzung der Beurteilung der MEDAS eine Arbeitsunfähigkeit von 80% (und nicht eine solche von 50%) ergebe, da die Fatigue-Symptomatik zu einer weiteren Einschränkung von 30% führe, kann vollumfänglich auf das unter der Erwägung 6.2.2 hiervoor Gesagte verwiesen werden. Zu bekräftigen ist hierbei der Umstand, dass die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus den einzelnen Fachdisziplinen in der Gesamtbeurteilung nicht in Übereinstimmung gebracht wurden, sondern sich erhebliche Doppelspurigkeiten ergeben, die sich auch in der Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung aus den einzelnen Fachrichtungen bzw. der Gesamtarbeitsunfähigkeit widerspiegeln.

E. 7

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das aus den unterschiedlichen Fachrichtungen beschriebene Krankheitsbild der MEDAS-Gutachter davon auszugehen, dass keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich eine erneute Durchführung eines Einkommensvergleichs, nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast bleibt es vielmehr beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juni 2014, 9C_273/2014, E. 3.1.1 mit Hinweis) – mithin einem Invaliditätsgrad von 58%. Damit kann auch auf eine Auseinandersetzung mit dem Einwand der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Vergleichseinkommen verzichtet werden. Es besteht weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente. Die angefochtene Verfügung vom 15. August 2023 ist daher nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

E. 8

Laut Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über 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 ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zu verrechnen sind. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. 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 und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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