



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 20. Dezember 2018 (720 18 324 / 349)

Invalidenversicherung

Prüfung des Rentenanspruch einer versicherten Person mit Ganzkörperschmerzsyndrom; Beweiswert von Berichten von Eingliederungsfachleuten

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Renate Jäggi, Advokatin, Steinentorstrasse 35, 4010 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1966 geborene A.____ war vom 5. März 2001 bis 31. Oktober 2003 als Krankenpflegerin im B.____ in einem Pensum von 80 % tätig gewesen. Am 26. Juli 2002 meldete sie sich unter Hinweis auf Schmerzen im Rücken, in den Gelenken und in den Muskeln bei der

Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Nach erfolglos durchgeführten Umschulungsmassnahmen sowie nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ermittelte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) in Anwendung der allgemeinen Bemessungsmethode einen Invaliditätsgrad von 41 %. Gestützt auf dieses Ergebnis sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 10. September 2007 rückwirkend ab 1. Oktober 2002 eine Viertelsrente zu. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B. Am 19. August 2009 machte der behandelnde Arzt, Dr. med. C.____, FMH Innere Medizin, namens der Versicherten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend. Nachdem die IV-Stelle die gesundheitliche und erwerbliche Sachlage geprüft hatte, hob sie am 12. Dezember 2012 nunmehr in Anwendung der gemischten Bemessungsmethode mit den Anteilen Erwerb 80 % und Haushalt 20 % die Viertelsrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 32 % wiedererwägungsweise per 31. Januar 2013 auf. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde der Versicherten hiess das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 11. Juli 2013 gut. Es stellte fest, dass die Versicherte über den 31. Januar 2013 hinaus Anspruch auf eine Viertelsrente habe. Mit Verfügung vom 9. Oktober 2013 sprach die IV-Stelle der Versicherten sodann in Anwendung der gemischten Methode eine Viertelsrente ab 1. Februar 2013 zu.

C. Aufgrund einer von der Versicherten geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes leitete die IV-Stelle im Mai 2015 ein Rentenrevisionsverfahren ein. In der Folge klärte sie den medizinischen und erwerblichen Sachverhalt erneut ab. Dabei kam die IV-Stelle zum Schluss, dass die Berechnung des Invaliditätsgrades ab 1. Januar 2016 nach der allgemeinen Methode zu ermitteln sei. Gestützt auf einen nach der gemischten Bemessungsmethode ermittelten Invaliditätsgrad von 42 % bis 31. Dezember 2015 und einen solchen in Anwendung der allgemeinen Bemessungsmethode von 45 % ab 1. Januar 2016 lehnte sie das Gesuch um Erhöhung der laufenden Viertelsrente mit Verfügung vom 29. August 2018 ab.

D. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Advokatin Renate Jäggi, am 1. Oktober 2018 Beschwerde ans Kantonsgericht. Darin beantragte sie, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihr eine ganze Rente auszurichten. Eventualiter seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen; unter o/e Kostenfolge. In der Begründung beanstandete sie im Wesentlichen die von der IV-Stelle vorgenommene Beurteilung der medizinischen Aktenlage und den Einkommensvergleich. Zudem machte sie eine nicht verwertbare Restarbeitsfähigkeit geltend. Ferner sei die von der IV-Stelle ermittelte 11,65%ige Einschränkung im Haushalt zu tief angesetzt.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 1. November 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

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. Oktober 2018 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die IV-Stelle das Gesuch der Versicherten, wonach ihre laufende Viertelsrente auf eine ganze Rente zu erhöhen sei, zu Recht abgewiesen hat.

2.2 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).

2.2 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. Die Invalidität wird durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, der geistigen oder der psychischen Gesundheit verursacht, wobei sie im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG; Art. 3 und 4 ATSG).

2.3 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.

3.1 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. 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 349 E. 3.5 mit Hinweisen).

3.2 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 (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3). Vorliegend hob das Kantonsgericht die rentenaufhebende Verfügung der IV-Stelle vom 12. Dezember 2012 auf und sprach der Versicherten nach eingehender Würdigung der medizinischen Aktenlage eine Viertelsrente ab 1. Februar 2013 zu. Die der Anordnung des Kantonsgerichts folgende Verfügung erliess die IV-Stelle am 9. Oktober 2013. Das Gesuch der Versicherten um Erhöhung ihrer Rente wies sie sodann mit Verfügung vom 29. August 2018 ab. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Erhöhung der laufenden Viertelsrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt des Urteils des Kantonsgerichts vom 11. Juli 2013 bzw. der Verfügung der IV-Stelle vom 9. Oktober 2013 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. August 2018.

4.1 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 Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 20 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

4.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Dies ist die spezifische Methode der Invaliditätsbemessung (Betätigungsvergleich; BGE 141 V 20 E. 3.2).

4.3.1 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Absatz 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (BGE 141 V 20 f. E. 3.2 mit Hinweisen). Ist bei diesen Versicherten anzunehmen, dass sie im Zeit-

punkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27^{bis} Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961 in der bis 31. Dezember 2017 gültig gewesenen Fassung). Seit dem 1. Januar 2018 bestimmt Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. a IVV, dass sich die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, nach Art. 16 ATSG richtet, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird.

4.3.2 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 20 E. 3.1). Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 507 E. 3.3 mit Hinweisen). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (BGE 125 V 150 E. 2c). Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung (hier: 29. August 2018) entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 20 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.3.3 Vorliegend bemass die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Versicherten bis zum 31. Dezember 2015 nach der gemischten Methode. Dabei setzte sie den Anteil der Erwerbstätigkeit auf 80 % und jenen der Haushaltstätigkeit auf 20 % fest. Für die Zeit danach ging sie davon aus, dass die Versicherte als gesunde Person ihren Beruf vollzeitlich ausüben würde. Die Aufteilung der Anteile Erwerbs- und Haushaltstätigkeit (80 : 20) wird von der Versicherten nicht in Frage gestellt. Ebenso wenig bestreitet sie in ihrem Einwandschreiben vom 13. September 2017 und in ihrer Beschwerde vom 1. Oktober 2018 den Zeitpunkt, ab welchem sie als gesunde Person einer Vollzeittätigkeit nachgegangen wäre. Demgemäss ist dem Statuswechsel von Teil- auf Vollzeittätigkeit per 1. Januar 2016 beim Einkommensvergleich (nachfolgende Erwägung 11.1 f.) Rechnung zu tragen.

5.1 Für die Beurteilung der strittigen Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-) Arbeitsfähigkeit der Versicherten seit der Zusprechung der laufenden Viertelsrente in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurtei-

lung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit 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 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.3 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen 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). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

5.4 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 S. 219). Auf das Ergebnis von RAD-Berichten kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und E. 4.7 S. 471).

6.1 Die Rentenverfügung der IV-Stelle vom 9. Oktober 2013 beruht auf dem Urteil des Kantonsgerichts vom 11. Juli 2013. In diesem Urteil stützte sich das Kantonsgericht bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes vollumfänglich auf die Gutachten der Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) vom 1. November 2010 und 24. April 2012. Demzufolge ging es davon aus, dass die Versicherte aufgrund eines chronischen panvertebralen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Symptomatik in ihrer angestammten und in jeder anderen körperlich mittelschweren bis schweren Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer körperlich leichten adaptierten Tätigkeit bestehe dagegen eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei ganztägigem Pensum mit erhöhtem Pausenbedarf. Dabei seien das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg zu vermeiden. Gleichzeitig hielt es fest, dass die psychischen Beeinträchtigungen (anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die Somatisierungsstörung) gemäss ABI-Gutachten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten, da der Versicherten trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden könne, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können (vgl. Erwägungen 4.5.2 ff. des Urteils vom 11. Juli 2013).

6.2.1 Nach Erlass des kantonsgerichtlichen Urteils folgten zahlreiche weitere medizinische Abklärungen mit entsprechenden Berichten. Am 1. Februar 2013 stellte Dr. med. D.____, Oberärztin der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (HNO) des Spitals E.____ fest, dass die ausgeprägten Kiefergelenkschmerzen einem myofaszialen Schmerzsyndrom zuzuordnen seien. Ausserdem bestehe seit dem im Jahr 2006 erlittenen Sturz eine Mittel- und Aussenohrentzündung rechts und eine mittelgradige kombinierte Schwerhörigkeit links bei geringgradiger Innenohrschwerhörigkeit rechts (vgl. auch Bericht vom 27. Januar 2014). Die Fachpsychologin für Neuropsychologie, Dr. phil. F.____, diagnostizierte am 27. Mai 2013 ein seit 2001 bestehendes chronisches Ganzkörperschmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen. Die behandelnden Ärzte der Klinik G.____ hielten aufgrund ihrer Abklärungen während der Hospitalisation der Versicherten vom 29. Juli 2013 bis 10. August 2013 am 12. August 2013 als Diagnosen (1) ein chronisches generalisiertes Weichteil-Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren bei depressiver Episode, bei chronischem intermittierendem lumbospondylogem Schmerzsyndrom mit Dysfunktion des Iliosakralgelenks (ISG), bei Status nach einem Sturz auf das Lavabo und auf den Boden des Badezimmers 2006 mit Commotio Cerebri und Schmerzexazerbation sowie bei allgemeiner Dekonditionierung, (2) ein sensibles Sulcus-Ulnaris-Syndrom rechts und (3) intermittierende temporale Dysrhythmien im EGG vom 6. August 2013 unklarer Signifikanz fest. Das fehlende Ansprechen auf Therapien und die fehlende Schmerzmodulation lasse eine somatoforme Schmerzkrankheit vermuten. Dr. C.____ schrieb die Versicherte bis 31. August 2013 zu 100 % und ab 1. September 2013 zu 70 % arbeitsunfähig. Ab 15. Februar 2014 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten. Das Tragen von Gewichten über 10 – 15 kg, langandauernde stehende Tätigkeiten sowie das Knien/Kauern seien dabei zu vermeiden (vgl. Arztzeugnisse vom 28. August 2013 und 30. Januar 2014). Anlässlich des Konsiliums vom 24. Februar 2014 stellte Dr. med. H.____, FMH Neurologie, generalisierte, somatoforme Schmerzen, ein myofaszielles Schmerzsyndrom links nach Sturz 2006, panvertebrale Schmerzen ohne radikuläre Irritations- und Ausfallsymptomatik sowie eine mittelgradige kombinierte Schwerhörigkeit links seit 2006 fest. Das generali-

sierte Schmerzsyndrom zeige sich vor allem im Gesicht und im Schultergürtelbereich und neuerdings auch ischialgiform am linken Bein. Da diese Schmerzen seit bald 10 Jahren persistierten, könne sowohl eine relevante Wurzelkompression als auch eine prozesshafte Erkrankung ausgeschlossen werden. Weiter liege ein myofaszielles Schmerzsyndrom vor, welches aber die generalisierten komplexen Schmerzen im Schultergürtelbereich und an der Wirbelsäule nicht erklären könne. Die Exazerbation der Lumboischialgie links sei nicht radikulären Ursprungs. Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin und FMH Gastroenterologie, konnte anlässlich seiner Untersuchung einen Morbus Crohn ausschliessen (vgl. Bericht vom 3. Juni 2014). Am 18. September 2014 stellte Dr. med. J.____, FMH Innere Medizin und FMH Rheumatologie, aufgrund erheblichen Druckdolenz fast des gesamten Muskelsystems die Diagnose einer Fibromyalgie. Am 23. Dezember 2014 berichtete Dr. phil. F.____, dass die Versicherte derart auf ihre Schmerzproblematik fokussiert sei, dass eine formale neuropsychologische Untersuchung nicht habe durchgeführt werden können. Es sei ihr deshalb nicht möglich gewesen, die geklagten Hirnleistungsstörungen zu objektivieren.

6.2.2 Am 4. April 2015 stürzte die Versicherte auf ihren Kopf und auf ihr rechtes Handgelenk und zog sich dabei einen Nasenbeinbruch sowie eine radiokarpale Kapsulitis an der rechten Hand zu, die sich verzögert zurückbildete (vgl. MRT-Bericht vom 7. Juli 2015; Bericht des Spitals K.____ vom 2. September 2015). Eine Fraktur des rechten Handgelenks konnte mit MRT vom 9. April 2015 nicht nachgewiesen werden. Aufgrund der beim Sturz erlittenen Kopfkontusionen wurde am 9. April 2015 eine CT durchgeführt; sie ergab keine auffälligen Befunde.

6.2.3 Dr. C.____ führte in seinem Bericht vom 8. Mai 2015 aus, dass sich der somatische Gesundheitszustand der Versicherten aufgrund zunehmender Rücken- und anderer muskuloskelettaler Schmerzen verschlechtert habe. Es sei ihr inzwischen kaum mehr möglich, länger als 30 Minuten ruhig zu sitzen und eine über 30 Minuten dauernde stehende Tätigkeiten auszuüben. Eine Wechselbelastung sei nach 1 Stunde nicht mehr tolerierbar. Er habe sich von diesen Einschränkungen anlässlich eines Praktikums der Versicherten in seiner Praxis überzeugen können. Am 5. Juni 2015 hielt er fest, dass seit Juli 2011 neue Erkrankungen wie eine genitale Furunkulose, rezidivierende Blockaden des ISG, ein chronischer Blutverlust im Dünndarm und ein Fibromyalgie-Syndrom hinzugekommen seien. Aufgrund dieser neuen Leiden habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten verschlechtert. Sie habe Mühe, am Alltagsleben teilzunehmen. Schmerzbedingt habe sie nicht alle Prüfungen eines von ihr besuchten Sekretariatskurses absolvieren können. Er gehe davon aus, dass ihre Leistungen bei der Ausführung einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit vielen Pausen wahrscheinlich ca. 30 % betrage (vgl. auch ärztliches Attest vom 27. Februar 2015).

6.2.4 Dr. med. L.____, FMH Innere Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), führte am 19. Juni 2015 an, dass die von Dr. D.____ am 1. Februar 2013 gestellten HNO-Diagnosen aufgrund vorgängiger HNO-Untersuchungen bereits bekannt und daher von den ABI-Gutachtern in ihrem Gutachten vom 24. April 2012 berücksichtigt worden seien. Die von der Ärzteschaft der G.____ am 27. Mai 2013 und 12. August 2013 erhobenen somatischen Diagnosen entsprächen weitgehend denjenigen der ABI-Gutachter. Die im EGG beschriebenen Auffälligkeiten (mittelschwerer Herdbefund, Zeichen einer cerebralen Überregbarkeit) hätten sich bereits in den Jah-

ren 2006 und 2010 gezeigt und seien im Rahmen einer Abklärung in der neurologisch-neurochirurgischen Poliklinik des Spitals M.____ beurteilt worden (vgl. dazu Bericht vom 16. Mai 2006). Der Neurologe Dr. H.____ bestätigte am 24. Februar 2014 das Vorliegen eines seit 2006 bestehenden, generalisierten Schmerzsyndroms, weshalb daraus keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden könnten. Die gastroenterologische Untersuchung durch Dr. I.____ vom 26. Mai 2014 habe keine Hinweise auf einen aktiven Morbus Crohn ergeben. Dr. J.____ stelle die Diagnose einer Fibromyalgie, gehe aber davon aus, dass ihr keine psychische Störung zugrunde liege. Die CT des Schädels und der rechten Schulter vom 9. April 2015 hätten bis auf die Impressionsfraktur des Nasenbeins normale Befunde gezeigt. Der Bruch des Nasenbeins führe nicht zu einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Damit lägen keine neuen Befunde vor, welche auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit schliessen lassen würden.

6.2.5 Auf Zuweisung von Dr. C.____ untersuchte PD Dr. med. N.____, FMH Neurologie, die Versicherte. Er diagnostizierte am 13. August 2015 ein chronisches Schmerzsyndrom links betont. Die linkseitigen Gesichtsschmerzen liessen in erster Linie eine Myoarthropathie des Kiefergelenks vermuten, was bereits in früheren Abklärungen diskutiert worden sei. Die geklagten Konzentrationsstörungen seien auf die Schmerzsymptomatik zurückzuführen. In der Gesamtschau habe er den Eindruck, dass keine relevante neurologische Grunderkrankung vorliege, sondern vielmehr von einem chronifizierten Schmerzsyndrom mit mehreren Komponenten (myofasiales Schmerzsyndrom, Fibromyalgie-Syndrom, Panvertebral-Syndrom) auszugehen sei. Dr. med. O.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie FMH Rheumatologie, hielt in seinem Bericht vom 14. September 2015 als Diagnose eine Fibromyalgie fest. Möglicherweise stellte die Fibromyalgie eine sekundäre Erkrankung dar, welche auf eine Systemerkrankung wie Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Morbus Whipple oder eine Tropenkrankheit beruhe. Eine Abklärung im Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut ergab jedoch keine Hinweise auf eine Parasiteninfektion oder auf einen Morbus Whipple (vgl. Bericht vom 19. Oktober 2015). Am 14. September 2015 berichtete der behandelnde Arzt des Spital K.____ von anhaltenden Belastungsschmerzen am rechten Handgelenk bei freier Beweglichkeit. Nach einer Infiltration der Gelenkkapsel hätten die Schmerzen deutlich reduziert werden können. Es seien jedoch in der Folge Schmerzen im Bereich des 1. Strecksehnenfaches, teils auch im Musculus flexor carpi radialis (FCR) aufgetreten (vgl. auch Bericht vom 11. Januar 2016). Während der Hospitalisation vom 23. Oktober 2015 bis 5. November 2015 in der Klinik P.____ konnten keine wesentlichen neuen Diagnosen gestellt werden (vgl. Kurzaustrittsbericht vom 4. November 2015 und Bericht vom 22. Dezember 2015). Die behandelnden Ärzte des Spitals K.____ diagnostizierten am 1. April 2016 und 5. April 2016 eine Kettentendinose der oberen Extremität rechts aktuell mit Schulterbeschwerden, Epicondylitis medialis und Strecksehnentendinitis rechts sowie eine Brachialgie. Die von der Versicherten geklagten Armbeschwerden seien differenzialdiagnostisch möglicherweise einer Fibromyalgie zuzuordnen. Der von ihnen geäusserte Verdacht auf ein Karpaltunnel- und ein Sulcus-Ulnaris-Syndrom konnte aufgrund der nachfolgenden elektrophysiologischen Untersuchung nicht erhärtet werden (vgl. Berichte vom 5. April 2016 und 13. April 2016). Da alle Behandlungsmassnahmen erfolglos waren, wurde eine stationäre Schmerzbehandlung empfohlen (vgl. auch Bericht vom 30. Mai 2016), welche vom 30. Mai 2016 bis 18. Juni 2016 in der Klinik für Schmerztherapie im Spital Q.____ erfolgte. Im Bericht

des Spitals Q.____ vom 24. Juni 2016 wurden als Diagnosen (1) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Ganzkörperschmerzsyndrom, chronifizierten Lumbothorakalgie, eine Facettengelenks-Arthrose und chronifizierten belastungsabhängigen Handgelenksschmerzen, (2) eine aktuell leichtgradige depressive Episode und (3) ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, ängstlich-vermeidend und nosophobisch akzentuiert, aufgeführt. Auf dem Hintergrund des jahrzehntelangen Leidensgeschehens habe sich bei der Versicherten eine deutliche Passivität mit Selbstlimitierung als Schmerzvermeidungsstrategie entwickelt. Es sei der Versicherten möglich, nach der Hospitalisation eine zu Beginn leichtere wechselbelastende Tätigkeit stufenweise aufzunehmen. Gemäss Bericht des Spitals R.____ vom 2. Juni 2017 konnte eine geringe ISG-Arthrose bildgebend objektiviert werden. Eine MRT-Untersuchung des rechten Knies vom 22. Juni 2017 ergab eine ausgedehnte Degeneration des Aussenmeniskusvorderhorns mit horizontaler und teilweise bis zur Unterfläche verlaufender Läsion, eine leichte mukoide Degeneration des Innenmeniskushinterhorns, eine Chondropathie Grad II der retropatellären Gelenkfacette und der femoralen Trochlea, einen Gelenkserguss und Synovitiszeichen.

6.2.6 Dr. L.____ konnte anhand der neuen medizinischen Berichte keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststellen (vgl. Stellungnahme vom 23. Juni 2017). Der RAD-Arzt Dr. med. S.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm am 14. Juli 2017 Stellung zu den Handbeschwerden Er kam zum Schluss, dass die aussergewöhnlich protrahierte Schmerzsymptomatik mangels konkreter Strukturpathologien und fehlender degenerativer Veränderungen maximal für die Dauer von 3 Monaten nachvollziehbar sei. Danach sei – bis auf die Hospitalisationen in der Spital Q.____ und der Klinik P.____ – wieder diejenige Arbeitsunfähigkeit massgebend, wie sie vor dem Sturz vom 4. April 2015 bestanden habe. Insgesamt müsse die anhaltende, rein schmerzgeprägte Beschwerdesymptomatik dem seit 2001 bestehenden schweren Ganzkörperschmerzsyndrom zugeordnet werden. Dafür spreche auch die Tatsache, dass alle bis dahin erfolgten Behandlungsversuche auffällig erfolglos verlaufen seien und die Versicherte 6 Monate nach dem Sturz ein unverändertes Schmerzniveau angegeben habe. Die somatisch imponierenden Beschwerden des Bewegungsapparates könnten bei genauer Betrachtung keinem konkreten strukturellen Korrelat zugeordnet werden. Zeitweise fassbare Diagnosen, wie z.B. das Karpaltunnelsyndrom, hätten sich nach weiteren Abklärungen nicht als zutreffend erwiesen. Letztlich kreisten die Behandlungsansätze immer wieder um die subjektiven Beschwerden der Versicherten. Damit sei eine versicherungsmedizinisch massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus orthopädischer Sicht nicht nachgewiesen.

6.2.7 Am 7. Juli 2017 wurde die Versicherte im Spital R.____ psychiatrisch-psychosomatisch abgeklärt. Dr. med. S.____, leitende Ärztin der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, führte in ihrem Bericht vom 8. August 2017 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren auf. Der Psychostatus der Versicherten sei unauffällig. Die diagnostischen Kriterien für eine depressive Störung seien nicht erfüllt. Die körperlichen Beschwerden seien angesichts der bisherigen Behandlungsversuche als therapieresistent einzustufen. Solange die Versicherte der Ansicht sei, durch ihre Erkrankung eine höhere Rente erhalten zu können, sei auch eine psychotherapeutische Therapie aktuell nicht indiziert. Die Versicherte

verfüge über einige Ressourcen (Glauben, intaktes familiäres Umfeld, Unterstützung durch die Spitez, Eigenheim), welche sie vor der Entwicklung einer klinisch relevanten depressiven Störung schütze. In seinem Bericht vom 11. August 2017 bestätigte Dr. C.____, dass aus orthopädischer Sicht kein klares pathomorphologisches Korrelat für die geklagten Beschwerden vorliege. Am 16. August 2017 hielt Dr. med. U.____, FMH Rheumatologie und FMH Allgemeine Innere Medizin, Klinik R.____, als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Gonarthrose rechts, ein chronisches Panvertebralsyndrom, eine rezidivierende Hämatochezie (Rektalblutung), einen Vitamin-D- und einen Folsäurenmangel, Knick-Senkfüsse und chronische Schmerzen radiokarpal rechts, eine Refluxkrankheit und einen Status nach Synkope mit Commotio cerebri 2006 fest. In der Beurteilung führte er aus, dass die Versicherte nebst der bekannten generalisierten Schmerzsymptomatik bei wiederkehrend diagnostizierter chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren neu an einer aktivierten beginnenden Gonarthrose rechtsseitig leide. Die von Dr. I.____ durchgeführte Panendoskopie vom 16. August 2017 ergab eine Hiatushernie (Zwerchfellbruch) und eine Cardiainsuffizienz (ungenügender Verschluss des Mageneingangs). Aufgrund einer Calprotectin-Bestimmung könne ein aktiver Morbus Crohn und eine aktive Colitis ulcerosa ausgeschlossen werden. Dr. I.____ verordnete der Versicherten entsprechende Medikamente (Bericht vom 18. August 2017). Für die Beurteilung der Knieproblematik wurde vom Spital M.____ eine Zweitmeinung eingeholt. Im entsprechenden Bericht vom 19. Januar 2018 wurden eine Verkürzung des Hamstrings sowie eine Unterflächenläsion des medialen Meniskus rechts diagnostiziert. Als Behandlung wurden eine Physiotherapie und ein Faszientraining vorgeschlagen.

6.2.8 Am 12. März 2018 führte Dr. L.____ aus, dass dem Bericht von Dr. T.____ kein eigenständiges psychiatrisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen sei. Die Befunde der umfassenden rheumatologischen Untersuchung durch Dr. U.____ bestätigten die bekannten Leiden und Befunde. Aus gastroenterologischer Sicht liessen sich Hinweise auf eine Refluxkrankheit finden, die aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe und gut behandelbar sei. Neu könne nur eine Gonarthrose rechts nachgewiesen werden, weshalb das Belastungsprofil für eine leidensangepasste Tätigkeit in qualitativer Hinsicht angepasst werden müsse. Der Versicherten sei es nun nicht mehr zumutbar, längere Strecken und auf Treppen zu gehen sowie auf Leitern oder Gerüsten zu steigen. Ansonsten sei nach wie vor davon auszugehen, dass die Versicherte in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und in einer leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei.

6.2.9 Wegen anhaltender Schulterschmerzen untersuchte Dr. med. V.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, W.____ AG, die Versicherte (vgl. Bericht vom 22. Januar 2018). Aufgrund der Arthro-MRT des linken Schultergelenks vom 23. Januar 2018 diagnostizierte er eine adhäsive Kapsulitis und eine Fibromyalgie. Am 25. Januar 2018 stellte er anhand der von der Versicherten mitgebrachten MRT-Bilder des rechten Knies eine degenerative Aussenmeniskus-Vorderhornläsion fest. Am 15. März 2018 kam er zum Schluss, dass die Versicherte eine Mischproblematik aus manifester adhäsiver Kapsulitis und Fibromyalgie aufweise. Vermutlich bestehe auch eine gewisse Schmerzverarbeitungsstörung. Dr. C.____ fasste am 31. März 2018 die Krankengeschichte der Versicherten zusammen. Danach leide die Versicherte an linksseitigen Gesichtsschmerzen. Die fachärztlichen und bild-

gebenden Untersuchungen hätten keine neuen Aspekte ergeben. Der im Mai 2014 festgestellte leicht erhöhte Calprotectin-Wert im Stuhl weise auf eine unterschwellige chronische Darmentzündung hin, welche bereits im Jahr 2010 dokumentiert worden sei. Damals seien die festgestellten Verletzungen als Folge der Schmerzmitteleinnahme interpretiert worden. Die Entzündungswerte hätten jedoch unter Schmerzmittelkarenz nicht abgenommen. In Bezug auf die rechte Hand seien immer noch entzündliche Vorgänge darstellbar. Die Kniearthrose spreche auf herkömmliche Behandlung nicht an. Anfang 2018 sei eine Kapsulitis an der linken Schulter diagnostiziert worden. Er gehe davon aus, dass die Schulterschmerzen weniger auf die Kapsulitis als auf die linksseitigen Hals- und Kopfschmerzen zurückzuführen seien. Eine fachpsychiatrische Abklärung habe keine Auffälligkeiten ergeben. Damit seien als Entitäten neu die Überlastungssituation im rechten Handgelenk, die Kniearthrose rechts und - soweit überhaupt vorhanden - die Schulterkapsulitis zu nennen. Eine weitere Untersuchung des Knies im Spital M._____ ergab eine Fibromyalgie mit generalisiertem myofaszialem Schmerzsyndrom bei einer Unterflächennläsion des medialen Meniskus rechts. Die geklagten Beschwerden seien wahrscheinlich nicht durch die Meniskuläsion, sondern eher durch das Fibromyalgiesyndrom bedingt (vgl. Bericht vom 27. Juli 2018).

6.2.10 Zur Knieproblematik nahm Dr. S._____ vom 23. August 2018 erneut Stellung. Im Vordergrund stehe die chronische Schmerzstörung mit klinischem Ganzkörperschmerzsyndrom bei Fibromyalgie. Orthopädisch lasse sich beim rechten Knie eine mechanische Komponente mit objektiver Ergussbildung als Ausdruck einer Synovitis feststellen, welche intraartikulären degenerativen Veränderungen zuzuordnen sei. Dr. U._____ äussere zudem einen Verdacht auf eine initiale Gonarthrose, stelle aber die mechanisch mögliche Schmerzkomponente auch in Kontext mit der übergeordneten Schmerzstörung. Diese Auffassung sei einleuchtend, denn bei genauer Betrachtung der einzelnen Befunde sei die mechanische - gemessen an der generellen - Schmerzkomponente als nachrangig einzustufen. Als einziges Korrelat der Kniebeschwerden lasse sich nur ein intraartikulärer Reizerguss objektivieren. Arthrosezeichen liessen sich bildgebend nicht finden. Die Chondromalazie Grad II entspreche keinem bedeutenden Knorpelschaden. Auch die Veränderungen im Bereich des Innen- und Aussenmeniskus seien mangels gesicherter, funktionell relevanter Rissbildung eher unspezifisch. Der von Dr. L._____ aufgrund der Kniebeschwerden angepassten Zumutbarkeitsbeurteilung vom 12. März 2018 schliesse er sich an. Am 23. Oktober 2018 nahm Dr. S._____ nochmals ausführlich zu den Einwänden der Versicherten und der medizinischen Aktenlage Stellung. Er hielt daran fest, dass sich keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der ABI-Begutachtung feststellen lasse.

7.1 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 29. August 2018 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten auf die vorliegenden medizinischen Berichte und bei der Beurteilung der zumutbaren Arbeitsunfähigkeit auf die Stellungnahmen ihrer RAD-Ärzte vom 19. Juni 2015, 23. Juni 2017, 14. Juli 2017, 12. März 2018, 23. August 2018 und 23. Oktober 2018. Sie ging demzufolge davon aus, dass die von der Versicherten geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht nachgewiesen sei und deshalb weiterhin eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit gemäss Urteil des Kantonsgerichts vom 11. Juli 2013 bestehe. Diese Beurteilung ist nicht zu beanstanden.

7.2 In Würdigung der umfangreichen medizinischen Aktenlage ist festzustellen, dass die Versicherte seit Jahren Schmerzen an verschiedenen Körperstellen hat. Ihr Hausarzt, Dr. C.____, liess deswegen immer wieder verschiedene fachmedizinische Abklärungen durchführen, mit welchen jedoch die Beschwerden nie im geklagten Ausmass objektiviert werden konnten. So gab die Versicherte auch anlässlich der Untersuchung in der ABI an, an belastungsabhängigen Rücken-, Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen bis in den Kleinfinger und in die Füsse, krampfartigen Schmerzen im Arm- und Bauchbereich, Unverträglichkeiten von Medikamenten und Nahrungsmitteln, Brechreiz, Magenbrennen, Blutungen im Stuhl und Konzentrationsstörungen zu leiden. Die klinischen und bildgebenden Untersuchungen des Kopfes, des Nackens, der Wirbelsäule, der Hüften, des ISG, der Füsse, der Hände, der Schultern und der Ellbogen ergaben keine wesentlichen pathologischen Befunde. Beim ISG links war bildgebend eine etwas erhöhte Aktivität zu beobachten, welcher die Fachpersonen jedoch keinen Krankheitswert zumessen. Die ABI-Gutachter trugen der chronischen Schmerzsymptomatik aus orthopädischer Sicht insofern Rechnung, als sie der Versicherten aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs eine 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit zugestanden (vgl. ABI-Gutachten vom 1. November 2010, S. 25 und 29). In Bezug auf den Verdauungstrakt waren aufgrund einer Kapselendoskopie kleinste ulzeröse Veränderungen im Dünndarm nachweisbar. Gemäss dem Gutachterteam der ABI könne dieser Befund die abdominale Problematik nicht erklären, so dass sie die Darmproblematik einem Reizdarmsyndrom zuordneten (vgl. ABI-Gutachten 1. November 2010, S. 29). Aufgrund der geklagten rezidivierenden Abdominalschmerzen, der Blutungen im Darm und der Laktoseintoleranz gingen sie davon aus, dass ein erhöhter Pausenbedarf bestehe. Sie attestierten deshalb eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Eine additive Wirkung zu der orthopädisch festgestellten Leistungseinschränkung verneinten sie (vgl. ABI-Gutachten vom 1. November 2010, S. 29). Der Psychiater der ABI ging aufgrund der Tatsache, dass das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden nicht hinreichend objektiviert werden konnte, von einer psychischen Überlagerung aus. Er konnte keine auffälligen Psychopathologien feststellen und ordnete den ganzen Symptomenkomplex einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Somatisierungsstörung zu, welche aber zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Die Versicherte habe eine gute Beziehung zu ihrem Ehemann und ihren drei Söhnen, unternehme regelmässig Spaziergänge, lese gerne ein Buch, helfe den Kindern regelmässig bei den Hausaufgaben und pflege einige soziale Kontakte. Es könne ihr deshalb aufgrund der vorhandenen Ressourcen zugemutet werden, trotz der klagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können (ABI-Gutachten vom 1. November 2010, S. 19 und 22).

7.3 Nach der ABI-Begutachtung klagte die Versicherte über eine Zunahme der Schmerzen am ganzen Körper. Die medizinischen Abklärungen konnten die geltend gemachten Beschwerden - bis auf eine Knieproblematik rechts – nicht objektivieren. Zwar waren aufgrund des Sturzes vom 4. April 2015 und der dabei erlittenen Handgelenksverletzung und des Nasenbeinbruchs neue objektive pathologische Befunde vorhanden. Wie Dr. L.____ am 19. Juni 2015 jedoch einleuchtend dazu ausführte, ist nicht davon auszugehen, dass diese Verletzungen die Arbeitsfähigkeit der Versicherten dauerhaft einschränken; zumal die MRT-Untersuchung des

rechten Handgelenks vom 7. Juli 2015 keine ossären Verletzungen zeigte. Der vom behandelnden Arzt des Spitals K.____ am 1. April 2016 noch geäusserte Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom oder ein Sulcus-Ulnaris-Syndrom liess sich aufgrund einer elektrophysiologischen Untersuchung nicht bestätigen (vgl. Berichte des Spitals K.____ vom 5. und 13. April 2016). Nach mehreren erfolglosen medizinischen Behandlungsmassnahmen wurden die anhaltend geklagten belastungsabhängigen Handgelenksbeschwerden mangels objektivierbarer Befunde schliesslich einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bzw. einer Fibromyalgie zugeordnet (vgl. Bericht des Spitals K.____ vom 24. Juni 2016). In Bezug auf die Schulterbeschwerden konnte bildgebend eine adhäsive Kapsulitis (Frozen Shoulder) festgestellt werden, welche der zuständige Arzt, Dr. V.____, aber vorwiegend als Teil einer Fibromyalgie ansah (Bericht vom 15. März 2018). Auch Dr. C.____ gelangte in seinem Schreiben vom 31. März 2018 zum Schluss, dass diesem Schulterleiden kein wesentlicher Krankheitswert zukomme. PD Dr. N.____ fand keine neurologischen pathologischen Hinweise auf die von der Ärzteschaft des Spitals K.____ am 23. Dezember 2014 festgestellten stark ausgeprägten Konzentrationsstörungen (vgl. Bericht vom 13. August 2015). Weiter ist davon auszugehen, dass die mit der Panendoskopie vom 16. August 2017 nachgewiesenen Hiatushernie (Zwerchfellbruch) und Cardiainsuffizienz (Insuffizienz des ersten Abschnitts des Magens) gut behandelbar sind, verschrieb doch Dr. I.____ zur Behandlung dieser Leiden lediglich entsprechende Medikamente (vgl. Bericht vom 18. August 2017). Die von den ABI-Gutachtern gestellte Differentialdiagnose eines Morbus Crohn konnte später aufgrund der Panendoskopie vom 16. August 2017 nicht bestätigt werden (vgl. Bericht von Dr. I.____ vom 18. August 2017). Im Übrigen ist aufgrund der im Jahr 2015 erfolgten Abklärung im X.____ auch ein Morbus Whipple oder eine anderweitige tropische Krankheit auszuschliessen (vgl. Bericht vom 19. Oktober 2015; vgl. auch E-Mail von Dr. C.____ vom 17. September 2015). Desgleichen änderte die aufgrund der ausgeprägten Kiefergelenksschmerzen veranlasste HNO-Untersuchung Anfang 2013 für Dr. D.____ nichts an der bisherigen HNO-Diagnose eines myofaszialen Schmerzsyndroms, einer Schwerhörigkeit und einer Mittel- und Aussenohrentzündung (vgl. Berichte vom 15. Dezember 2006 und vom 1. Februar 2013).

7.4 Wie bereits die ABI-Gutachter ordneten einige Fachärzte die Schmerzen am ganzen Körper im Wesentlichen einem chronischen Schmerzsyndrom zu (vgl. Berichte von Dr. F.____ vom 27. Mai 2013, der G.____ vom 12. August 2013, von Dr. H.____ vom 24. Februar 2014, des Spitals K.____ vom 23. Dezember 2014, von PD Dr. N.____ vom 13. August 2015, des Spitals Q.____ vom 24. Juni 2016 und von Dr. U.____ vom 16. August 2017). Gestützt auf ihre Beurteilungen ist hinsichtlich des Schmerzsyndroms von einer gleichgebliebenen gesundheitlichen Situation auszugehen. In Bezug auf die von den übrigen Fachärzten diagnostizierte Fibromyalgie (vgl. Berichte von Dr. J.____ vom 18. September 2014, von Dr. O.____ vom 14. September 2015, von Dr. V.____ vom 15. März 2018 und des Spitals M.____ vom 27. Juli 2018) ist darauf hinzuweisen, dass dieses Krankheitsbild – wie die somatoforme Schmerzstörung bzw. Somatisierungsstörung – gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern gehört. Damit sind die gesundheitlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nach der sog. Schmerzrechtsprechung zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2013, 8C_32/2013, E. 2 und vom 16. April 2018, 9C_445/2017, E. 4.3). Eine solche Prüfung nahm der Psychiater der ABI im Zusammen-

hang mit der von ihm diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der Somatisierungsstörung vor und kam zum Schluss, dass diese beiden Erkrankungen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten hätten. Zwar erfolgte diese Beurteilung noch unter der Praxis der dannzumal geltenden Schmerzrechtsprechung nach BGE 130 V 352, womit er sich nicht zu den Standardindikatoren gemäss der mit BGE 141 V 281 geänderten Schmerzrechtsprechung äusserte. Gemäss bundesgerichtlicher Praxis verliert aber ein gemäss altem Verfahrensstandard eingeholtes Gutachten nicht per se seinen Beweiswert. Aufgrund der nach der ABI-Begutachtung von den hier involvierten Fachärzten mehrfach erwähnten subjektiven Krankheitsüberzeugung, der Tendenz zur Passivität, der fehlenden erheblichen Komorbiditäten und der günstigen persönlichen und sozialen Ressourcen der Versicherten ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden aufgrund der somatoformen Schmerzstörung bzw. der Somatisierungsstörung und damit auch der Fibromyalgie weiterhin - auch unter dem Blickwinkel des BGE 141 V 281 - zu verneinen. Bezüglich der psychischen Komorbiditäten ist der Vollständigkeit halber hier anzuführen, dass es keine Anhaltspunkte für eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes seit der ABI-Begutachtung gibt. So ist eine psychische Erkrankung der Versicherten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der überzeugenden Ausführungen von Dr. T.____ in ihrem Bericht vom 8. August 2017 nach wie vor auszuschliessen. Sie fand keine Hinweise, welche den im Bericht vom Spital Q.____ vom 24. Juni 2016 geäusserten Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung hätten erhärten können. Desgleichen konnte sie die im Bericht vom Spital Q.____ vom 24. Juni 2016 festgehaltene Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode nicht (mehr) bestätigen.

7.5 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 7.1 hiervor), lässt sich einzig das rechtsseitige Knieleiden objektivieren. So berichtete Dr. U.____ am 16. August 2017 gestützt auf die MRT vom 22. Juni 2017 erstmals von einer beginnenden Gonarthrose rechts. Dieser neue Befund veranlasste Dr. L.____, das von den ABI-Gutachtern formulierte Zumutbarkeitsprofil (körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg) in qualitativer Hinsicht anzupassen. Aufgrund der Kniebeschwerden sei es der Versicherten nun auch nicht mehr zuzumuten, längere Strecken zu gehen, Treppen zu benützen sowie Leitern und Gerüste zu besteigen (Stellungnahme vom 12. März 2018). Dieser Zumutbarkeitsbeurteilung folgte Dr. S.____ mit Stellungnahme vom 23. August 2018.

7.6 In Würdigung der langjährigen Krankengeschichte und der zahlreichen Abklärungen der multiplen Beschwerden der Versicherten kamen die RAD-Ärzte Dr. L.____ und Dr. S.____ zum überzeugenden Schluss, dass - bis auf die Knieproblematik rechts - eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seit der ABI-Begutachtung nicht nachgewiesen werden könne. Nach einer Würdigung der vorliegenden medizinischen Aktenlage bestehen keine - auch nur geringe - Zweifel an der Richtigkeit ihrer Einschätzungen. Beide RAD-Ärzte verfügen über die notwendigen fachlichen Qualifikationen, um die Auswirkungen der diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu beurteilen (vgl. zu diesem Erfordernis: Urteil des Bundesgerichts vom 26. Januar 2010, 9C_736/2009, E. 2.1). Auch die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. L.____ vom 12. März 2018 ist einleuchtend. Es bestehen keine Gründe für die Annahme, dass die Versicherte aufgrund ihres Knieleidens rechts in einer leidensangepassten Verweistätigkeit auch in

quantitativer Hinsicht, d.h. mehr als zu 20 % in der Arbeitsfähigkeit, eingeschränkt sein soll. Demgemäss ist auf die RAD-Beurteilungen abzustellen.

8.1 Die Vorbringen der Versicherten vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Was die von ihr geltend gemachte Gonarthrose nun auch am linken Knie anbelangt, so ist darauf hinzuweisen, dass Dr. U.____ lediglich einen Verdacht auf eine beginnende Gonarthrose links äusserte (vgl. Bericht vom 16. August 2017). Anlässlich der Untersuchung vom 19. Juli 2018 im Spital M.____ konnten die medizinischen Fachpersonen jedoch keine pathologischen Befunde erheben, weshalb die Verdachtsdiagnose nicht bestätigt werden konnte. Es bestand daher auch kein Anlass für Dr. L.____ oder Dr. S.____, ihre Zumutbarkeitsbeurteilung wegen den geklagten Schmerzen am linken Knie zu ändern.

8.2 Auch der Einwand der Versicherten, wonach der Hausarzt einen Verdacht auf ein Morbus Behçet geäussert habe, ist nicht geeignet, Zweifel an den RAD-Beurteilungen zu erwecken. Denn Dr. C.____ hat Dr. U.____ in seiner E-Mail vom 23. August 2017 lediglich gebeten, den Morbus Behçet als mögliche Ursache des Schmerzleidens der Versicherten in Betracht zu ziehen. Da Dr. U.____ jedoch eine solche Erkrankung nicht diagnostiziert hatte, verzichtete Dr. C.____ auf weitergehende diesbezügliche Abklärungen. Gemäss seinen späteren Ausführungen in seinem Schreiben vom 31. März 2018 ist zudem davon auszugehen, dass er dem Morbus Behçet als Ursache für die Schmerzen der Versicherten keine Bedeutung mehr zumass. Wie die Versicherte richtig darlegt, vertrat Dr. C.____ in seinem Schreiben vom 4. September 2017 noch den Standpunkt, dass ein Zusammenhang zwischen den aktuellen Knieanschwellungen und den Darmveränderungen im Sinne einer rheumatischen Erkrankung bestehen könnte. Aufgrund seiner Formulierung ist jedoch davon auszugehen, dass es sich dabei lediglich um eine weitere mögliche Erklärung für die Schmerzsymptomatik handelt. Da ein solcher Zusammenhang bzw. eine solche Erkrankung von keiner Fachperson in den Raum gestellt wurde, erachtete er diese Auffassung wohl nicht mehr als wahrscheinlich. Jedenfalls griff er dieses Thema in seinem Schreiben vom 31. März 2018 nicht mehr auf. Seine Berichte vom 28. August 2013, 30. Januar 2014 und 27. Februar 2015, in welchen Dr. C.____ die zumutbare Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Versicherten abweichend von den RAD-Ärzten beurteilt, sind nicht beweistauglich. Er stützte seine Einschätzung vorwiegend auf die subjektiven Angaben seiner Patientin. Die Berichte enthalten keine wesentlichen objektiven Befunde, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 20 % rechtfertigen würden. Nichts anderes kann für sein Schreiben vom 8. Mai 2015 gelten, wonach er sich anlässlich eines Praktikums der Versicherten in seiner Praxis habe überzeugen können, dass die Versicherte schmerzbedingt nicht in der Lage sei, das von den RAD-Ärzten definierte Zumutbarkeitsprofil zu erfüllen. Auch hier sind seine Ausführungen nicht mit objektiven Befunden begründet; sie beruhen vielmehr auf Beobachtungen der von der Versicherten subjektiv erbrachten Arbeitsleistung. Zudem kommt die Erfahrungstatsache zum Tragen, dass Hausärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Stellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

8.3 In Bezug auf die von der Versicherten geltend gemachte Epilepsie ist darauf hinzuweisen, dass einzig im EEG vom 6. August 2013 bzw. im Bericht von Dr. med. Y.____, FMH Neu-

rologie, vom 8. August 2013 von dieser Erkrankung als mögliche Ursache der Schmerzsymptomatik die Rede und auch nur im Rahmen einer Differentialdiagnose ist. Da sich im weiteren Verlauf keine Anhaltspunkte für eine Epilepsie ergeben haben, zog jedoch keiner der behandelnden Ärzte, insbesondere auch nicht die Neurologen Dr. H.____ und PD Dr. N.____, eine solche Erkrankung in Betracht. Im Übrigen wurde bereits im Jahr 2006 gestützt auf das EEG vom 10. April 2006 das Vorliegen einer Epilepsie aus neurologischer Sicht verneint (vgl. Bericht des Spitals M.____ vom 16. Mai 2006).

8.4 Auch die weiteren Einwendungen der Versicherten sind nicht stichhaltig. Es trifft zwar zu, dass Dr. O.____ in seinem Bericht vom 14. September 2015 von einer unklaren Situation in Bezug auf das ISG und die Brustwirbelsäule spricht. Am 31. März 2018 führte er jedoch aus, dass die nachfolgenden Untersuchungen keine auffälligen Befunde gezeigt hätten. Hinsichtlich des Hinweises der Versicherten auf die im zuvor erwähnten Bericht vom 14. September 2015 festgestellten erhöhten Calprotectin-Werte ist zu beachten, dass Dr. O.____ die erhöhten Calprotectin-Werte nicht auf ein objektivierbares Leiden zurückführt, weshalb die Versicherte daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten kann.

8.5 Zusammenfassend ist in medizinischer Hinsicht festzustellen, dass sämtliche Abklärungen – bis auf eine Gonarthrose am rechten Knie - keine Befunde mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergaben. Die von Dr. L.____ neu wegen der Knieproblematik rechts vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung überzeugt. Demnach ist davon auszugehen, dass der Versicherten die Ausübung von leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten im Umfang von 80 % zuzumuten ist, sofern diese kein Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg, kein längeres Gehen, kein Treppensteigen und kein Besteigen von Leitern beinhalten. Vergleicht man den Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt des Urteils des Kantonsgerichts vom 11. Juli 2013 bzw. der Rentenverfügung vom 9. Oktober 2013 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. August 2018, so ist mit der IV-Stelle festzuhalten, dass keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der Versicherten eingetreten ist, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit 2013 nur in qualitativer, aber nicht in quantitativer Hinsicht verändert hat. Es ist daher weiterhin von einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit auszugehen.

9.1 Mit dem Vorbringen der Versicherten, wonach der Aufwand der Spitex trotz Wegfalls der Reinigung der Kinderzimmer und für die Kleiderwäsche der Söhne gleichgeblieben sei, kann auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden. Wie dem Bericht Haushalt vom 8. Februar 2011 zu entnehmen ist, hätten der Ehemann und die drei Kinder schon damals im Haushalt mitgeholfen. So hätten die Kinder zusammen mit ihrem Vater insbesondere die Wäsche und das Staubsaugen ihrer Zimmer weitgehend selber erledigt. Die Versicherte habe bei diesen Arbeiten nur rudimentär und gelegentlich je nach gesundheitlichem Zustand mitgeholfen. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass sich daran etwas Wesentliches verändert hat, wohnen doch ihre Kinder immer noch zu Hause (vgl. Abklärungsbericht Haushalt vom 20. Juni 2018).

9.2.1 Entgegen der Ansicht der Versicherten sind auch die im Rahmen der beruflichen Massnahmen erstellten Beurteilungen nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft der RAD-Beurteilungen anzuzweifeln (vgl. Berichte des Z.____ vom 16. Oktober 2014, 9. Februar 2015 und 12. Mai 2015). Die Frage nach den der Versicherten noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung ist durch die medizinischen Fachpersonen und nicht durch die Eingliederungsfachleute zu beantworten. Daher kommt den medizinischen Abklärungen gegenüber denjenigen der Fachleute der Berufsberatung und der beruflichen Eingliederung grundsätzlich ein grösseres Gewicht zu. Denn diese beruhen in der Regel nicht auf vertieften medizinischen Untersuchungen, sondern auf berufspraktischen Beobachtungen, welche in erster Linie die von ihnen erhobene subjektive Arbeitsleistung der versicherten Person wiedergeben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Mai 2018, 9C_48/2018, E. 5). Indessen darf Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden. (Urteile des Bundesgerichts vom 27. Juni 2018, 8C_48/2018, E. 4.3.1, vom 17. September 2015, 8C_411/2015, E. 5.2 und vom 17. September 2012, 9C_148/2012, E. 2.3.2). Wenn eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung steht, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Oktober 2012, 9C_737/2011, E. 3.3).

9.2.2 Aus dem Abschlussbericht der Eingliederungsmassnahmen vom 22. Mai 2015 und den Berichten des Z.____ geht hervor, dass die Versicherte trotz hoher Leistungsbereitschaft und Integrationsbemühungen nie ein höheres Arbeitspensum als 50 % erreicht habe. Validierte Tests zu Erkennung von Funktionsstörungen wurden nicht vorgenommen, stattdessen wurde auf die im Gange befindliche neuropsychologische Untersuchung im Spital K.____ verwiesen (Bericht des Z.____ vom 12. Mai 2015). Gemäss Bericht des Spitals K.____ vom 23. Dezember 2014 war jedoch eine objektive neuropsychologische Abklärung nicht möglich, da die Versicherte zu fest auf ihre Schmerzproblematik fokussiert und dadurch abgelenkt gewesen sei. Rund ein Jahr nach Abschluss der Eingliederungsmassnahmen konnte das Verhalten der Versicherten während des stationären Aufenthalts im Spital Q.____ für eine längere Zeit beobachtet werden. Die psychosomatische Fachperson stellte dabei eine deutliche Selbstlimitierung fest (vgl. Bericht vom 24. Juni 2016). Ähnliche Feststellungen sind rund 1 Jahr später dem Bericht von Dr. T.____ vom 8. August 2017 zu entnehmen. Bereits die ABI-Gutachter berichteten von erheblichen Diskrepanzen zwischen den geklagten Schmerzen und den objektivierbaren Befunden. Sie gingen davon aus, dass bei der Versicherten eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung bestehe und sie wenig Motivation zeige, sich aktiv um ihre Genesung zu bemühen (vgl. ABI-Gutachten vom 24. April 2012, S. 22 und 28). Aufgrund dieser Berichte wird deutlich, dass die fehlende Steigerung des effektiven Arbeitspensums von höchstens 50 % auf das zumutbare von 80 % mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein selbstlimitierendes Verhalten der Versicherten zurückzuführen ist. Demnach vermögen die abweichenden Ergebnisse der beruflichen Massnahmen die medizinischen Beurteilungen, insbesondere diejenigen des RAD, nicht in Zweifel zu ziehen. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle

der Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit durch die Abklärungspersonen der beruflichen Eingliederung weniger Aussagekraft einräumte und der Beurteilung ihrer RAD-Ärzte folgte.

9.3 Schliesslich besteht kein Anlass, gemäss dem Eventualantrag der Versicherten ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Der medizinische Sachverhalt ist umfassend und von verschiedenen Fachärzten beurteilt worden, so dass von weiteren medizinischen Beurteilungen keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 132 V 393 E. 3.3, 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a).

10. Soweit die Versicherte die Auffassung vertritt, es bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr, weil sie die von einer potentiellen Arbeitgeberschaft erwarteten Leistungen nicht mehr erbringen könne, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Abgesehen davon, dass sie diesen Einwand nicht weiter begründet hat, ist auch nicht ersichtlich, weshalb eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit vorliegen sollte. Die Versicherte ist mit ihren fast 53 Jahren zu jung und die Restarbeitsfähigkeit ist mit 80 % zu hoch, als dass die strenge bundesgerichtliche Praxis den Schluss auf eine Unverwertbarkeit zulassen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2018, 8C_892/2017 mit weiteren Hinweisen).

11. Zu prüfen ist weiter die unter den Parteien umstrittene Frage, in welchem Ausmass die Versicherte zufolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Haushalt eingeschränkt ist. Aufgrund der von der Versicherten glaubhaft geschilderten Gründe für eine Berufstätigkeit in einem Vollzeitpensum ab 1. Januar 2016 verzichtete die Abklärungsperson anlässlich des Hausbesuchs vom 5. Juni 2018 zu Recht auf eine detaillierte Beschreibung der Einschränkungen im Haushalt (vgl. Abklärungsbericht Haushalt vom 20. Juni 2018). Dieses Vorgehen wird von der Versicherten auch nicht beanstandet. Für die Zeit bis 31. Dezember 2015 stützte sich die IV-Stelle für die Ermittlung der Einschränkungen im Haushalt auf den Abklärungsbericht vom 8. Februar 2011, wonach die Versicherte insgesamt zu 11,65 % in der Ausübung der Haushaltstätigkeiten eingeschränkt sei. Die Versicherte erachtet 50 % als angemessen. Diese Auffassung vertrat sie bereits im vorangegangenen Beschwerdeverfahren. Sie bringt im vorliegenden Verfahren keine neuen Aspekte vor, welche eine erneute Überprüfung der Einschränkungen im Haushalt erfordern würde. Der Haushaltsbericht vom 8. Februar 2011 ist sehr ausführlich und führte in jedem Aufgabenbereich detailliert auf, welche Haushaltsarbeiten der Versicherten noch zumutbar sind. Dabei berücksichtigte die Abklärungsperson zu Recht die Mithilfe des Ehemannes und ihrer damals noch schulpflichtigen Söhne im Rahmen der Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen). Es sind keine besonderen Umstände gegeben, welche den Abklärungsbericht als mangelhaft oder ungeeignet erscheinen lassen würden, weshalb darauf abzustellen ist.

12.1 Wie eingangs ausgeführt (vgl. E. 4.3.3 hiavor), ist der Invaliditätsgrad für die Zeit bis 31. Dezember 2015 nach der gemischten Methode und ab 1. Januar 2016 nach der allgemeinen Methode zu bestimmen. Die IV-Stelle ermittelte für die erste Berechnungsperiode in Berücksichtigung der zeitlichen Beanspruchung in den jeweiligen Bereichen (80 % im Erwerbs- und 20 % im Haushaltsbereich) bei einer Einschränkung im Haushaltsbereich von 2,33 % (0,2 x

11,65 %) und einer solchen im Erwerbzbereich von 39,91 % (0,8 x 49,89 %) einen Invaliditätsgrad von gerundet 42 %. Die Versicherte beanstandete diesen Invaliditätsgrad nicht, weshalb ohne weitere Erörterungen festzustellen ist, dass sie für die Zeit bis 31. Dezember 2015 weiterhin einen Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

12.2. Für die Zeit ab 1. Januar 2016 setzte die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 29. August 2018 den Invaliditätsgrad auf 45,44 % bei einem Valideneinkommen von Fr. 79'270.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 43'250.-- fest. Die IV-Stelle stützte sich bei der Ermittlung des Valideneinkommens ab 1. Januar 2016 auf die Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Sektor Gesundheits- und Sozialwesen, Kompetenzniveau der Tätigkeit 3, Spalte Frauen, von monatlich Fr. 6'348.-- ab. Nach Anpassung an die bis 2015 erfolgte Nominallohnentwicklung von 0,3 % und Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,5 Stunden ermittelte sie ein Einkommen von Fr. 79'270.--. Als Begründung für den Beizug der Tabellenlöhne der LSE führte die IV-Stelle an, es sei nicht erhärtet und nachträglich nicht überprüfbar, dass der ehemalige Arbeitgeber die Versicherte in einer Vollzeitbeschäftigung angestellt hätte. Die Versicherte macht demgegenüber geltend, dass es für diese Ausfassung keine Hinweise gebe, weshalb auf das beim B._____ erzielte effektive Einkommen abzustellen sei.

12.3.1 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns oder, wenn es wie vorliegend um eine Rentenrevision geht, im Zeitpunkt der Revisionsverfügung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Die Ermittlung des im Gesundheitsfall von der versicherten Person erzielbaren Einkommens hat so konkret wie möglich zu geschehen (vgl. ULRICH MEYER/MARCO REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 28a N. 48 ff.). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 f. E. 4.1, 129 V 224 E. 4.3.1 je mit weiteren Hinweisen). Ist ein konkreter Lohn nicht eruierbar oder hätte die versicherte Person ihre bisherige Stelle auch ohne gesundheitliche Beeinträchtigung verloren, so können die Zahlen der LSE herangezogen werden (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C_728/2016, E. 3.1 und vom 9. Juni 2015, 9C_212/2015, E. 5.4).

12.3.2 Vorliegend sind – wie die Versicherte zu Recht geltend macht - keine Gründe ersichtlich, für die Ermittlung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne der LSE abzustellen. Aus den Akten geht hervor, dass der Versicherten aus gesundheitlichen Gründen per Ende 2003 gekündigt wurde. Es gibt auch keine Anhaltspunkte, dass die Versicherte im Gesundheitsfall ab 1. Januar 2016 nicht in einem Vollzeitpensum beim B._____ hätte arbeiten können. Unter diesen Umständen ist auf den zuletzt beim B._____ erzielten Verdienst abzustellen.

12.3.3 Gemäss Fragebogen für Arbeitgeber vom 10. August 2002 hätte die Versicherte als gesunde Person im Jahr 2002 als Krankenpflegerin bei einem Pensum von 80 % ein Jahreseinkommen von Fr. 60'383.70 (13 x Fr. 4'644.90) verdienen können. Umgerechnet auf ein Vollzeitpensum ergibt sich ein jährliches Einkommen von Fr. 75'479.65 (Fr. 60'383.70 x 100 : 80). Da nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts für den Einkommensvergleich grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs bzw. der Rentenanpassung massgebend sind (hier: 1. Januar 2016; BGE 129 V 222, 128 V 174), ist dieser Betrag der bis ins Jahr 2016 erfolgten Nominallohnentwicklung anzupassen; was ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 86'911.-- ergibt (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS]: T1.2.93, Nominallohnindex Frauen 2002 – 2010, Gesundheit und Sozialwesen, und T1.2.10, Nominallohnindex Frauen 2011 – 2017, Gesundheit, Heime und Sozialwesen: 2003: 2,1 %; 2004: 1,4 %; 2005: 0,9 %; 2006: 1,4 %; 2007: 1,4 %; 2008: 1,6 %; 2009: 1,9 %; 2010: 1,1 %; 2011: 0,7 %; 2012: 0,3 %; 2013: 0,4 %; 2014: 0,0 %; 2015: 0,3 %; 2016: 0,7 %).

12.4 Beim von der IV-Stelle ermittelten Invalideneinkommen für das Jahr 2015 von Fr. 43'250.-- beanstandet die Versicherte einzig den von der IV-Stelle vorgenommenen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 20 %. Sie macht geltend, dass aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und der Tatsache, dass sie nur wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Gehen von längeren Strecken, ohne wiederholtem Treppensteigen und ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten der Maximalabzug von 25 % gerechtfertigt sei. Bei dieser Argumentation übersieht sie, dass die ABI-Gutachter den erhöhten Pausenbedarf bereits durch die Annahme eines um 20 % reduzierten Arbeitspensums berücksichtigt hatten. Eine zusätzliche Veranschlagung dieser Einschränkung unter dem Titel des leidensbedingten Abzugs würde zu einer unzulässigen doppelten Anrechnung führen (vgl. BGE 126 V 75). Ob die anderen von der Versicherten angeführten Faktoren einen Abzug rechtfertigen, ist zweifelhaft. Da jedoch unter Berücksichtigung der genannten Faktoren ein Abzug von 20 % schon sehr hoch ist, besteht kein Anlass, der Versicherten den Maximalabzug von 25 % zu gewähren. Das von der IV-Stelle ermittelte Invalideneinkommen ist bis auf fehlende Anpassung an die bis 2016 erfolgte Nominallohnentwicklung nicht zu beanstanden. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Jahr 2016 von 0,8 % beläuft sich das Invalideneinkommen auf Fr. 43'596.-- ; BFS; T1.2.10, Nominallohnindex Frauen 2011 – 2017, Total).

12.5 Stellt man im Einkommensvergleich ein Valideneinkommen von Fr. 86'911.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 43'596.-- gegenüber, so resultiert daraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 43'315.--, was einen Invaliditätsgrad von 49,84 % bzw. gerundet (vgl. zur Rundungspraxis: BGE 130 V 121 ff.) von 50 % ergibt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 % hat die Versicherte ab 1. Januar 2016 Anspruch auf eine halbe Rente. Die Beschwerde ist demzufolge teilweise gutzuheissen.

13.1 Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Vorliegend ist die Versicherte obsiegende und die IV-Stelle unterliegende Partei.

13.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO in der bis 31. Dezember 2018 gültig gewesenen Fassung den Vorinstanzen - vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO - keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. Der Versicherten ist der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

13.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Versicherte obsiegende Partei ist, hat sie Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle. Die Rechtsvertreterin der Versicherten hat in ihrer Kostennote vom 26. November 2018 einen Stundenaufwand für die Zeit vom 2. Juli 2015 bis 26. November 2018 von insgesamt 21 Stunden 50 Minuten geltend gemacht. Hiervon ist der für das vorinstanzliche Einspracheverfahren ausgewiesene Aufwand von 13 Stunden und 25 Minuten abzuziehen. Zudem befindet sich in der Honorarnote eine Bemühung im Umfang von 10 Minuten, welche auf den Kontakt der Rechtsvertreterin mit der Rechtsschutzversicherung der Versicherten vom 18. September 2018 zurückzuführen ist. Solche Aufwände würden im Falle einer nicht rechtsschutzversicherten Person nicht anfallen und dürfen daher nicht berücksichtigt werden. Nach Abzug von insgesamt 13 Stunden und 35 Minuten verbleibt ein Stundenaufwand von 8 Stunden und 15 Minuten, welcher sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Dieser Aufwand ist zum in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Zu kürzen sind desgleichen die ausgewiesenen Auslagen im Zusammenhang mit dem Einspracheverfahren. Die übrigen zu entschädigenden Auslagen betreffen Kosten für 68 Kopien. Gemäss § 15 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 sind Fr. 1.50 pro Seite zu berechnen. Der Versicherten ist somit eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'331.15 (8 Stunden und 15 Minuten à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 102.-- [68 Kopien à Fr. 1.50] inkl. 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 29. August 2018 aufgehoben und die IV-Stelle Basel-Landschaft verpflichtet, der Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2016 eine halbe Invalidenrente auszurichten.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'331.15 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.