



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 21. Februar 2019 (720 18 121 / 48)**

---

**Invalidenrente**

**Prüfung der Auswirkungen eines postoperativ aufgetretenen Horner-Syndroms auf die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person im Rahmen des Revisionsverfahrens**

**Besetzung** Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

**Parteien** **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

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

**Betreff** IV-Rente

A. Die 1969 geborene A.\_\_\_\_ erlitt im März 1990 als Beifahrerin einen Autounfall und leidet seither an Nackenschmerzen, Schwindel und einem Rauschen im Kopf. Am 6. August 2012 meldete sich A.\_\_\_\_ unter Hinweis auf die seit dem Unfall im März 1990 bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse wies

die IV-Stelle Basel-Landschaft mit Verfügung vom 11. November 2013 einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente ab. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 27. April 2017 gut. Gestützt auf dieses Urteil sprach die IV-Stelle der Versicherten am 21. August 2017 vom 1. Februar 2013 bis 28. Februar 2014 eine Viertelsrente, vom 1. März 2014 bis 31. Dezember 2014 eine ganze Rente und ab 1. Januar 2015 eine Dreiviertelsrente zu.

B. Am 19. Juni 2017 ersuchte die Versicherte, vertreten durch Advokat Daniel Altermatt, aufgrund einer seit der Operation an der Halswirbelsäule (HWS) vom 18. Januar 2016 eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes um Erhöhung der Dreiviertelsrente auf eine ganze Invalidenrente. In der Folge klärte die IV-Stelle den Gesundheitszustand der Versicherten erneut ab. Gestützt auf die Abklärungsergebnisse lehnte sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren das Gesuch um Erhöhung der laufenden Dreiviertelsrente mit Verfügung vom 1. März 2018 ab.

C. Gegen diese Verfügung liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter am 16. April 2018 Beschwerde ans Kantonsgericht erheben. Sie beantragte, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung mit Wirkung auf den frühestmöglichen Zeitpunkt eine ganze Rente zuzusprechen; alles unter o/e-Kostenfolge, wobei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen sei. In der Begründung führte sie aus, dass es beim operativen Eingriff vom 18. Januar 2016 zu einer Nervenverletzung an der HWS gekommen sei, die zu einem Horner-Syndrom mit Visuseinschränkungen, Doppelbildern und Ausfällen des rechten Auges geführt habe. Zudem leide sie seit dieser Operation an weiteren neurologischen Beschwerden, deren Symptomatik auf Beeinträchtigungen bzw. eine Verletzung des Hirnstammes hindeuten würden.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 7. Juni 2018 schloss die IV-Stelle mit Verweis auf die Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Regionaler ärztliche Dienst (RAD), vom 25. April 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit Verfügung vom 26. Juni 2018 bewilligte das Kantonsgericht die unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Verbeiständung.

F. Am 29. Oktober 2018 reichte der Rechtsvertreter der Versicherten einen Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Neurologie, vom 17. Oktober 2018 und wies auf die darin beschriebene Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin. Namentlich wirkten sich die geklagten monokulären Doppelbilder auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus.

G. Die IV-Stelle hielt in ihrer Duplik vom 3. Dezember 2018 gestützt auf den RAD-Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 9. November 2018 an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 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 16. April 2018 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die IV-Stelle das Gesuch der Versicherten, wonach ihre laufende Dreiviertelsrente 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). 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.

2.3 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).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern 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). Eine Veränderung der

gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts vom 11. Mai 2009, 9C\_261/2009, E. 1.2 und vom 28. August 2003, I 212/03, E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

3.2 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C\_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

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 75 ff. E. 3.2.3). Vorliegend hob das Kantonsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 27. April 2017 die Verfügung der IV-Stelle vom 11. November 2013 auf und sprach der Versicherten eine Viertelsrente für die Zeit vom 1. Februar 2013 bis 28. Februar 2014, eine ganze Rente für die Zeit vom 1. März 2014 bis 31. Dezember 2014 und eine Dreiviertelsrente ab 1. Januar 2015 zu. Die der Anordnung des Kantonsgerichts folgende Verfügung erliess die IV-Stelle am 21. August 2017. Das Gesuch der Versicherten um Erhöhung ihrer Rente vom 19. Juni 2017 wies sie sodann mit Verfügung vom 29. August 2017 ab. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Erhöhung der laufenden Dreiviertelsrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt des Urteils des Kantonsgerichts vom 27. April 2017 bzw. der Verfügung der IV-Stelle vom 21. August 2017 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. März 2018.

4.1 Für die Beurteilung der strittigen Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-) Arbeitsfähigkeit der Versicherten seit der Zusprechung der laufenden Dreiviertelsrente 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 Be-

urteilung 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).

4.2 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).

4.3 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).

4.4 Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). 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, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

5.1. Im Urteil vom 27. April 2017, auf welchem die Rentenverfügung der IV-Stelle vom 21. August 2017 beruht, stützte sich das Kantonsgericht auf das von ihm in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten bei der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) vom 11. September 2015. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter ein chronisches zervikovertebrales und ein chronisch-rezidivierendes mässiges lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und zusätzlich eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge fest. In somatischer Hinsicht seien der Versicherten keine Tätigkeiten mit wiederholtem Rotieren des Kopfes und Benützen von Stufen oder Leitern zuzumuten. Ebenso wenig könne sie eine "Haltearbeit" im Schultergürtelbereich ausüben, d.h. PC-Arbeiten könne sie maximal 1 - 2 Stunden ohne Unterbruch ausführen. Optimal sei eine Arbeit mit Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von maximal 2 - 3 kg. Zudem seien Überkopfarbeiten, gebückt oder kauern zu verrichtende Tätigkeiten oder schultergürtelbelastende Arbeiten zu vermeiden. Ausserdem sollte die Versicherte die Möglichkeit haben, die Körperposition zu wechseln, die Pausen bedarfsweise zu gestalten und den Arbeitsplatz ergonomisch anzupassen. Aus gesamtmedizinischer Sicht sei es der Versicherten grundsätzlich zumutbar ab 1. Januar 2012 sämtliche leidensangepasste Tätigkeiten im Umfang von 50 % auszuüben. Dabei sei zu beachten, dass gemäss den ärztlichen Vorberichten vom 9. April 2012 bis 11. Dezember 2013 eine 65%ige und vom 12. Dezember 2013 bis 6. September 2014 keine Arbeitsfähigkeit bestanden habe (vgl. auch Ergänzungsgutachten der asim vom 26. Mai 2016 und Schreiben vom 20. Juli 2016).

5.2 Am 18. Januar 2016 führte Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Neurochirurgie, bei der Versicherten aufgrund eines radikulären sensiblen Reizsyndroms C6 linksseitig an der HWS auf der Höhe C5/6 eine ventrale Diskektomie und eine monosegmentale Cage-Spondylodese durch (vgl. Operationsbericht vom 18. Januar 2016). In seinem Bericht vom 22. Januar 2016 hielt er als Diagnosen einen Status nach ventraler Diskektomie und monosegmentaler Cage-Spondylose C6/7, einen Verdacht auf eine radikuläre Reizung C7 links, einen Substanzdefekt auf der Höhe C5/6 medial links betont, eine chronische Schmerzstörung und Restless Legs fest. Er berichtete, dass sich bei der Versicherten am Tag nach der Operation eine Ptose rechts, Visusstörungen und diffuse Sensibilitätsstörungen im Versorgungsbereich des Nervus trigeminus und der Zunge einwickelt hätten. Infolge Zunahme dieser Symptomatik sei eine neurologische Untersuchung bei Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Neurologie, erfolgt. Dieser habe die Symptomatik nicht vollständig erklären können. Aufgrund der Schädel-MRT vom 21. Januar 2016 habe eine Ischiämie im Hirnstamm ausgeschlossen werden können. Aus chirurgischer Sicht sei am ehesten von einem Horner-Syndrom (= Symptomen-Trias aus Miosis durch Lähmung des Musculus dilatator pupillae, Ptosis durch Lähmung des Musculus tarsalis superior und Hebung des Unterlids mit scheinbarem Enophthalmus, online: [www.pschyrembel.de/Horner-Syndrom/K0A1X](http://www.pschyrembel.de/Horner-Syndrom/K0A1X) [19.02.2019]) auszugehen. Zu diesem Beschwerdebild passten jedoch die Sensibilitätsstörungen nicht. Dem von Dr. D.\_\_\_\_ erwähnten Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2016 sind als Diagnosen ein unklares neurologisches Zustandsbild mit Visusabnahme rechts, Ptosis rechts und rechtsseitigen Sensibilitätsstörungen im Gesichts- und Halsbereich bei Status nach Spondylodese C6/7 am 18. Januar 2016 und Status nach Spondylodese C5/6 zu entnehmen.

5.3 Wegen Taubheit in der rechten Gesichtshälfte und einer reduzierten Sehschärfe des rechten Auges war die Versicherte vom 22. Januar 2016 bis 26. Januar 2016 in der neurologischen Klinik des Spitals F.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 19. Februar 2016 wurden als Diagnosen ein Horner-Syndrom rechts, ein radikuläres Reiz- und ein sensibles Ausfallsyndrom C6 links, Restless Legs und eine psychosoziale Belastungssituation festgehalten. Der Beurteilung ist zu entnehmen, dass die untersuchende Ärzteschaft aufgrund der MRT des Neurokraniums, der MR-Angiografie und der Duplexsonografie der Halsschlagadern vom 22. Januar 2016 weder eine Dissektion der Aorta Carotis interna bzw. communis noch eine Ischämie des Hirnstammes noch eine intrazerebrale Blutung feststellen konnte. Aufgrund der kombinierten Symptomatik des Horner-Syndroms mit Ausfall des sympathischen und des somatoafferenten Nervensystems im Sinne einer Sensibilitätsminderung der rechten und im Verlauf auch der linken Gesichtshälfte sei am 23. Januar 2016 eine MRT-Untersuchung der HWS durchgeführt worden. Diese habe eine Syringomyelie auf der Höhe C6, möglicherweise posttraumatischer Genese bei Status nach Autounfall 1991 gezeigt. Das Horner-Syndrom sei am wahrscheinlichsten auf eine Läsion des sympathischen Nervenplexus im Rahmen der am 18. Januar 2016 vorgenommenen Spondylodese zurückzuführen. Die Versicherte wurde am 4. Februar 2016 erneut in der Augenklinik des Spitals F.\_\_\_\_ untersucht. Dabei wurde am rechten Auge eine postganglionäre Nervenschädigung festgestellt (vgl. Bericht vom 5. Februar 2016).

5.4 In seinem Bericht vom 23. März 2016 erweiterte Dr. D.\_\_\_\_ seine Diagnosen gemäss Bericht vom 22. Januar 2016 mit einem postoperativ aufgetretenen Horner-Syndrom rechts. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich keine Paresen gezeigt. Es beständen Hypästhesien bei C6 und diskret auch bei C7/8. Zudem liege ein Horner-Syndrom mit Enophthalmus und Ptosis vor. Für das Horner-Syndrom bestehe keine spezifische Therapieoption.

5.5 PD Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Neurologie, diagnostizierte in seinen Berichten vom 26. und 27. Juli 2016 ein Horner-Syndrom auf der rechten Seite, welches am ehesten auf eine iatrogene Läsion des sympathischen Nervenplexus im Rahmen der Spondylodese C6/7 zurückzuführen sei, sowie eine diffuse Sensibilitätsstörung im Bereich des Trigemini. In seiner Beurteilung führte er aus, dass die Versicherte über ein verändertes Gefühl im Bereich der rechten Gesichtshälfte und des Gaumens, eine deutlich eingeschränkte Akkommodation des rechten Auges, ein Druckgefühl im rechten Ohr und eine öfters verstopfte Nase rechts klagte. Beim Essen von sauren Lebensmitteln träten Missempfindungen und "Hühnerhaut" in der rechten Gesichtshälfte sowie im Nackenbereich auf. Darüber hinaus käme es in diesen Bereichen zu vermehrtem Schwitzen und in der rechten Gesichtshälfte zu einem Surren. Die Sensibilitätsstörungen im Trigemini-Versorgungsgebiet könne er nicht erklären. Bildgebend könne eine Hirnstammaffektion mit Beeinträchtigungen der Bereiche des Trigemini, des Glossopharyngeus und des Hypoglossus nicht objektiviert werden (vgl. MRT Schädel vom 13. Juni 2016). Er empfehle hinsichtlich der Sehstörungen eine Abklärung in der Augenklinik.

5.6 Die untersuchende Ärzteschaft der Augenklinik des Spitals F.\_\_\_\_ hielt am 22. September 2016 als Diagnosen ein Horner-Syndrom rechts nach HWS-Operation, eine Hyperopie, ein Astigmatismus und eine Presbyopie fest. Bis auf ein leichtes Oberlidartefakt, das im Rahmen des Horner-Syndroms als normal zu interpretieren sei, hätten bei der Gesichtsfelduntersu-

chung keine Auffälligkeiten festgestellt werden können. Die heutigen Refraktionswerte seien praktisch identisch mit denjenigen der Untersuchung vom 6. September 2016. Die von der Versicherten geklagten Sehstörungen seien vermutlich auf die suboptimale Korrektur der Brille zurückzuführen. Bei einer optimalen optischen Korrektur könne die Symptomatik vermindert werden. Es werde eine Gleitsichtbrille empfohlen. Ein direkter Zusammenhang zwischen den geklagten Sehstörungen und dem Horner-Syndrom sei aus medizinischer Sicht nicht gegeben. Gegebenenfalls stehe die von der Versicherten angegebene Kontrastverminderung in Verbindung mit einer Cataracta incipiens.

5.7 Dr. B.\_\_\_\_ kam aufgrund der medizinischen Berichte in ihrer Stellungnahme vom 4. Januar 2018 zum Schluss, dass die mit der Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten befassten Fachpersonen, Dr. E.\_\_\_\_, PD Dr. G.\_\_\_\_ und die Ärzteschaft der neurologischen Klinik des Spitals F.\_\_\_\_, die geklagte Symptomatik nicht hätten erklären können. Für die Beurteilung allfälliger funktioneller Auswirkungen des Horner-Syndroms auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten seien augenärztliche Kontrollen durchgeführt worden. Dabei sei festgestellt worden, dass die Visuseinschränkungen nicht auf das Horner-Syndrom zurückgeführt werden könnten. Die Sehschwäche beruhe vielmehr auf einer suboptimalen Korrektur und könne mit einer Gleitsichtbrille behoben werden. Seitens des Bewegungsapparates sei keine relevante Änderung seit der Begutachtung durch die asim im September 2015 festzustellen. Es sei somit davon auszugehen, dass lediglich vom 18. Januar 2016 bis 30. März 2016 aufgrund der HWS-Operation vom 18. Januar 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Danach habe wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit bestanden. Am 25. April 2018 hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, dass sämtliche geklagten Sehbeschwerden wie Doppelbilder, rechtsseitiger Sehverlust und Visuseinschränkungen in der Augenklinik des Spitals F.\_\_\_\_ abgeklärt worden seien. Es habe auf beiden Augen sowohl im Fern- als auch im Nahvisus ein mit Brille korrigierter Wert von 1,0 ermittelt werden können. Damit sei erstellt, dass die Versicherte mit einer adäquaten Sehbrille auf beiden Augen normal sehe. Bei der Gesichtsfeldmessung hätten keine Ausfälle objektiviert werden können. Zu den von der Versicherten geklagten neurologischen Beschwerden führte sie aus, dass die klinischen und bildgebenden Untersuchungen (MRT des Kopfes vom 21. Januar 2016 und 13. Juni 2016 und der HWS vom 23. Januar 2016, Duplexsonografie der Halsschlagadern, MR-Angiografie der Hirngefässe) diese nicht hätten erklären können, weshalb die neurologischen Fachärzte von einer organisch nicht erklärbaren Symptomausweitung ausgegangen seien. Sie halte deshalb an ihrer Beurteilung vom 4. Januar 2018 fest.

5.8 Während des Beschwerdeverfahrens untersuchte Dr. C.\_\_\_\_ die Versicherte am 16. Oktober 2018. In seinem Bericht vom 17. Oktober 2018 stellte er fest, dass die Versicherte an einem iatrogenen, residuellen Horner-Syndrom rechts, an Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Gesichts- und Halsseite, an einer verminderten Geschmacksempfindung im Bereich der rechten Zungenhälfte, an Schluckstörungen und an einem Verdacht auf monokuläre Doppelbilder rechts bei Status nach zervikoventraler ipsilateraler Spondylodese C6/7 am 18. Januar 2016, an einem residuellen sensiblen Ausfallsyndrom C6 links bei Status nach ventraler Diskektomie und monosegmentaler Cage-Spondylodese C5/6 am 17. Oktober 2011, an einer Syringomyelie auf Höhe C6, an einem kurzdauernden Rauschen mit Schwindel seit dem Autoun-

fall mit frontaler Contusio capitis 1991, an einer Läsion des Ramus profundus bei Status nach Bandplastik des Daumensattelgelenks 2003, an Sensibilitätsstörungen in den Bereichen des proximalen medialen Fussrückens links sowie des distalen medialen Unterschenkels und an einem Status nach linksbetonter Ischialgie beidseits leide. In der Beurteilung führte er aus, dass sich die Versicherte wegen der Visusstörungen kürzlich in der Klinik H.\_\_\_\_ vorgestellt habe. Gemäss deren Bericht vom 27. August 2018 werde nebst dem Horner-Syndrom eine Hypästhesie rechts fazial und zervikal sowie eine Keratokonjunktivitis sicca beschrieben. Aufgrund seiner eigenen Untersuchungsbefunde könne er heute ein residuelles Horner-Syndrom rechts und im Vergleich zu den Vorberichten eine Ausweitung der Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Gesichts- und Halsseite mit Angabe einer verminderten Geschmacksempfindung an der rechten Zungenhälfte feststellen. Zudem beständen monokuläre Doppelbilder bei Überbelastung im Nahbereich und Schluckstörungen. Es sei eine erneute MRT-Untersuchung und eine Angiografie vorgesehen, um eine Läsion im Bereich des Hirnstamms ausschliessen und den Verlauf der Syringomyelie auf der Höhe C6 beobachten zu können.

5.9 Zum Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ führte Dr. B.\_\_\_\_ am 9. November 2018 aus, dass die von der Versicherten beklagten Beschwerden nicht neu seien. Sämtliche bisherigen klinisch-neurologischen und bildgebenden Untersuchungen hätten diese Beschwerden nicht erklären können, weshalb die Neurologen von einer organisch nicht erklärbaren Symptomausweitung ausgegangen seien. Es sei somit nicht zu erwarten, dass die von Dr. C.\_\_\_\_ vorgeschlagenen Untersuchungen neue Erkenntnisse bringen würden.

6.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf die Ergebnisse, zu denen die RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ in ihren Stellungnahmen vom 4. Januar 2018, 25. April 2018 und 9. November 2018 gelangte. Sie ging davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der asim-Begutachtung im 2015 nicht dauerhaft verschlechtert habe und deshalb nach wie vor in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorliege. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.4 hiervor), darf ein medizinischer Sachverhalt gestützt auf einen RAD-Bericht beurteilt werden, solange keine - auch nur geringe - Zweifel an der Richtigkeit der Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend gibt es – entgegen der Ansicht der Versicherten - keinen Anlass, an der Richtigkeit der Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ zu zweifeln. Ihre Stellungnahmen setzen sich hinreichend mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen auseinander, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und ihre Schlussfolgerungen sind überzeugend. Nachvollziehbar zeigt Dr. B.\_\_\_\_ auf, dass die im Januar 2016 durchgeführte HWS-Operation vom 18. Januar 2016 lediglich zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit geführt hat und das seit diesem Eingriff bestehende Horner-Syndrom für die geklagten Seheinschränkungen nicht ursächlich ist. Sie stützt sich dabei auf die umfassenden Untersuchungen in der Augenklinik des Spitals F.\_\_\_\_, welche ergaben, dass die geklagten Visuseinschränkungen, die monokulären Doppelbilder und die Ausfälle am rechten Auge auf eine ungenügende Brillenversorgung zurückzuführen sind. Ausserdem geht aus dem Bericht der Augenklinik des Spitals F.\_\_\_\_ vom 22. September 2016 deutlich hervor, dass ein Zusammenhang zwischen den geltend gemachten Sehstörungen und dem Horner-Syndrom nicht möglich ist. Was die geltend gemachten neurologischen Beschwer-

den anbelangt, stellt Dr. B.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit den fachärztlichen Beurteilungen fest, dass die rechtsseitigen Sensibilitätsstörungen im Gesichts- und Halsbereich, die Missempfindungen beim Essen von sauren Lebensmitteln, das Auftreten von "Hühnerhaut" sowie das vermehrte Schwitzen im Gesichts- und Nackenbereich, das Surren in der rechten Gesichtshälfte, das Druckgefühl im rechten Ohr und die verstopfte Nase nicht objektivierbar seien (vgl. dazu Berichte von PD Dr. G.\_\_\_\_ vom 26. und 27. Juli 2016 sowie von Dr. E.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2016). Eine Verletzung des Hirnstammes kann aufgrund der bildgebenden Untersuchungen ausgeschlossen werden (vgl. Berichte der neurologischen Klinik des Spitals F.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2016 und von PD Dr. G.\_\_\_\_ vom 26./27. Juli 2016). Da keiner der Fachärzte einen Zusammenhang dieser Beeinträchtigungen mit dem Horner-Syndrom sieht, überzeugt die Feststellung von Dr. B.\_\_\_\_, wonach das Horner-Syndrom keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten habe. Ihre Schlussfolgerung, dass aufgrund der HWS-Operation lediglich für die Zeit vom 18. Januar 2016 bis 3. März 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, ist nachvollziehbar und somit nicht zu beanstanden. Den Beurteilungen von Dr. B.\_\_\_\_ sind deshalb volle Beweiskraft beizumessen.

6.2 An diesem Ergebnis ändert die erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens erstellte Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2017 und der darin erwähnte Bericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 27. August 2018 nichts. In zeitlicher Hinsicht ist zu beachten, dass der Verfügungserlass vom 1. März 2018 rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 4 E. 1.2). Dr. C.\_\_\_\_ stellt in seinem Bericht fest, dass die Versicherte über eine Zunahme der Beschwerden, insbesondere der Sensibilitätsstörungen, klagt. Er empfehle daher erneute bildgebende Abklärungen. Da eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten auf nach Verfügungserlass durchgeführte Untersuchungen bei Dr. C.\_\_\_\_ und der Klinik H.\_\_\_\_ beruhen, ist eine solche - wenn überhaupt gegeben - im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen. Die Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ zur medizinischen Situation vor Verfügungserlass vermögen keine neue Sichtweise zu begründen, werden doch im Wesentlichen lediglich die Befunde der behandelnden Ärzte wiedergegeben. Da der medizinische Sachverhalt bis zum hier massgebenden Verfügungserlass vom 1. März 2018 umfassend und von verschiedenen Fachärzten beurteilt worden ist, sind von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 132 V 393 E. 3.3, 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a).

6.3 Wird der Gesundheitszustand der Versicherten zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2018 mit demjenigen des Urteils des Kantonsgerichts vom 27. April 2017 bzw. der Verfügung der IV-Stelle vom 21. August 2017 verglichen, so ist festzustellen, dass sich aus den Akten keine Anhaltspunkte ergeben, welche auf eine dauerhafte Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse der Versicherten seit der Begutachtung der asim im September 2015 hindeuten würden. Die IV-Stelle ist demzufolge zu Recht davon ausgegangen, dass die Versicherte in einer leidensangepassten Tätigkeit unverändert zu 50 % arbeitsfähig sei. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Versicherte unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Ihr ist allerdings mit verfahrensleitender Verfügung vom 26. Juni 2018 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse gehen.

7.2 Dem Prozessausgang entsprechend sind keine Parteientschädigungen zuzusprechen. Da der Versicherten mit prozessleitender Verfügung vom 26. Juni 2018 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt wurde, hat dessen Entschädigung aus der Gerichtskasse zu erfolgen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter machte in seiner Honorarnote vom 29. Dezember 2018 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 6 Stunden und 55 Minuten und Auslagen von Fr. 140.-- geltend, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Ihm ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'641.35 (6 Stunden und 55 Minuten à Fr. 200.-- zuzüglich Spesen und Auslagen von Fr. 140.-- sowie 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

7.3 Die Versicherte wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

://:

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

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die der Beschwerdeführerin auferlegten Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'641.35 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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