



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 30. Januar 2020 (720 19 105 / 24)

Invalidenversicherung

Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen / Rückweisung zur polydisziplinären Abklärung.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin i.V. Daniela Buser

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Deborah Büttel, Rechtsanwältin, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1969 geborene A.____ meldete sich erstmals im April 1996 unter Hinweis auf ein Schleudertrauma und daraus resultierende starke Kopfschmerzen und Gedächtnislücken zum Bezug einer Invalidenrente an. Zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts holte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) ein polydisziplinäres Gutachten beim Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) vom 22. Februar 2001 ein. Gestützt auf dieses Gutachten sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 3. Oktober 2001 ab dem 1. August 1996 eine hal-

be Invalidenrente zu. Im Dezember 2009 wurde durch die IV-Stelle die Revision der Invalidenrente eingeleitet. In deren Verlauf holte die IV-Stelle beim Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) ein polydisziplinäres Gutachten vom 19. August 2010 ein. Gestützt auf dessen Ergebnisse hob die IV-Stelle die bisherige Rente der Versicherten mit Verfügung vom 22. Februar 2011 auf, weil keine rentenbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorlag. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

B. Die Versicherte reichte im Dezember 2014 eine Neuanmeldung zum Leistungsbezug ein. Mangels Glaubhaftmachung von veränderten Tatsachen wurde auf das Gesuch nicht eingetreten.

C. Im Juli 2018 erfolgte schliesslich eine weitere Neuanmeldung für den Bezug einer Invalidenrente unter Hinweis auf eine Kieferhöhlenentzündung und chronische, nervlich bedingte Schmerzen in der linken Gesichtshälfte. Nach Einholung der medizinischen Unterlagen unterbreitete die IV-Stelle diese Dr. med. B.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zur Stellungnahme. Dr. B.____ konnte aufgrund der medizinischen Akten keinen Gesundheitsschaden mit einem potentiell invalidisierenden Anspruch nachvollziehen, mit welchem eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten begründet werden könnte. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 25. Februar 2019 ab.

D. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwältin Deborah Büttel, am 28. März 2019 Beschwerde am Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, die angefochtene Verfügung vom 25. Februar 2019 sei aufzuheben und ihr sei eine mindestens halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ein medizinisches Gutachten gerichtlich anzuordnen. Subeventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben, die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, ein medizinisches Gutachten einzuholen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass die Beschwerdegegnerin ihre Untersuchungspflicht verletzt habe, indem nicht sämtliche aktuellen medizinischen Akten eingeholt und keine polydisziplinäre Abklärung durchgeführt worden seien. Mit der Beschwerdeschrift reichte die Versicherte weitere Arztberichte ein.

E. Das Kantonsgericht bewilligte der Beschwerdeführerin mit verfahrensleitender Verfügung vom 1. April 2019 die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung.

F. Mit Vernehmlassung vom 12. Juli 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Ihren Antrag begründete sie im Wesentlichen damit, dass der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt und die Kritik an den medizinischen Einschätzungen der IV-Stelle unbegründet sei. Die Ausübung einer Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht vollumfänglich zumutbar. Der Vernehmlassung wurden die Berichte von Dr. B.____, RAD, vom 20. Mai 2019 sowie vom 28. Juni 2019 beigelegt.

G. Mit Replik vom 16. Oktober 2019 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Rechtsbegehren fest und reichte weitere Arztberichte ein. Unabhängig von einer Diagnose und der Ursache der Beschwerden sei massgebend, ob und in welchem Ausmass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Die Versicherte sei aufgrund ihres vielschichtigen Beschwerdebildes nach wie vor in invalidisierendem Ausmass in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Demzufolge sei zwecks Beurteilung der verbleibenden Leistungsfähigkeit ein medizinisches Gutachten einzuholen.

H. Mit Duplik vom 13. November 2019 hielt die IV-Stelle an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Zur Begründung verwies sie vollumfänglich auf die angefochtene Verfügung vom 25. Februar 2019 sowie die Vernehmlassung vom 12. Juli 2019. Der Duplik wurde der Bericht von Dr. B.____, RAD, vom 6. November 2019 angefügt.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 28. März 2019 ist demnach einzutreten.

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

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

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

3.1 Gemäss Art. 17 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte der versicherten Person eröffnete rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3).

3.2 Bei der am 3. Juli 2018 eingegangenen Anmeldung zum Leistungsbezug (act. 109) handelt es sich zwar nicht um eine Rentenrevision nach Art. 17 ATSG, sondern um eine Neuanschuldung, nachdem die IV-Stelle den Rentenanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 22. Februar 2011 rechtskräftig aufgehoben hatte (act. 85). Gleichwohl zielt auch die Neuanschuldung auf eine erneute Prüfung des Leistungsanspruchs aufgrund veränderter Verhältnisse ab (Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961 in Verbindung mit Art. 87 Abs. 3 IVV; zur Prüfung der Eintretensfrage vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a; BGE 109 V 114 E. 2b, BGE 109 V 264 f. E. 3; für die materiellen Voraussetzungen: BGE 130 V 64). Die Gemeinsamkeiten sowohl bei einer Rentenrevision als auch bei einer Neuanschuldung legen es deshalb nahe, die entscheidende Frage nach einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades nach denselben Grundsätzen zu prüfen (BGE 133 V 108 E. 5.2). Die versicherte Person muss sich somit das Ergebnis der letztmaligen materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs auch im Rahmen eines erneuten Leistungsgesuchs entgegenhalten lassen.

3.3 Eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts erfolgte letztmals im Rahmen der im Dezember 2009 ein-

geleiteten Revision der Invalidenrente (act. 61), in deren Verlauf die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten beim ABI vom 19. August 2010 eingeholt hatte (act. 70). Gestützt auf dessen Ergebnisse eröffnete die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 22. Februar 2011, dass die bisherige Rente aufgehoben werde, weil keine rentenbegründende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Februar 2019 eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die in Analogie zu Art. 17 ATSG eine Leistungszusprache rechtfertigen würde, bildet demnach die Situation, wie sie im Zeitpunkt der Verfügung der IV-Stelle vom 22. Februar 2011 (act. 85) bestanden hatte.

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 davon, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind (MAX

KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4. Auflage, Bern 1984, S. 134 f.). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 E. 2a; ZAK 1986 S. 189 f. E. 2c). Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind.

6.1 Im Zentrum der medizinischen Aktenlage steht der Bericht von Dr. B.____, RAD, vom 14. November 2018 (act. 128). Danach sei im Bereich der Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Darüber hinaus gehende gesundheitliche Einschränkungen seien nicht dokumentiert. Der von der Hausärztin Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, erhobenen Diagnose einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) fehlten objektive medizinische Befunde, welche eine kardiopulmonale Dekompensation belegen würden, die allenfalls Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben könnten. Diesbezüglich sei der Versicherten jedoch ein Nikotinstopp zumutbar. Letztlich lasse sich nach wie vor kein potentiell invalidisierender Gesundheitsschaden nachvollziehen, der eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten begründen könnte.

6.2 Der strittigen Angelegenheit liegen sodann weitere ärztliche Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden sollen jedoch lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen.

6.2.1 Im Bericht vom 19. Dezember 2016 (act. 115, S. 3) erhob Prof. Dr. D.____, FMH Oto-Rhino-Laryngologie, die Diagnose einer dentogenen Sinusitis maxillaris links. Es bestehe ein Status nach einer Wurzelbehandlung am Zahn 25, wobei dessen Metallstift bis in den Recessus alveolaris links rage. Auch bestünden geringe apikale Parodontopathien um den Zahn 23 und 25, welche durch eine Brücke verbunden seien. In Anbetracht des rezidivierenden Beschwerdebildes sei die Indikation zur Kieferhöhlenrevision mit transantralem Zugang, Infundibulotomie beidseits und gegebenenfalls Septumplastik gegeben. Der Eingriff sei für den 23. Januar 2017 geplant.

6.2.2 Dr. med. E.____, imponierte gemäss seinen Ausführungen im Bericht vom 10. Januar 2018 (act. 115, S. 5) eine rezidivierende Krustenbildung am Infundibulumrand des Sinus maxillaris mit Schmerzen am Austrittspunkt des Nervus infraorbitalis links. Trotz multiplen endoskopischen Nasenreinigungen persistiere die Krustenbildung. Die Patientin berichte ausserdem über Druckschmerzen seit der Operation vom Januar 2017, wobei die Intensität variere. Die Schmerzen seien teilweise invalidisierend und die Einnahme von Irfen würde nur temporär helfen. Weder in der Computertomographie (CT) noch aufgrund einer kieferchirurgischen Neubeurteilung hätten relevante Pathologien festgestellt werden können. Auch eine zahnärztliche Aufnahme der Oberkieferbezahnung habe keine wegweisenden Befunde gezeigt.

6.2.3 Gemäss den Ausführungen im Bericht vom 23. Januar 2018 (act. 115, S. 8) erhob Dr. med. F.____, FMH Oto-Rhino-Laryngologie, einen Verdacht auf einen persistierenden dentogenen Fokus bei weichteildichtem Fremdkörper im Oberkiefer links, Knochensequester am posterioren Rand des linken Infundibulums sowie differentialdiagnostisch neurogene Schmerzen ausgehend vom Nervus infraorbitalis links. Die Patientin klagt seit der Operation im Januar 2017 über persistierende Schmerzen im Bereich der Wange bzw. des Oberkiefers links mit Ausstrahlung nach infraorbital. Zusätzlich zeige sich eine intermittierende Expektoration einer teils eitrigen Kruste aus der linken Nasenhöhle, wobei trotz intensiver Nasenpflege sowie antibiotischer Therapie keine Besserung erfolgt sei.

6.2.4 Dr. F.____ hielt in seinem Bericht vom 1. Juni 2018 (act. 115, S. 12) nach erfolgter digitaler Volumetomographie (DVT) fest, dass sich aktuell kein eindeutiger dentogener Fokus nachweisen lasse. Eine kieferchirurgische Reevaluation mit gegebenenfalls Zahnsanierung sei jedoch bei anhaltenden Schmerzen zu evaluieren. Differentialdiagnostisch seien die postoperativ persistierenden Beschwerden als neuralgiforme Schmerzen bei einem Status nach erfolgter Caldwell-Luc-Operation zu interpretieren.

6.2.5 Gemäss den Ausführungen im Bericht von Dr. F.____ vom 15. August 2018 (Beschwerdebeilage Nr. 4) seien die persistierenden Schmerzen am ehesten neuropathischen Ursprungs. Empfohlen wurde daher eine neurologische Beurteilung und gegebenenfalls ein erneuter medikamentöser Therapieversuch mit Lyrica.

6.2.6 Die Hausärztin Dr. C.____ erhob in ihrem Bericht vom 20. August 2018 (act. 123) eine chronische Sinusitis mit konstanten Gesichtsschmerzen nach Verletzung eines Nervs. Bei akuten Schmerzen müsse Sekret abgesaugt werden, weshalb häufige Absenzen die Folge seien. Weiter bestehe eine fortgeschrittene chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) mit Lungenemphysem.

6.2.7 Im Bericht vom 6. November 2018 (act. 126) an die IV-Stelle stellte Dr. F.____ fest, dass aus ORL-Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Die Patientin sei jedoch zwei- bis dreimal im Monat bei ihm in Behandlung. Es zeige sich eine rezidivierende Expektoration einer eitrigen Kruste aus der linken Nasenhöhle. Zur Behandlung wurde eine Revision der Nasennebenhöhle links angestrebt.

6.2.8 Dr. med. G.____, FMH Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, erhob im Bericht vom 9. Januar 2019 (Beschwerdebeilage Nr. 8) die Diagnose einer schweren chronischen Raucherbronchitis mit Pseudomonasnachweis im Sputum, fortgesetzten Tabakabusus mit zwei bis drei Päckchen pro Tag, normale statische und dynamische Lungenvolumina, einen als grenzwertig eingeschränkten Gasaustausch sowie ein beginnendes Lungenemphysem der Oberlappen und entzündlich verdickte Bronchialwände. Es lasse sich keine relevante COPD nachweisen. Ebenso sei ein Asthma bronchiale unwahrscheinlich. Bei der Versicherten habe sich ein chronisch produktiver Husten mit gefärbtem Auswurf und eine leichte Anstrengungsdyspnoe im Grad II gezeigt. Auch bestehe kein Hinweis auf eine bedeutsame koronare Herzkrankheit. Als wichtigste Massnahme empfahl Dr. G.____ einen Nikotinstopp.

6.2.9 Dr. med. H.____, FMH Neurologie, diagnostizierte gemäss den Ausführungen im Bericht vom 8. März 2019 (Beschwerdebeilage Nr. 3) bei der Versicherten multiple Meningeome. Weiter imponierten ein Gesichtsschmerz links, welcher differentialdiagnostisch einer Trigeminusneuropathie entsprechen könnte, eine chronische Sinusitis maxillaris links mit Pseudomonas-Nachweis bei einem Zustand nach Infundibulotomie und Status nach Cladwell-Luc-Operation mit Wurzelspitzenresektion im Januar 2017 sowie ein Status nach supratruncaler Tiefenhöhlenfenstererweiterung links und Nebenhöhlenspülung im Februar 2019. Die Patientin leide unter starken stechenden Gesichtsschmerzen links. Es bestünden messerstichartige Schmerzen direkt ober- und unterhalb des linken Auges sowie im Bereich der linken Wange. Die Schmerzen würden bis zehnmal monatlich auftreten und dann jeweils über Stunden bis hin zu Tagen andauern. Die Schmerzintensität liege bei acht bis zehn in der Visuellen Analogskala (VAS). Zusätzlich trete hinter dem linken Auge ein etwas andersartiger ziehender Schmerz auf. Ein Behandlungsversuch mit Lyrica habe jedoch keine Besserung gebracht. Dr. H.____ erhob, der von der Patientin geschilderte Schmerz, insbesondere im Bereich der subra- und infraorbitalen Nervenaustrittspunkte, sei am ehesten auf eine Neuropathie des Nervus trigeminus links zurückzuführen. In der Magnetresonanztomographie (MRI) vom 8. März 2019 hätten sich ausserdem vier Meningeome gezeigt, wobei das Grösste möglicherweise Ursache der hinter dem Auge wahrgenommenen Schmerzen sei und eventuell auch zu einer mechanischen Reizung des Nervus trigeminus führen könne. Dies würde insbesondere mit dem elektrophysiologischen Befund vom 7. März 2019 korrespondieren, nachdem bei der Stimulation des Nervus trigeminus links im Vergleich zur Gegenseite eine erhöhte Amplitude festgestellt worden sei. Sie empfahl eine neurochirurgische Mitbehandlung.

6.2.10 Im Bericht vom 29. April 2019 (Beilage zur Vernehmlassung) erhob Prof. Dr. med. I.____, FMH Neurochirurgie, die bereits bekannten Diagnosen von inzidentellen Meningeomen der Ala minor des Os sphenoidale links mit Ausdehnung zum Orbitadach und rechts frontal im Bereich des Operculums, einen linksseitigen Gesichtsschmerz, differentialdiagnostisch einer idiopathischen Trigeminus-Neuropathie entsprechend, eine chronische Sinusitis maxillaris links mit Pseudomonas-Nachweis sowie eine schwere Raucherbronchitis. Die Versicherte habe über starke und stechende Gesichtsschmerzen links, betont ober- und unterhalb des linken Auges auftretend, geklagt, wobei diese partiell zur linken Wange und zur Stirn ausstrahlen würden. Dabei seien Episoden von bis zu zehnmal pro Monat geschildert worden, welche über Stunden bis hin zu Tagen anhalten würden. Bei den Meningeomen handle es sich um Zufallsbefunde. Das grössere im Bereich des Orbitadaches und der Ala minor des Os sphenoidale müsse aufgrund seiner Ausdehnung und des Alters der Patientin operativ entfernt werden. Eine klare Assoziation zwischen den Meningeomen und der trigeminalen, diffusen Schmerzsymptomatik linksseitig mit einer Reizung des Nervus supraorbitalis sei nicht wahrscheinlich. Trotzdem sei eine strukturelle Ursache der klinisch präsenten Neuropathie präoperativ zu eruieren.

6.2.11 Prof. Dr. med. J.____, FMH Neurochirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. September 2019 (Beilage Nr. 1 zur Replik) einen atypischen Gesichtsschmerz, differentialdiagnostisch einer idiopathischen Trigeminusneuropathie entsprechend, und inzidentelle Meningeome bihemisphärisch. Als Nebendiagnosen erhob er eine chronische Sinusitis maxillaris

links, eine Pseudomonasbesiedlung pulmonal und nasal sowie eine schwere chronische Bronchitis mit Lungenemphysem. Die Patientin habe sich mit ausgeprägten Schmerzen im Bereich der linken Gesichtshälfte präsentiert. Bildmorphologisch hätten sich jedoch keine Hinweise auf eine Trigemini-Pathologie gezeigt. Aufgrund des grossen Leidensdruckes der Versicherten sei dennoch eine probatorische Glycerol Infiltration des Trigemini diskutiert worden. Ebenso wurde die operative Resektion des grössten Meningeoms im Bereich des Os sphenoidale links besprochen.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf den Bericht von Dr. B.____, RAD, vom 14. November 2018. Dessen Ausführungen zufolge, lasse sich kein invalidisierender Gesundheitsschaden feststellen, welcher eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten begründen könnte. Wie bereits ausgeführt (oben, Erwägung 4.2), ist versicherungsinternen ärztlichen Aktenbeurteilungen die Beweiskraft abzuerkennen und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. Dr. B.____ handelt in seiner beratenden Tätigkeit für die Beschwerdegegnerin als versicherungsinterner Arzt, womit geringe Zweifel ausreichen, um seinem Bericht die Beweiskraft abzusprechen. Vorliegend vermögen die Ausführungen der Beschwerdeführerin solche Zweifel zu begründen, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt.

7.2.1 Für die Bestimmung eines allfälligen Rentenanspruchs ist grundsätzlich unabhängig von der Diagnose und unbesehen der Ursache massgebend, ob und in welchem Ausmass eine Gesundheitsschädigung die Arbeitsfähigkeit einschränkt (Urteil des Bundesgerichts vom 19. September 2019, 8C_82/2019, E. 5.3). Seit der Kieferhöhlenrevision im Januar 2017 klagte die Beschwerdeführerin über persistierende Schmerzen im Bereich der Wange bzw. des Oberkiefers mit Ausstrahlung zur Augenpartie sowie über eine intermittierende Expektoration einer teils eitrigen Kruste aus der linken Nasenhaupthöhle (Bericht von Dr. F.____ vom 23. Januar 2018). Der Schmerz sei teilweise invalidisierend und Schmerzmittel würden nur temporär helfen (Bericht von Dr. E.____ vom 10. Januar 2018). Die Schmerzintensität liege bei acht bis zehn in der VAS, wobei der Schmerz bis zehnmal monatlich auftrete und dann jeweils über Stunden bis hin zu Tagen andauern würde (Bericht von Dr. H.____ vom 8. März 2019). Betreffend den Gesichtsschmerz fällt auf, dass dieser von den Ärzten nie in Frage gestellt wurde. Die verschiedenen ärztlichen Beurteilungen erfolgten jedoch primär behandlungs- bzw. ursachenorientiert. So schloss Dr. F.____ im Bericht vom 15. August 2018 auf einen neuropathischen Ursprung und ordnete eine neurologische Beurteilung und einen Therapieversuch mit Lyrica an. Die Neurologin Dr. H.____ stellte daraufhin im Bericht vom 8. März 2019 fest, dass diese Behandlung keine Besserung gezeigt habe. Ihrer Ansicht nach sei der von der Versicherten geschilderte Schmerz am ehesten auf eine Neuropathie des Nervus trigeminus links zurückzuführen. Möglicherweise könnte auch das grösste Meningeom Ursache für den hinter dem Auge wahrgenommenen Schmerz sein und zu einer mechanischen Reizung des Nervus trigeminus führen. Dies würde darüber hinaus mit dem elektrophysiologischen Befund korrespondieren, gemäss welchem bei der Stimulation des Nervus trigeminus links im Vergleich zur Gegenseite eine erhöhte Amplitude festgestellt werden konnte. Nach dem Bericht vom 29. April 2019 von Dr. I.____ sei jedoch eine klare Verbindung zwischen den Meningeomen und der Schmerzsymptomatik linksseitig

wiederum nicht wahrscheinlich. Dr. J.____ imponierte im Bericht vom 3. September 2019 darüber hinaus keine Trigeminus-Pathologie. Aufgrund des grossen Leidensdruckes der Beschwerdeführerin diskutierte er dennoch Behandlungsmöglichkeiten mittels Infiltration des Trigeminus. Zusammenfassend zeigt sich eine Schmerzsymptomatik, deren Ursache noch nicht eindeutig eruiert, und deren Behandlung bislang ohne Erfolg blieb. Inwiefern die vorliegende Symptomatik eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermag, kann den medizinischen Unterlagen nicht entnommen werden.

7.2.2 Weiter wurde bei der Versicherten im Bericht vom 20. August 2018 durch Dr. C.____ die Diagnose einer fortgeschrittenen COPD mit Lungenemphysem erhoben. Dr. G.____ konnte gemäss seinen Ausführungen im Bericht vom 9. Januar 2019 dagegen keine relevante COPD nachweisen. Er diagnostizierte jedoch eine schwere chronische Raucherbronchitis mit Pseudomonasnachweis im Sputum bei fortgesetztem Nikotinabusus, einen grenzwertig eingeschränkten Gasaustausch sowie ein beginnendes Lungenemphysem und entzündlich verdickte Bronchialwände. Ein Asthma bronchiale sei unwahrscheinlich. Bei der Versicherten habe sich zudem eine leichte Anstrengungsdyspnoe im Grad II gezeigt. Die vorstehenden Ausführungen belegen einerseits wesentliche diagnostische Unklarheiten, andererseits kann aufgrund der Aktenlage nicht schlüssig nachvollzogen werden, inwiefern diese Befunde die Versicherte in ihrer Leistungsfähigkeit konkret einschränken.

7.2.3 Abschliessend ist somit festzuhalten, dass eine fundierte Diskussion der aus den Gesundheitsbeeinträchtigungen resultierenden Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit weitestgehend fehlt. Lediglich im Bereich der ORL stellte Dr. F.____ im Bericht vom 6. November 2018 fest, dass keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Den übrigen Akten sind keine Aussagen zur Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen. In diesem Zusammenhang fällt zudem auf, dass Dr. B.____, RAD, im Bericht vom 28. Juni 2019 im Rahmen der Vernehmlassung davon ausgeht, die vorliegenden Beschwerden mit unklarer Ursache könnten keine versicherungsmedizinisch fundierte Arbeitsunfähigkeit begründen. Eine eingehende Begründung, weshalb diese Beschwerden ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleiben, ist den Ausführungen von Dr. B.____ dagegen nicht zu entnehmen. Zu wiederholen bleibt, dass die aus der Gesundheitsbeeinträchtigung resultierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs massgebend ist und nicht deren Ursache. Damit erweist sich der Gesundheitszustand der Versicherten als nicht ausreichend abgeklärt.

7.3 Die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten erfolgte anhand von Sprechstundenberichten der einzelnen Fachärzte, wobei diverse Arztberichte erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens durch die Parteien eingereicht wurden. Eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung ist bislang nicht erfolgt. Zwar existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat eine umfassende Erstbegutachtung jedoch regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert zu erfolgen. Dies ist selbst dann der Fall, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. Von einer polydisziplinären Begutachtung kann nur in begründeten Fällen abgewichen und

eine mono- oder bidisziplinäre Begutachtung durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2013, 9C_207/2012, E. 3.2). Vorliegend gründen die Beschwerden der Versicherten im Bereich der ORL, der Neurologie wie auch der Pneumologie. Wie sich den vorstehenden Ausführungen entnehmen lässt, präsentiert sich ein nicht hinreichend abgeklärtes Beschwerdebild, wobei insbesondere die Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in den einzelnen Disziplinen wie auch interdisziplinär nicht ausreichend diskutiert wurden. In Anbetracht der betroffenen Fachdisziplinen wie auch der medizinischen Aktenlage erweist sich eine polydisziplinäre Begutachtung damit als angezeigt.

8. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt vorliegend nicht rechtsgenügend abgeklärt wurde und demzufolge mehr als nur geringe Zweifel an der RAD-Beurteilung von Dr. B.____ vom 14. November 2018 bestehen. Ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu den im polydisziplinären Gutachten des ABI vom 19. August 2010 erhobenen Befunden vorliegt, kann deshalb nicht abschliessend beurteilt werden. Die Angelegenheit ist demzufolge zur Anordnung eines polydisziplinären Gutachtens in den Disziplinen Oto-Rhino-Laryngologie (ORL), Neurologie und Pneumologie an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese wird anschliessend neu zu verfügen haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

9.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 215 E. 6.2, je mit Hinweisen).

9.2 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind 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 sind die ordentlichen Kosten auch den unterliegenden Vorinstanzen zu auferlegen. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei. Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit ihr auferlegt.

9.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nicht vergütet werden dabei die Kosten für nicht notwendige und unverhältnismässig hohe Aufwände (BGE 131 II 200 E. 7.2). Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 10. Dezember 2019 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 21 Stunden geltend gemacht sowie Auslagen von Fr. 91.70 ausgewiesen. Während die Auslagen nicht zu beanstanden sind, muss der geltend gemachte Zeitaufwand als zu hoch bezeichnet werden. Der vorliegende Prozess

gab weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht zu überdurchschnittlich aufwändigen Erörterungen Anlass. Zudem ging es inhaltlich ausschliesslich um die Frage, ob der medizinische Sachverhalt durch die IV-Stelle genügend abgeklärt worden war. Vor diesem Hintergrund erweist sich insbesondere der für die Redaktion der Beschwerde ausgewiesene Zeitaufwand von insgesamt 13 Stunden im Vergleich zu anderen Verfahren als übermässig. Diese Position der Honorarrechnung ist daher zu kürzen, wobei es sich rechtfertigt, den für die Redaktion der Beschwerde entschädigungsberechtigten Zeitaufwand auf 7 Stunden festzusetzen. Hinzu kommt der übrige ausgewiesene Aufwand von total 8 Stunden. Das Honorar der Rechtsvertreterin der Versicherten ist somit auf der Basis eines insgesamt als angemessen erachteten Zeitaufwands von 15 Stunden festzusetzen. Demnach ergibt sich bei einem geltend gemachten Stundenansatz von Fr. 200.-- eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 3'329.75 (15 Stunden à Fr. 200.-- und Auslagen in der Höhe von Fr. 91.70 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

10. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich um einen derartigen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 25. Februar 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'329.75 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.