

BL_GERICHTE 720 12 159 vom 20. Juni 2013

BL Gerichte, 2013-06-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720 12 159](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_12_159)

FR: BL_GERICHTE 720 12 159 du 20 juin 2013

IT: BL_GERICHTE 720 12 159 del 20 giugno 2013

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet die Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 4. April 2012, 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 des Versicherten vom 15. Mai 2012 ist demnach einzutreten.

E. 2

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- zurückerstattet.

E. 2.1

Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburts-gebrechen, 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 dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten 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).

E. 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).

E. 2.3

Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind Invalidenrenten von Amtes wegen oder auf Gesuch hin 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 133 V 545 E. 6.1, 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen).

E. 2.4

Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 24. Juli 2012, 8C_724/2011, E. 2.2 und vom 15. April 2013, 9C_635/2012). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 4. April 2012 rückwirkend ab 1. April 2004 eine ganze Rente, ab 1. November 2006 keine Rente und ab 1. März 2008 wiederum eine ganze Rente zu. Somit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis 31. Oktober 2006 zugesprochenen ganzen Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenzusprechung vom 1. April 2004 bestand, mit demjenigen im Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 1. November 2006. 3.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Nach Art. 6 ATSG 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 andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). 3.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die 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 Beurteilung 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). 4.1. Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 4. April 2012 eine vom 1. April 2004 bis 31. Oktober 2006 befristete und ab 1. März 2008 eine unbefristete ganze Invalidenrente zu. In ihrer Duplik vom 17. Dezember 2012 stellte sie sich auf den Standpunkt, dass dem Versicherten vom 1. April 2004 bis 31. Oktober 2006 weiterhin eine befristete ganze, ab 1. Juni 2007 neu eine Viertelsrente und ab 1. September 2007 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen sei. Es ist unbestritten, dass der Versicherte bis zur Untersuchung bei der D. im Jahr 2006 zu 100 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war. Desgleichen sind sich die Parteien einig, dass die im Jahr 2007 objektiv nachgewiesenen neuroophthalmologischen Störungen und die damit verbundenen neuropsychologischen Beeinträchtigungen zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten führten. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die IV-Stelle zu Recht annahm, dass ab Zeitpunkt der Untersuchung in der D. im Jahr 2006 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eintrat und deshalb die ab 1. April 2004 zugesprochene ganze Invalidenrente auf 31. Oktober 2006 befristete. 4.2. Die IV-Stelle ging bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts davon aus, dass die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten weitestgehend durch unfallbedingte Faktoren begründet sei. Sie stützte sich deshalb bei der Zusprechung der ganzen Rente für die Zeit vom 1. April 2004 bis 31. Oktober 2006 auf die Einschätzung des Unfallversicherers. Dieser richtete bis 31. Oktober 2006 gestützt auf die damaligen medizinischen Berichte bis auf die anfänglichen Arbeitsversuche im Rahmen eines 30%- bis 50%igen Pensums aufgrund einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit die gesetzlichen Taggelder aus (vgl. Taggeldabrechnung der B. vom 29. März 2012). Zur Arbeitsfähigkeit während dieses Zeitraumes äusserten sich im Wesentlichen die behandelnden Ärzte der C. , wo sich der Versicherte insgesamt drei Mal stationär aufhielt. Nach dem ersten Aufenthalt vom 3. Juni 2003 bis 15. Juli 2003 wurde bis 17. August 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Danach betrug die Arbeitsfähigkeit 30 %, wobei beabsichtigt wurde, diese in 10%-Schritten laufend zu erhöhen (vgl. Bericht der C. vom 22. Juli 2003). Infolge Zunahme der Schmerzsymptomatik war er vom 1. April 2004 bis 13. Mai 2004 erneut in der C. in Behandlung. Im Bericht vom 4. Juni 2004 wurde festgehalten, dass der Versicherte zuletzt 30 % gearbeitet habe. Es sei jedoch bei Anhäufung der Arbeitsbelastung zu verstärkten Schmerzen gekommen. Ein weiterer stationärer Aufenthalt in der C. fand vom 26. April 2005 bis 24. Mai 2005 stand. Im Bericht vom 27. Juni 2005 wurden als Diagnosen ein Status nach Verkehrsunfall bei kraniozervikalem Beschleunigungstrauma mit HWS-Distorsion, rechtsbetontem zervikozepalem Symptomenkomplex, neuropsychologischer Leistungsminderung und vegetativer Dysregulation, ein chronischer Tinnitus, eine Periarthropathia humerus skapularis calcarea rechts und ein beginnendes Schulterimpingement rechts festgehalten. Der Versicherte berichte von Lichtscheu und andauernden Kopfschmerzen vor allem im Stirnbereich oberhalb der Augen, welche von Schwindel begleitet seien. Beim Tragen einer getönten Brille liessen sich die Schmerzen etwas mildern. Die behandelnden Ärzte wiesen auf eine reduzierte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit sowie Gedächtnisleistung und auf eine schwankende depressive Symptomatik hin. Sie attestierten dem Versicherten auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. 4.3 Als das vom Unfallversicherer in Auftrag gegebene Gutachten der D. am 7. September 2006 vorlag, vertrat die IV-Stelle die Auffassung, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten spätestens ab Untersuchungsdatum in der D. (29./30.

und 31. Mai 2006) verbessert habe. Sie ging gemäss der Beurteilung der Experten der D. davon aus, dass es dem Versicherten zumutbar sei, seiner angestammten oder einer anderen körperlich leichten Tätigkeit bei ganztägiger Präsenz mit einer 20%igen reduzierten Leistungsfähigkeit nachzugehen. Erst ab 7. März 2007 sei mit dem Bericht von F. vom 24. April 2007 objektiv nachgewiesen, dass der Versicherte aufgrund der neuroophthalmologischen Beeinträchtigungen wieder zu 100 % arbeitsunfähig sei. In ihrem Gutachten vom 7. September 2006 hielten die Fachärzte der D. als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik mit Tinnitus, Schwindelbeschwerden und visuellen Störungen sowie leichten neuropsychologischen Defiziten bei deutlichen degenerativen Veränderungen der unteren HWS mit Osteochondrosen und Spondylarthrosen fest. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, da die angestammte Tätigkeit als Versicherungsberater eine körperlich leichte Tätigkeit darstelle und bei welcher ein regelmässiger Positionswechsel möglich sei. Aufgrund der doch erheblichen Veränderungen an der unteren HWS müsse er bei der Arbeit ein Entspannungsprogramm durchführen können. Dadurch entstehe ein deutlich erhöhter Pausenbedarf, was bei einer ganztägigen Präsenz zu einer Leistungseinbusse von 20 % führe. Die gleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich für andere körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Position. Körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien aufgrund der degenerativen Veränderungen nicht mehr möglich. Aus neurologischer Sicht beständen keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, da sich die vom Versicherten angegebenen Symptome nicht durch pathologische Befunden erklären liessen. In der neurologischen Beurteilung wurde ausgeführt, dass zwar leichte neuropsychologische Defizite festzustellen seien, diese aber angesichts der erheblichen somatischen und emotionalen Beschwerden deutlich in Hintergrund träten. Sie seien deshalb sekundär im Rahmen der chronischen Schmerzsymptomatik zu sehen. In Bezug auf die visuellen Störungen habe der behandelnde Augenarzt am 31. Januar 2005 einen vorbestehenden Astigmatismus beidseits und eine altersentsprechende Presbyopie bestätigen können. Die angegeben subjektiven Beschwerden wie Sehverminderung, Lichtscheu, leichte Blickparese nach oben und das eingeschränkte Gesichtsfeld seien auf eine zentrale posttraumatische Störung zurückzuführen. Somit stellten nur der Astigmatismus und die Presbyopie einen objektiven Befund dar. Obwohl der zeitliche Zusammenhang der visuellen Störungen zum Unfallereignis nicht mit Sicherheit bejaht werden könne und auch keine Versuche zur Objektivierung der Beeinträchtigungen unternommen worden seien, würden sie hier als posttraumatische Störungen beurteilt. Die Sensibilitätsstörungen am rechten Fuss seien bei symmetrischem Reflexbefund nicht einem einzelnen Nerv oder einer Nervenwurzel zuzuordnen. Die Untersuchung des Gleichgewichtssystems ergäben keine Hinweise auf eine periphere oder zentrale vestibuläre Störung. Damit könnten keine objektivierbaren Befunde erhoben werden, welche das komplexe Beschwerdebild des Versicherten erklären könnten. 4.4 Mit Bericht vom 24. April 2007 teilte F. fest, dass er den Versicherten am 7. März 2007 neuroophthalmologisch untersucht habe. Im Vergleich zur im Januar 2005 erfolgten Untersuchung sei eine deutliche und massive Verschlechterung eingetreten. Heute seien die Horizontalsakkaden eingeschränkt. Dies führe zu verlangsamten Folgebewegungen. Dazu träte ein neu nicht erschöpfbarer Endstellnystagmus bei Blick sowohl nach rechts als auch nach links auf. Der optokinetische Reflex fehle vollständig. Die zentralen posttraumatischen Bildverarbeitungsstörungen höherer Ordnung und die Bewegungswahrnehmung seien damit verschlechtert worden. Es beständen weiterhin eine

zentrale posttraumatische Sehverminderung und eine gesteigerte Lichtscheu. Dieser Befund wurde anhand der am 4. Juli 2007 durchgeführten Elektronystagmographie bildgebend bestätigt (vg. Bericht von Prof. Dr. med. G., Neurologische Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum Mannheim, vom 26. Juli 2007).

4.5 Um den unfallbedingten Anteil der Beschwerdenproblematik zu untersuchen, beauftragte der Unfallversicherer die E. mit der Begutachtung des Versicherten. Im Gutachten vom 26. Februar 2010 hielten die Gutachter als Diagnosen einen Status nach HWS-Distorsionstrauma bei vorbestehenden, mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der HWS, eine okulomotorische Instabilität mit Mischbild von Opsoklonus, square wave jerks und sakkadischen Intrusionen bei Oszillopsien und Gangunsicherheit (unklarer Ätiologie), bei einer umfassenden, ätiologisch unspezifischen psychokognitiven Beeinträchtigung mit Elementen einer Affektstörung, bei massiven, zunehmend kognitiven Deterioration, bei einer vestibulären Unterfunktion links (unklarer Ätiologie), bei Verkehrsunfall am 1. April 2003 und bei chronischer Zervikokranialgie ohne radikuläre Symptomatik fest. Aufgrund der neuroophthalmologischen und psychokognitiven Störungen sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. In der Beurteilung hielten die Experten fest, dass nach dem Unfallereignis die HWS-Problematik im Vordergrund gestanden habe. Es seien Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit dokumentiert worden. Aufgrund der deutlichen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Versicherten und der Therapieresistenz sei es zu stationären Aufenthalten in der C. gekommen. Gleichzeitig sei es zu einer Zunahme der kognitiven Störungen, zu einem Auftreten von psychischen Störungen mit depressiven Symptomen und zur Diagnose einer Sehstörung gekommen, deren Ätiologie nie genau diskutiert worden sei. Rund 22 Monate nach dem Unfall sei eine zentrale, posttraumatische Sehverminderung, eine zentral bedingte posttraumatisch gesteigerte Lichtscheu und eine leichte Blickparese nach oben, ein leicht konzentrisch eingeschränktes Gesichtsfeld, eine zentrale posttraumatische Bildverarbeitungsstörung bei vorbestehendem Astigmatismus beidseits und altersentsprechender Presbyopie diagnostiziert worden. Dabei sei jedoch die postulierte posttraumatische Genese nicht genauer erläutert worden. Aufgrund der Ergebnisse der neurootologischen Untersuchungen am H. und der Progredienz der Störungen sei die Frage gestellt worden, ob es sich bereits damals um diverse Aspekte einer zentral-nervösen Beeinträchtigung gehandelt habe. Rund drei Jahre nach dem Unfall habe sich die neuroophthalmologische Situation massiv verschlechtert. Es habe eine umfassende Deterioration der verschiedenen körperlichen, psychischen und kognitiven Funktionen stattgefunden, die zur einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Anlässlich der Hospitalisation im I. sei dann eine organische Sakkadenstörung festgestellt worden. Diese okulomotorische Störung sei auch im Rahmen der aktuell durchgeführten otoneurologischen Untersuchung diagnostiziert worden. Dabei sei eine traumatische Genese auszuschliessen. Ob es sich bei dieser Störung um eine vorerst ätiologisch unklare globale Hirnbeeinträchtigung handle, sei unklar. Tatsache sei jedoch, dass verschiedene neurodegenerative Erkrankungen mit langsam progredienten psychokognitiven Störungen einhergehen könnten. Die ersten Hinweise auf Visusstörungen ergäben sich aus dem Bericht der C. vom 21. April 2004. Beim nächsten Rehaaufenthalt vom 26. April 2005 bis 24. Mai 2005 sei eine Zunahme der visuellen und psychokognitiven Problematik beschrieben worden, die offensichtlich massiv beeinträchtigend gewesen sei. Es könne jedoch im Nachhinein nicht beurteilt werden, wann diese Problematik genau eingesetzt habe.

4.6 Da den Gutachtern der E. das Gutachten der D. vom 7. September 2006 bei ihrer Beurteilung nicht vorlag, stellte die IV-Stelle dieses ihnen nachträglich zu. Gleichzeitig

ersuchte sie die E. um Beantwortung ihrer Fragen vom 10. Juni 2010. Prof. Dr. med. J. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, leitender Arzt der E. , führte am 22. November 2010 aus, dass zwischen den Untersuchungen in der D. und der E. drei Jahre lägen. Da es sich bei der vorliegenden Augenmotorikproblematik um eine progrediente systemische Erkrankung handle, sei es schwierig, die beiden Untersuchungen direkt zu vergleichen. Es könne daher nicht sicher beurteilt werden, ob bereits im Jahr 2006 die ersten Symptome vorgelegen hätten. Bei den Untersuchungen in der E. seien die Beeinträchtigungen nun wesentlich ausgeprägter und könnten nun auf ein klares organisches Substrat zurückgeführt werden. Heute bestehe deswegen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Angesichts der Progredienz der gesundheitlichen Störung sei jedoch im Nachhinein anzunehmen, dass die visuellen und die neuropsychologischen Störungen bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung der D. das Leistungsvermögen eingeschränkt hätten, welche in Unkenntnis der Ätiologie der Störung auf krankheitsfremde Faktoren zurückgeführt worden seien. Die Entwicklung dieser Arbeitsunfähigkeit in zeitlicher Hinsicht könne retrospektiv nicht beurteilt werden. 4.7 Dr. med. K. , FMH Hämatologie und Allgemeine Innere Medizin, kam aufgrund der medizinischen Aktenlage mit Bericht vom 26. April 2011 zum Schluss, dass ab Zeitpunkt der Berichterstattung von F. vom 7. März 2007 davon auszugehen sei, dass es zu einer deutlichen Verschlechterung der Augenmotorik mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit gekommen sei. Anlässlich der Begutachtung in der D. seien die neuroophthalmologischen Befunde noch als unauffällig beurteilt worden. Im Gutachten der E. werde retrospektiv keine Beurteilung zum Verlauf der Sehstörung genommen. Da zwischen der Begutachtung durch die D. und dem Bericht von F. im März 2007 keine neurologischen oder augenärztlichen Untersuchungen stattgefunden hätten, sei die schwere Beeinträchtigung der Augenmotorik erst ab März 2007 nachgewiesen. Ab diesem Zeitpunkt könne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Davor sei der Beurteilung der D. zu folgen, wonach der Versicherte ab Untersuchungszeitpunkt zu 80 % arbeitsfähig gewesen sei. 5.1. In Würdigung der medizinischen Aktenlage ist festzustellen, dass der Versicherte beim Unfallereignis vom 1. April 2003 bei vorbestehender degenerativ veränderter HWS eine Distorsion erlitt. Da der Versicherte hauptsächlich über Nacken- und Kopfschmerzen klagte, richtete sich die Behandlung vorwiegend auf die HWS-Beschwerden aus. Trotz verschiedener ambulanter und stationärer Therapien hielten die Nacken- und Kopfschmerzen an. Im weiteren Verlauf nahmen die Beschwerden kontinuierlich zu, wobei nicht mehr die Nackenschmerzen im Vordergrund standen, sondern eine erhebliche Verschlechterung der kognitiven Störungen mit Auftreten von psychischen Störungen mit depressiven Symptomen eine zentrale Rolle spielte. Schliesslich konnte F. anlässlich der Verlaufskontrolle vom 7. März 2007 eine massive Störung der Augenmotorik objektivieren, welche nach Durchführung einer Elektronystagmographie bildgebend bestätigt wurde. Damit wurde die organische Ursache der heute bestehenden komplexen neuroophthalmologischen Störung erst rund vier Jahre nach dem Unfallereignis erkannt. Im Zeitpunkt der Untersuchung der D. im Jahr 2006 musste die Beschwerdeproblematik an der HWS gegenüber derjenigen der Augenmotorik und der neuropsychologischen Beeinträchtigungen in Hintergrund getreten sein, konnte doch der Orthopäde der D. an der HWS kaum wesentliche Beeinträchtigungen vorfinden. Er führte die Schmerzsymptomatik vor allem auf das unphysiologische Bewegungsmuster der oberen Extremitäten mit fehlender Aktivierung der Nackenmuskulatur zurück. Die dadurch entstandenen beträchtlichen muskulären Verspannungen seien zwar schmerzhaft, seien aber funktioneller Natur. Hingegen wurden anlässlich der neurologischen und neuropsychologischen

Untersuchung erhebliche Schwindelbeschwerden und visuelle Störungen festgestellt. Die vom Versicherten geklagten Beschwerden wie Sehverminderung, Lichtscheu, leichte Blickparese nach oben und das eingeschränkte Gesichtsfeld beidseits konnten die Experten der D. nicht objektivieren. Sie gingen deshalb davon aus, dass diese visuellen Beeinträchtigungen krankheitsfremd seien. Diese Schlussfolgerung erwies sich nachträglich nicht als richtig. Die durch die Gutachter der D. vorgenommene Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit fand somit - wie auch Prof. J. in seinem Ergänzungsgutachten vom 22. November 2010 festhielt - unter falschen Prämissen statt. Da die Gutachter der D. damals diese Störungen nicht auf ein organisches Substrat zurückführen konnten, qualifizierten sie diese als krankheitsfremde Faktoren und berücksichtigten sie in der Folge auch nicht bei ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund dieser Umstände kann auf die Beurteilung der Gutachter der D., wonach der Versicherte zu 80 % arbeitsfähig sei, nicht abgestellt werden. Es ist davon auszugehen, dass der Versicherte wesentlich mehr in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war, als dies die Gutachter der D. attestierten.

5.2. Aufgrund dieses Ergebnisses bleibt die Frage, ob zum Zeitpunkt der Untersuchung der D. eine zumindest teilweise Arbeitsfähigkeit bestand und demzufolge eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten vorlag, nach wie vor offen. Die Gutachter der E. können keine genauen Aussagen über den zeitlichen Verlauf der neuroophthalmologischen Störung und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten machen. Sie legen aber dar, dass sich aufgrund der damals festgestellten Einschränkungen in der Augenmotorik die visuellen und neuropsychologischen Störungen bereits damals einschränkend auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten ausgewirkt haben müssten. Eine retrospektive Beurteilung des Umfangs können sie jedoch nicht vornehmen. Wird anhand der vorhandenen medizinischen Akten der gesamte Krankheitsverlauf betrachtet, so ist festzustellen, dass sich die gesundheitliche Situation des Versicherten nie gebessert hat. Nach dem Unfallereignis vom 1. April 2003 begründete die HWS-Problematik zuerst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die ersten Hinweise auf Visusstörungen ergaben sich bereits knapp 4 Monate nach dem Unfallereignis. Damals gab der Versicherte an, dass nach kurzem Lesen ein Flimmern auftrete (vgl. Bericht der C. vom 22. Juli 2003). Rund 9 Monate später hielten die behandelnden Ärzte der C. ein Verschwommensehen unter Belastung, eine prompte Reaktion auf Licht sowie ein ständiges Schwindelgefühl in Form von Schwanken fest (vgl. Bericht der C. vom 4. Juni 2004). Diesen Beeinträchtigungen wurde aber keine grosse Beachtung geschenkt; der Schwerpunkt der Behandlung lag in der Schmerzreduktion und Mobilisation der Wirbelsäule. Offensichtlich nahmen die visuellen Störungen zu, so dass der Versicherte Anfang Januar 2005 F. aufsuchte. Er klagte damals über visuelle Probleme im Zusammenhang mit dem Wechsel zwischen Ferne und Nähe, über eine verspätete Wahrnehmung von Seheindrücken bei schnellen Bilderwechseln und über starken Schwindel und Übelkeit bei nach oben gerichtetem Blick. Da sich diese Beeinträchtigungen in der neuroophthalmologischen Untersuchung nicht objektivieren liessen, wurden auch nie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit geprüft. Aufgrund der neuen medizinischen Erkenntnisse mussten ihn schon damals die visuellen Störungen und die damit zusammenhängenden neuropsychologischen Störungen stärker beeinträchtigt haben, als dies damals erkannt wurde. Den Akten ist zu entnehmen, dass der Versicherte stets sehr bemüht war, sein Pensum von 30 % auf 100 % zu steigern. Dies gelang ihm jedoch nicht. PC-Arbeiten strengten ihn aufgrund der starken Blendempfindlichkeit massiv an. Zudem kam es zu Problemen, wenn er seinen Blick vom Bildschirm abwandte und wieder darauf

richten wollte. Mit der Zeit hielt er aufgrund des eingeschränkten Konzentrationsvermögens Kundentermine nicht mehr ein (vgl. Bericht von dipl. psych. L., Praxis für Klinische Neuropsychologie, vom 4. März 2004; Besuchsbericht der B. vom 10. März 2005). Aufgrund der visuellen Störungen wagte er es schon bald nach dem Unfallereignis nicht mehr, Auto zu fahren. Schliesslich gab er den Führerschein im Jahr 2007 ab. In der Retrospektive wird klar, dass die ursprünglich versuchte Wiedereingliederung im angestammten Tätigkeitsbereich als Versicherungsberater schon wegen der Augenproblematik missglückt sein könnte. Bei der dritten Hospitalisation in der C. im Frühjahr 2005 war es offensichtlich, dass die Symptome der okulomotorischen und neurokognitiven Störung (wie z.B. Kopfschmerzen mit Schwindel, Konzentrationsschwäche, reduzierte Gedächtnisleistung) erheblich zugenommen hatten. Dabei war die Lichtscheu massiv beeinträchtigend, während die Schmerzsymptome im Nackenbereich mehr oder weniger unverändert blieben. Die behandelnden Ärzte attestierten dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Bericht der C. vom 27. Juni 2005). Aufgrund des beschriebenen Krankheitsverlaufes der nun nachgewiesenen organischen okulomotorischen Störung ist es schwer vorstellbar, dass sich diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen seit dem dritten Aufenthalt in der C. im Jahr 2005 bis zum Zeitpunkt der Untersuchung der D. im Mai 2006 erheblich verbesserten. Im Gegenteil, aufgrund der Progredienz dieser Erkrankung ist vielmehr eine kontinuierliche Verschlechterung der Symptomatik anzunehmen. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit kann daher ausgeschlossen werden. Dass sich diese Situation ein halbes Jahr später nicht änderte, zeigt sich auch im Gutachten von der Fachpsychologin L. vom 12. Januar 2007. Die Gutachterin stellte beim Versicherten erhebliche visuelle Wahrnehmungsstörungen fest. So war sein Gesichtsfeld und die Raumexploration, die Objekt-, Gesichts- und Bewegungswahrnehmung deutlich eingeschränkt. Zudem bereiteten ihm das Auffinden von Gegenständen, das Lesen und die PC-Arbeit enorm Mühe.

5.3 Aufgrund dieser Ausführungen ist festzustellen, dass seit der Rentenaufhebung per 31. Oktober 2006 entgegen der Ansicht der IV-Stelle und des RAD-Arztes keine Besserung der gesundheitlichen Situation eingetreten ist. Es bestehen keine hinreichenden Anhaltspunkte, dass seit der Begutachtung durch die D. im Jahr 2006 bis zur Untersuchung von F. am 7. März 2007 eine teilweise Arbeitsfähigkeit bestand. Insgesamt ist von einer andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit bei sich veränderndem Beschwerdebild auszugehen. Demgemäss sind die Voraussetzungen im Sinne von Art. 17 ATSG nicht gegeben, die es erlauben würden, die dem Versicherten ab 1. April 2004 zugesprochene ganze Invalidenrente auf Ende Oktober 2006 zu befristen. Folglich hat der Versicherte gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung per 1. April 2004 Anspruch auf eine ganze unbefristete Invalidenrente. Die Beschwerde ist somit gutzuheissen.

6.1 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 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend 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 den Vorinstanzen - vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO - keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Dies hat zur

Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden. 6.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in seiner Honorarnote vom 8. Februar 2013 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 13,85 Stunden geltend. Dieser Aufwand ist in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen angemessen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 124.--. Damit ist dem Versicherten eine Parteientschädigung für das vorliegende Beschwerdeverfahren in der Höhe von Fr. 3'873.40 (13.85 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 124.-- zuzüglich 8 % MwSt.) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 4. April 2012 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2004 Anspruch auf eine unbefristete ganze Invalidenrente hat.

E. 3

Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'873.40 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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