



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 12. April 2018 (720 17 379 / 92)

Invalidenversicherung

Revision der Invalidenrente / Würdigung des medizinischen Sachverhaltes. Aufhebung der angefochtenen Verfügung, da diese auf unzureichenden medizinischen Abklärungsergebnissen beruht. Rückweisung an die Vorinstanz.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber i.V. Robert Schibli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Der 1972 geborene A.____ ist selbstständiger Landwirt und meldete sich am 9. Mai 2005 bei der IV-Stelle Basel-Landschaft unter Hinweis auf eine Migräne zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Januar 2006 einen Rentenanspruch des Versicherten ab.

B. Der Beschwerdeführer erhob hiergegen am 18. Januar 2006 Einsprache, worauf in der Folge die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen vornahm. Im neurologischen Gutachten vom 18. August 2008 nahm Dr. med. B.____, FMH Neurologie, eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit beim Versicherten an. Die Einsprache wurde im Einspracheentscheid vom 30. April 2010 infolge Rückzugs als gegenstandslos abgeschrieben und dem Versicherten mit Verfügung der IV-Stelle vom 28. Januar 2011 ab dem 1. Januar 2005 eine Viertelsrente zugesprochen aufgrund einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit und eines kulanterweise gewährten leidensbedingten Abzuges (vgl. IV-Dossier Dok. Nr. 47).

C. Anlässlich einer im Jahr 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Revision des Rentenanspruchs wurden von der IV-Stelle im Spital medizinische Berichte eingeholt, welche vor Einleitung des Revisionsverfahrens erstellt worden waren. In ihrem ambulanten Bericht vom 18. Februar 2014 kamen Prof. Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____ zum Schluss, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sei. In der Folge hob die IV-Stelle die Viertelsrente mit Verfügung vom 12. Oktober 2017 gestützt auf eine Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 8. September 2016 auf.

D. Gegen diese Einstellungsverfügung erhob A.____, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, am 13. November 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Er beantragte, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung weiterhin eine Viertelsrente auszurichten. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, dass der medizinischen Befund im Bericht vom 18. Februar 2014 zu beanstanden sei. Ein weiterer Spitalbericht vom 3. Dezember 2015 belege zudem, dass sich sein Gesundheitszustand nicht verbessert habe. Zudem werde auch der Einkommensvergleich bestritten. Schliesslich sei der Feuerwehrold dem Valideneinkommen und nicht dem Invalideneinkommen anzurechnen und ein leidensbedingter Abzug beim Invalideneinkommen vorzunehmen.

E. Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 9. Januar 2018 die Abweisung der Beschwerde im Wesentlichen mit der Begründung, dass sämtliche Voraussetzungen erfüllt seien für eine Aufhebung der Rente.

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 - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 13. November 2017 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 wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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 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).

2.3 Der Nachweis der Invalidität im Rechtssinn setzt eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus (BGE 139 V 547 E. 9.4 S. 568). Ob eine Migräne zu den Krankheitsbildern zählt, die mit etablierten Methoden objektiviert werden können, scheint in der medizinischen Fachwelt nicht eindeutig beantwortet zu werden. Grundsätzlich können sowohl objektivierbare wie auch medizinisch nicht oder nicht klar fassbare Beschwerdebilder die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen und somit einen Rentenanspruch begründen. Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen. Andernfalls wäre eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht mehr gewährleistet (ULRICH MEYER, Somatoforme Schmerzstörung - ein Blick zurück auf eine Dekade der Entwicklung, in: Gächter [Hrsg.], Ausgewählte Schriften, Zürich 2013, S. 275). Darüber hinaus hätten es die Versicherten - deren Anmeldung bei der Invalidenversicherung ja gerade bezweckt, eine Versicherungsleistung zu erhalten - weitgehend in der Hand, über ihre Anspruchsberechtigung zu entscheiden, was nicht angeht (vgl. ULRICH MEYER, Die psychiatrische Begutachtung als Angelpunkt der juristischen Beurteilung: Entwicklungen und Perspektiven, Referat anlässlich der 1. Internationalen Basler Tagung für Versicherungsrecht und Versicherungspsychiatrie, 20./21. Januar 2012, in: Gächter [Hrsg.], a.a.O., S. 312).

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

3.2 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4 mit weiteren 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 ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). 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). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen hingegen kommt 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 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle die dem Versicherten ab dem 1. Januar 2005 ausgerichtete Viertelsrente zu Recht mit der Verfügung vom 12. Oktober 2017 per 30. November 2017 aufgehoben hat.

5.1 Nach Art. 17 Abs. 1 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. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen).

5.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens (vgl. dazu BGE 137 V 253 E. 3.4.2.3) zurückzuführen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

5.3 Bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhalts in Revisionsfällen im Sinne des Art. 17 ATSG ist überdies Folgendes zu beachten: Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des

aktuellen Zustandes erfolgt, bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den - den medizinischen Gutachten zu entnehmenden - Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 29. August 2011 9C_418/2010, E. 4.2 und vom 26. März 2015, 9C_710/2014, E. 2).

5.4 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 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 28. Januar 2011 rückwirkend ab dem 1. Januar 2005 eine Viertelsrente zu, gestützt auf ein am 18. August 2008 eingeholtes neurologisches Gutachten von Dr. B.____. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 12. Oktober 2017 eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten Invaliditätsrente rechtfertigt, bildet demnach die Situation, wie sie gemäss der Verfügung vom 28. Januar 2011 bestanden hatte.

6. Zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache liegen im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen vor:

6.1 Im neurologischen Gutachten vom 18. August 2008, welches von der IV-Stelle in Auftrag gegeben wurde, wurde von Dr. B.____ festgehalten, dass der Versicherte aufgrund einer Migräne zu 30 % arbeitsunfähig sei. Die Migräneattacken würden zu durchschnittlich zwei Migränetagen pro Woche führen, an denen der Beschwerdeführer dann jeweils voll arbeitsunfähig sei. Als ein in der Milchwirtschaft tätiger Landwirt, der seine Tätigkeit auch an den Wochenenden ausüben habe, sei er an 2/7, das heisst 28 %, also realistischerweise 30 %, seiner Arbeitstage arbeitsunfähig.

6.2 Am 18. Februar 2014 wurde von den behandelnden Ärzten Prof. C.____ und Dr. D.____ eine Besserung der Migräne festgestellt. In ihrem Bericht hielten sie fest, dass anhand des Kopfschmerzkalenders des Versicherten und unter Einnahme der empfohlenen Migräneprophylaxe „Concor“ ein Rückgang der Attacken um ca. 1/3 habe verzeichnet werden können. Aktuell beständen noch zwei Attacken pro Monat. In den Attacken würde das Medikament

„Migräne-Kranit“ zu einer vollständigen Besserung der Kopfschmerzen führen. Der Versicherte nähme pro Monat lediglich zwei Tabletten davon ein.

6.3 Am 3. Dezember 2015 hatte sich der Beschwerdeführer im Spital vorgestellt, wo das zervikozepale Syndrom beim Versicherten diagnostiziert wurde. Dieses führe zu Kopfschmerzen, die mit dem Schmerzcharakter der bekannten Migräne vergleichbar wären, jedoch nicht deren Intensität erreichen würden. Bezüglich der bekannten Migräne hielten Dr. med. E.____ und Dr. D.____ in ihrem Bericht vom 16. Dezember 2015 fest, dass der Versicherte aufgrund subjektiv ausgebliebener Besserung keine weitere ärztliche Konsultationen mehr wahrgenommen habe und keine prophylaktischen Medikamente mehr nehme. Die Ärzte legten weiter dar, dass aktuell zwei Mal pro Woche über zwei bis drei Tage eine Migräneattacke bestände.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 12. Oktober 2017 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes auf den Spitalbericht vom 18. Februar 2014 und ging davon aus, dass seit Januar 2011 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten eingetreten sei. So lägen gemäss dieser Einschätzung bei zwei Attacken pro Monat mit einer Dauer von je zwei Tagen monatlich nur noch vier Migränetage vor. Dies habe zur Folge, dass die Arbeitsunfähigkeit noch 15 % betrage, was gegenüber der der Verfügung vom 12. Oktober 2017 zugrunde liegenden medizinischen Beurteilung von Dr. B.____, wonach eine 30%ige Arbeitsfähigkeit (zwei Migränetage pro Woche) vorliege, als wesentliche Verbesserung zu werten sei. Auch gebe es Hinweise auf eine Verbesserung der Migräne, da der Versicherte seit dem Jahr 2014 deswegen nicht mehr in ärztlicher Behandlung stehe und auch keinen Kopfschmerzkalender mehr geführt habe. Zudem ergäben sich gemäss dem Bericht des RAD vom 9. Februar 2017 Inkonsistenzen bezüglich der subjektiven Angaben des Versicherten hinsichtlich der Migräneattacken und der Attackendauer, womit eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten nicht objektiviert werden könne.

7.2. Der Beschwerdeführer bringt vor, dass auf den Spitalbericht vom 16. Dezember 2015 abzustellen sei, der eine erneut eingetretene gesundheitliche Verschlechterung beim Versicherten befunden habe. Ferner sei der Umstand, wonach der Versicherte sich nicht mehr in ärztliche Behandlung begeben habe, kein genügender Beweis, dass es ihm besser gehe, da sein Migräneleiden im Gutachten von 2008 als sehr bedingt therapierbar eingeschätzt und mit den behandelnden Ärzten eine tiefere Therapiefrequenz vereinbar worden sei. Zur Führung eines Kopfschmerzkalenders habe zudem keine Pflicht seitens des Versicherten bestanden. Die Einschätzungen des RAD in seinem Bericht vom 8. September 2016 zum Gesundheitszustand des Versicherten seien demnach bloss Vermutungen, welche keine Revision der Invaliditätsrente rechtfertigen würden.

8.1 In Würdigung der medizinischen Aktenlage ist festzustellen, dass Dr. B.____ im Rahmen seiner Abklärungen sich der Schwierigkeit bei der Quantifizierung einer migränebedingten Funktionseinschränkung bewusst war. Von diesem Hintergrund ausgehend hat er erhöhten Wert auf die Konsistenz der Angaben des Versicherten und die Übereinstimmung mit den vorhandenen Akten gelegt. So hat er eine ausgiebige Anamnese verfasst, die sich mit der Anzahl,

der Dauer, dem Verlauf, den Basistherapien, den möglichen Auslösern und den genauen Funktionseinschränkungen der Migräneattacken auseinandergesetzt hat. Dr. B._____ hielt in der Befundaufnahme fest, dass die Angaben des Versicherten adäquat sowie ohne Dramatisierungen erfolgten und mit den konsistenten Angaben des seit dem Jahr 2003 vom Versicherten geführten Kopfwehkalenders übereinstimmten. Bei der Untersuchung habe die Stimmungslage des Beschwerdeführers ausgeglichen und nicht depressiv gewirkt. Es seien keine Aggravationszeichen erkennbar gewesen. Folglich hat sich Dr. B._____ einen umfassenden Überblick über die Entwicklung des medizinischen Zustands des Versicherten im Zeitraum seit dem Jahr 2002 verschafft, mit den dokumentierten Angaben des Versicherten abgeglichen und gestützt darauf eine differenzierte und objektive Einschätzung vorgenommen. Damit liegt eine Beurteilung vor, welche eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen im Sinne der Rechtsprechung darstellt (vgl. E.2.3 hiervor).

8.2 Anders verhält es sich dagegen in Bezug auf den Spitalbericht vom 18. Februar 2014. Entgegen der Sichtweise der IV-Stelle kann diesem vorliegend keine ausschlaggebende Beweiskraft beigemessen werden, denn er erweist sich in einzelnen Punkten als unvollständig bzw. nicht überzeugend. Beim Bericht handelt es sich um eine bloss Momentaufnahme, welche zudem lediglich auf das subjektive Krankheitsempfinden des Versicherten abstellt. Im Begleitschreiben des Spitals vom 22. Dezember 2014 wird ausserdem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten bei der Vorstellung nicht im Vordergrund gestanden habe, weshalb auch keine Beurteilung derselben vorgenommen worden sei. Dies zeigt sich vor allem darin, dass der Bericht keine Angaben zur Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers enthält. Vielmehr wurde die IV-Stelle dazu aufgefordert, den Versicherten erneut zur Beurteilung unter spezieller Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit anzubieten, falls die Informationen des Arztberichtes nicht ausreichen sollten. Auch das Argument des Beschwerdeführers, dass aus einer nur vorübergehend beschriebenen Verbesserung der Migränebeschwerden bei neuem Behandlungsplan nicht ohne weiteres auf eine dauerhafte Erhöhung der Leistungsfähigkeit geschlossen werden könne, erscheint als begründet. So liegt einerseits die letzte Untersuchung vom Februar 2014 bereits über dreieinhalb Jahre zurück. Andererseits erscheint es als naheliegend, dass neue Behandlungsoptionen bei Migränebeschwerden kurz- oder längerfristig zu signifikanten Verbesserungen führen können, die dann aber nicht unbedingt jahrelang anhalten. Es ist daher festzuhalten, dass die rechtsprechungsgemässe Voraussetzungen an die Beweiskraft eines Arztberichtes (vgl. E. 2.3 und E. 5.3 hiervor) nicht erfüllt sind, womit die IV-Stelle zu Unrecht auf den Spitalbericht vom 18. Februar 2014 abstellte. Der Spitalbericht vom 16. Dezember 2015 beruht lediglich auf subjektiven Aussagen des Versicherten zu seinem Krankheitsempfinden. Zudem stand bei der Konsultation vom 3. Dezember 2015 nicht die bekannte Migräne im Vordergrund, sondern die im Zusammenhang mit dem befundenen zervikozephalen Syndrom stehenden Kopfschmerzen. Somit umfasst der Bericht vom Dezember 2015 ebenfalls keine genügende medizinische Abklärungen und Prüfung der Funktionseinschränkungen des Versicherten, weshalb ebenfalls nicht darauf abgestellt werden kann.

8.3 An diesem Ergebnis ändern auch die Vorbringen der IV-Stelle nichts. Zwar hat die IV-Stelle gestützt auf den Bericht des RAD zutreffenderweise geltend gemacht, dass hinsichtlich der Angaben des Beschwerdeführers im Verlauf des Revisions- und Beschwerdeverfahrens

Inkonsistenzen bestanden hätten. Diese können jedoch auch dem schwankenden Gesundheitszustand des Versicherten geschuldet sein und können ohne weitere Untersuchungen nicht als Anhaltspunkt verstanden werden, dass es nach dem Jahr 2014 nicht wieder zu einer Verschlechterung der Migräne gekommen ist. Zweifel an der Beweistauglichkeit der Beurteilungen des RAD geben weiter folgende Punkte: Der Versicherte ist weder vom RAD untersucht, noch nach zusätzlichen Angaben zur Attackenhäufigkeit befragt worden. Auch handelt es sich bei den involvierten RAD-Ärzten nicht um Neurologen. Schliesslich kann – wie vom RAD behauptet – aus dem Umstand, dass aufgrund der fehlenden Ärztekonsultationen, der reduzierten Einnahme der prophylaktischen Medikation sowie des nicht mehr geführten Kopfschmerzkalenders nicht gefolgert werden, dass eine Verbesserung der Migräne eingetreten ist. Die RAD-Berichte erweisen sich daher als reine Vermutungen, aufgrund derer nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten geschlossen werden kann. Beim Bericht aus dem Jahr 2014 handelt es sich somit nicht um eine - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 2.3 hiervor) bei objektivierbaren wie auch medizinisch nicht oder nicht klar fassbaren Beschwerdebildern –sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen.

9.1 Gemäss neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.).

9.2 Da die Beschwerdegegnerin nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung des Rentenanspruchs der Versicherten vorgenommen hat (vgl. E. 8.2 hiervor) und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Diese hat den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gutachterlich neu abzuklären. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer zusätzlichen medizinischen Abklärungen wird die IV-Stelle anschliessend über den Rentenanspruch des Versicherten neu zu befinden haben.

10. Zusammenfassend ergibt sich, dass aus den Spitalberichten aus den Jahren 2014 und 2015 keine Verbesserung bzw. (erneute) Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen der Rentenzusprache im Jahre 2011 und der hier strittigen Verfügung vom 12. Oktober 2017 abgeleitet werden kann. Die angefochtene Verfügung ist demzufolge in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen.

11. Es bleibt über die Kosten zu befinden:

11.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 Satz 2 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb sie grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen hätte. 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. Es werden deshalb keine Verfahrenskosten erhoben und der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- ist zurückzuerstatten.

11.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 215 E. 6.2). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ist, hat diese dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung auszurichten. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 19. Januar 2018 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 5 Stunden und 45 Minuten geltend gemacht. Darin befinden sich Bemühungen im Umfang von 35 Minuten sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 1.--, welche auf den Kontakt des Rechtsvertreters mit der Rechtsschutzversicherung zurückzuführen sind. Solche Bemühungen bzw. Auslagen würden im Falle einer nicht rechtsschutzversicherten Person nicht anfallen und müssen daher unberücksichtigt bleiben. Die Bemühungen und Auslagen im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung sind deshalb im genannten Umfang in Abzug zu bringen. Nach Abzug von insgesamt 35 Minuten ist somit ein Aufwand von 5 Stunden und 10 Minuten zu vergüten, was als angemessen zu taxieren und zu dem praxisgemäss vor dem Kantonsgericht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003) zu entgelten ist. Die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen betragen demnach nach Abzug von 1.-- insgesamt Fr. 8.70. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'306.85 (5 Stunden und 10 Minuten à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 8.70 zuzüglich 8 % bzw. 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 12. Oktober 2017 auf-

gehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat dem Beschwerdeführer eine Partei-entschädigung in der Höhe von Fr. 1'306.85 (inkl. Auslagen und 8 % bzw. 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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