



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 2. Mai 2024 (720 23 386 / 103)

Invalidenversicherung

"Long-Covid" / Rückweisung der Angelegenheit zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts mittels eines polydisziplinären Gutachtens

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dominique Flach, Advokatin, indemnisi, Spalenberg 20, Postfach, 4001 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1990 geborene A.____ meldete sich am 13. Oktober 2022 mit dem Hinweis, dass sie sich im März 2022 mit Covid-19 infiziert habe und nunmehr an "Long-Covid" leide, bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft klärte die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse der Versicherten ab. Dabei gelangte sie zur Auffassung, dass bei A.____ ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen sei. Alle bisherigen umfangreichen medizinischen (inkl.

psychiatrischen) Abklärungen hätten zu keiner fachärztlichen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geführt. Gestützt auf dieses Abklärungsergebnis lehnte die IV-Stelle - nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren - mit Verfügung vom 9. November 2023 einen Rentenanspruch der Versicherten ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokatin Dominique Flach, am 13. Dezember 2023 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge.

C. Die IV-Stelle beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 6. Februar 2024 die Abweisung der Beschwerde, wobei sie ihren Ausführungen eine Stellungnahme von Dr. med. B.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, vom 20. Dezember 2023 beilegte.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 13. Dezember 2023 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie diejenigen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung Anwendung (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100). Aufgrund der am 13. Oktober 2022 erfolgten Geltendmachung des Leistungsanspruchs könnte ein Rentenanspruch der Versicherten in Anbetracht der sechsmonatigen Wartezeit von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. April 2023 entstehen. Die Angelegenheit ist deshalb in Anwendung der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassungen des IVG, der IVV und des ATSG zu beurteilen.

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 Ein-

gliederungsmassnahmen 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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Absätze 1^{bis} und 1^{ter} IVG nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG).

2.2 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 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 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 Gemäss Art. 28b IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozessualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Abs. 1). Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 % und 49 % wird der prozentuale Anteil anhand der in Abs. 4 wiedergegebenen Tabelle festgesetzt; er beträgt zwischen 47,5 % (bei einem Invaliditätsgrad von 49 %) und 25 % (bei einem Invaliditätsgrad von 40 %). Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 % besteht kein Rentenanspruch.

2.4 Die Bemessung des Invaliditätsgrades von erwerbstätigen Versicherten richtet sich nach Art. 16 ATSG (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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

3.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person stützt sich die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person

arbeitsunfähig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2024, 8C_122/2023, E. 2.3). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.2 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). 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 mit Hinweis).

3.3 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 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 145 V 97 E. 8.5 am Ende, mit Hinweis).

4. Bei den medizinischen Akten des vorliegenden Falles finden sich folgende relevante Unterlagen:

4.1 In seinem Bericht vom 17. August 2022 über die ambulante, interdisziplinäre Long-Covid-Sprechstunde vom 11. August 2022 in der Klinik C.____ diagnostizierte das involvierte Ärzteteam bei der Versicherten (1) ein Long-Covid-Syndrom (Erstsymptome März 2022), (2) eine chronische Müdigkeit (11/2016), (3) eine chronisch intermittierende Übelkeit seit 2017 und (4) einen Eisenmangel. Zur aktuellen Anamnese wurde festgehalten, dass die Patientin im März 2022 Symptome eines viralen Infektes mit Husten und Krankheitsgefühl entwickelt habe. Es habe ein positiver Covid-19-Nachweis stattgefunden. Die Patientin sei zweimal geimpft wor-

den, zuletzt im August 2021. Nach einer Latenz von etwa zehn Tagen nach dem Infekt sei es zu einer starken Zunahme der Müdigkeit mit Schwindel, Erschöpfungssymptomen, allgemeiner Schwäche, Schweregefühl in den Beinen und Brain-Fog gekommen. Eine Beeinträchtigung von Geschmacks- und Geruchsempfinden habe nicht vorgelegen. Vor allem die Müdigkeit habe sich verstärkt, nachdem diese erstmals 2016 aufgetreten sei nach Einnahme von Mephlocin während eines Aufenthaltes in D.____. In ihrer Beurteilung gelangten die Ärzte der Klinik C.____ zum Schluss, dass in Zusammenschau der Anamnese, der vorhandenen Unterlagen und des klinischen Befundes der Verdacht auf ein Long-Covid-Syndrom vorliegen dürfte. Man habe zudem eine kardiologische Mitbeurteilung im Institut E.____ in die Wege geleitet. Die dortige umfangreiche Diagnostik habe keine Hinweise für eine Pathologie ergeben, ebenso habe sich kein Anhaltspunkt für eine endokrinologische Störung gezeigt.

4.2 Im Bericht der Klinik für Neurologie des Spitals F.____ vom 21. November 2022 wurden folgende Diagnosen erhoben: (1) Post-Covid-19-Zustand (ICD-10: U09.9) mit/bei (1.1) Infektion: milder Verlauf 03/2022, (1.2) Impfungen: 2. Impfung 07/2021, (1.3) anamnestisch: Fatigue, Erschöpfungsgefühl, Wortfindungsstörungen, "Brain Fog" und (1.4) klinisch: kein fokales neurologisches Defizit sowie (2) ein chronisches Müdigkeitssyndrom (Chronic fatigue syndrome, ICD-10: G93.3). Die Versicherte sei durch die Hausärztin zur neurologischen Beurteilung bei chronischem Fatigue-Syndrom zugewiesen worden. Bei der klinisch-neurologischen Untersuchung seien keine Auffälligkeiten objektiviert worden. Zusammengefasst habe sich in der aktuellen Konsultation kein Hinweis auf eine neurologische Grunderkrankung ergeben, welche die Beschwerden erklären könne. Man bewerte die Symptome im Rahmen eines Post-Covid-Zustands. Am 7. Januar 2023 berichtete die Klinik für Immunologie des Spitals F.____ über eine ambulante Untersuchung der Versicherten. Als Diagnosen wurden (1) ein chronisches Müdigkeitssyndrom und (2) ein Post-Covid-19-Zustand (ICD-10: U09.9) angegeben. Zum Ausschluss von somatischen Ursachen für den chronischen Erschöpfungszustand sei eine detaillierte laborchemische und immunoerologische Diagnostik erfolgt. Dabei habe man keine entzündliche Erkrankung im Sinne einer autoimmunen oder autoinflammatorischen Erkrankung oder einer Allergie ursächlich für die chronische Fatigue feststellen können. Am 6. Juni 2023 schliesslich erstattete die Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik des Spitals F.____ Bericht über die seit Juni 2022 laufende ambulante Behandlung der Versicherten. Die behandelnde Oberärztin führte im Abschnitt "Aktuelle medizinische Symptomatik und Situation" aus, bei der Versicherten liessen sich seit einer Malariaphylaxe mit Mefloquine während eines Aufenthaltes in D.____ (11/2016) eine persistierende Erschöpfungssymptomatik mit Verschlechterung nach Covid-19 (03/2022) eruieren. Für das chronische Müdigkeitssyndrom (ICD-10: G93.3) sprächen die substantielle Beeinträchtigung in der Fähigkeit, alltägliche, soziale, berufliche und private Angelegenheiten bzw. Aktivitäten zu absolvieren aufgrund einer persistierenden Erschöpfungssymptomatik seit 2016 (mitunter unerholsamer Schlaf, postexertionelle Malaise und kognitive Einbussen). Hinweise für eine orthostatische Dysregulation ergäben sich derzeit nicht eindeutig. Dazu lägen mit somatischen Stressoren (Malariaphylaxe mit Mefloquine 11/2016, Covid-19 03/2022) und psychosozialen Stressoren (drohende Arbeitsunfähigkeit, mangelnde berufliche Selbstverwirklichung) prädisponierende, aufrechterhaltende und auslösende Faktoren vor. Die Kriterien des "Institute of Medicine (IOM) 2015" für das chronische Müdigkeitssyndrom/die myalgische Enzephalomyelitis würden hinreichend erfüllt. Bei Ver-

schlechterung der Erschöpfungssymptomatik nach Covid-19 (03/2022) könne ein Post-Covid-19-Zustand (ICD-10: U09.9) ebenfalls mitaufgeführt werden. Gestützt auf diese Einschätzungen listete die behandelnde Oberärztin in ihrem Bericht als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine myalgische Enzephalomyelitis / ein chronisches Müdigkeitssyndrom (Chronic fatigue syndrome, ICD-10: G93.3) und einen Post-Covid-Zustand (ICD-10: U09.9) auf und im nachfolgenden Abschnitt "Prognose zur Arbeitsfähigkeit" wies sie darauf hin, dass diese derzeit bei mangelnder Datenlage zu Post-Covid-Zuständen schwierig eingeschätzt werden könne. Bei einer myalgischen Enzephalomyelitis / einem Chronic fatigue syndrome werde in drei Vierteln der Fälle eine Teilzeitarbeitsfähigkeit im Verlauf von zwei bis drei Jahren wieder erreicht, bei einem Viertel der Fälle bleibe es bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Bei der Versicherten schätze sie derzeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ein.

4.3 Die IV-Stelle legte in der Folge die medizinischen Akten ihrem RAD-Arzt Dr. B.____ zur Beurteilung vor.

4.3.1 In seinem Bericht vom 22. Juni 2023 hielt Dr. B.____ zusammenfassend fest, die Versicherte beklage seit einer Corona-Infektion im Jahr 2022 vor allem eine subjektive Müdigkeit. Es seien bereits umfassende medizinische Abklärungen erfolgt, die alle wesentlichen Fachgebiete eingeschlossen hätten. So habe weder internistisch (Pneumologie, Immunologie) noch rehabilitationsmedizinisch, psychosomatisch, neurologisch und schlafmedizinisch ein massgebender krankhafter Befund nachgewiesen werden können. Das ambulante Therapieprogramm der Klinik C.____ sei bereits seit einigen Monaten abgeschlossen. Die Versicherte sei als arbeitslos bezeichnet worden. Der Hausarzt habe die Versicherte seit einem halben Jahr nicht mehr gesehen und er habe nie eine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt. Zudem bestünden psychosoziale, die Prognose ungünstig beeinflussende (IV-fremde) Stressoren. In der Gesamtschau der medizinischen Akten und Abklärungsergebnisse könne festgestellt werden, dass über die postulierte Post-Covid-Diagnose hinaus keine weitere relevante medizinische Diagnose gestellt sei und kein nachvollziehbarer krankhafter Befund mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe nachgewiesen werden können. Ein IV-relevanter Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen. Was die Frage nach allfälligen weiteren medizinischen Abklärungen betreffe, sei zu beachten, dass bereits umfassende Ergebnisse aus zahlreichen medizinischen Fachgebieten vorliegen würden. Eine Wiederholung solcher Abklärungen sei aus versicherungsmedizinischer Sicht weder zielführend noch indiziert.

4.3.2 Im Rahmen des Einwandverfahrens verfasste Dr. B.____ am 17. Oktober 2023 eine weitere Stellungnahme zuhanden der Beschwerdegegnerin. Darin machte er geltend, dass alle bisher durchgeführten und umfangreichen medizinischen (inkl. psychiatrischen) Abklärungen zu keiner fachärztlichen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geführt hätten. Bei einem Post-Covid-Syndrom, das in hohem Masse einschränken solle, müsse sich diese Einschränkung objektivieren lassen; sie dürfe nicht bloss auf subjektive Schilderungen zurückgehen. In diesem Sinne seien bereits zahlreiche umfassende medizinische Abklärungsergebnisse vorhanden. Eine relevante und durch eine gestellte medizinische Diagnose erklärte Pathologie liege bis heute nicht vor. Aus welchem Grund diese Abklärungen (in einer Begutachtung) wiederholt werden sollten, wenn sie bisher normal ausgefallen seien, sei nicht nachvollziehbar. Auf

Nachfrage der IV-Stelle, ob es einen Unterschied zwischen einem Post-Covid-Syndrom und einem Müdigkeitssyndrom gebe und ob es sich dabei um zwei verschiedene Diagnosen handle, wies Dr. B._____ in einer ergänzenden Stellungnahme vom 7. November 2023 darauf hin, dass es für "Post-Covid" in der ICD-10 keine eigenständige Zuordnung bzw. Codierung gebe. Das chronische Müdigkeitssyndrom (G93.3) sei eine der wenigen Möglichkeiten, ein durch pathologische Befunde nicht begründbares (subjektives) Post-Covid-Syndrom im ICD-10 zu codieren. Es handle sich hier um dieselbe Krankheit/Entität.

4.3.3 In seiner im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens erstatteten Stellungnahme vom 20. Dezember 2023 hielt Dr. B._____ fest, dass die bisherige Beurteilung auch nach Einsichtnahme in die Beschwerdeschrift unverändert bleibe. Neue Diagnosen, insbesondere psychiatrisch gestellte (z.B. nach ICD-10), würden darin nicht vorgebracht. Ferner treffe es nicht zu, dass sich der RAD nicht mit anderslautenden Beurteilungen der Behandler auseinandergesetzt habe. Er habe sämtliche ausnahmslosen Normalbefunde aller involvierter Fachdisziplinen dargelegt und davon abgeleitet, dass keine medizinisch zu begründende dauerhafte und wesentliche Funktionsbehinderung benannt werden könne. Sodann wiederholte Dr. B._____ nochmals seinen Standpunkt, dass in Anbetracht der Fülle der bereits getätigten Abklärungen, der ausnahmslosen Normalbefunde und der fehlenden wesentlichen medizinischen Diagnosen in sämtlichen Fachgebieten aus versicherungsmedizinischer Sicht auf erneute und wiederholende Abklärungen verzichtet werden dürfe. Neue Erkenntnisse seien davon nicht zu erwarten. Angesichts dieser Ausgangslage dürfe und könne zudem keine Arbeitsunfähigkeit anerkannt werden, da sich diese ausschliesslich mit dem subjektiven Befinden der Versicherten, nicht aber mit nachgewiesenen Pathologien begründen liesse.

5.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Stellungnahmen von Dr. B._____ und gelangte dabei zum Ergebnis, dass ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen sei. Alle bisherigen umfangreichen medizinischen (inkl. psychiatrischen) Abklärungen hätten zu keiner fachärztlichen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geführt. Bei einem Post-Covid-Syndrom, das in hohem Masse einschränken solle, müsse sich diese Einschränkung objektivieren lassen und dürfe nicht bloss auf subjektive Schilderungen zurückgehen. Somit seien die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch nicht erfüllt.

5.2 Die Beschwerdeführerin rügt ihrerseits, dass sich die IV-Stelle lediglich auf versicherungsinterne Einschätzungen von Dr. B._____ stütze. Diese würden jedoch die strengen Anforderungen an eine beweiskräftige versicherungsinterne Beurteilung gleich aus mehreren Gründen nicht erfüllen. So würden sich seine Berichte nur unzureichend mit den beklagten Beschwerden befassen und ebenso wenig setze er sich mit den abweichenden Einschätzungen behandelnder Fachärzte auseinander. Sodann handle es sich bei seinen Berichten um blosse Aktengutachten und letztlich auch um Einschätzungen eines fachfremden Arztes, verfüge Dr. B._____ doch nicht über einen Facharztstitel für Psychiatrie.

6.1 Soweit die IV-Stelle die Auffassung vertritt, dass alle bisherigen umfangreichen medizinischen (inkl. psychiatrischen) Abklärungen zu keiner fachärztlichen Diagnose mit Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit geführt hätten, kann ihr nicht gefolgt werden. In den Berichten des Spitals F.____ vom 21. November 2022, 7. Januar 2023 und 6. Juni 2023 werden bei der Versicherten jeweils die Diagnosen eines Post-Covid-Zustands (ICD-10: U09.9) und einer myalgischen Enzephalomyelitis / eines chronischen Müdigkeitssyndroms (Chronic fatigue syndrome, ICD-10: G93.3) gestellt. Bei der Chronischen Müdigkeit (oder Fatigue, chronisches Erschöpfungssyndrom, Chronic fatigue syndrome, CFS, myalgische Enzephalomyelitis, ME, Systemic Exertion Intolerance Disease, SEID, abrufbar unter: <https://www.usz.ch/krankheit/chronische-muedigkeit/>) handelt sich um ein häufig nicht scharf definiertes Krankheitsbild, dessen Leitsymptom die Post-Exertional Malaise ist, bei der es sich um eine lähmende geistige und körperliche Erschöpfung nach geringer körperlicher oder geistiger Anstrengung handelt. Das Chronische Müdigkeitssyndrom wird nach dem ICD-10 als neurologische Krankheit unter G93.3 geführt. Die von den mit der Abklärung der Versicherten betrauten Ärzten gestellte Diagnose ist somit als eigenständiges Krankheitsbild anerkannt. Sodann wird im vorliegenden Fall ein Erschöpfungszustand als Hauptsymptomatik der Chronischen Müdigkeit in allen Berichten des Spitals F.____ und auch in demjenigen der Klinik C.____ vom 17. August 2022 festgehalten. Zudem soll sich der Erschöpfungszustand, wie im letzten Bericht des Spitals F.____ vom 6. Juni 2023 ausdrücklich ausgeführt wird, auch erheblich auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirken. Die genannten Berichte reichen nun aber nicht aus, um einen allfälligen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abschliessend zu beurteilen. Hierzu bedarf es einer vertiefter fachärztlichen Abklärung des effektiven Ausmasses des aus der Chronischen Müdigkeit resultierenden Erschöpfungszustands und der konkreten Auswirkungen desselben auf die Funktions- und Leistungsfähigkeit bzw. auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten.

6.2 Für das ebenfalls mehrfach diagnostizierte Post-Covid-19-Syndrom ist in Bezug auf die Anforderungen betreffend die medizinische Abklärung auf die Empfehlungen der Swiss Insurance Medicine (SIM) für die versicherungsmedizinische Abklärung in der Schweiz bei Post-Covid-19-Erkrankung (Version 2.0) hinzuweisen (Stand 31. Juli 2023, abrufbar unter: www.swiss-insurance-medicine.ch). Die SIM empfiehlt in diesen Fällen eine neuropsychologische Begutachtung. Darauf weist die Beschwerdeführerin zu Recht hin. Das Kantonsgericht befasste sich im Urteil vom 13. April 2023 (725 22 233) ausführlich mit der Frage der Anforderungen an die Abklärung eines Post-Covid-19-Syndroms. Beurteilt werden musste ein Fall, in welchem der Unfallversicherer die Covid-19-Erkrankung als Berufskrankheit bereits anerkannt hatte. In Erwägung 7.1 legte das Kantonsgericht ausführlich die Abklärungserfordernisse bei einem Post-Covid-Syndrom dar. Es verwies dabei auch auf den Aufsatz "'Long Covid', Eine (vorläufige) interdisziplinäre Standortbestimmung" von PHILIPP EGLI/MATTHIAS KRADOLFER/KERSTIN N. VOKINGER (erschieden in der in der Schweizerischen Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge [SZS] 2021, S. 169 ff.). In Erwägung 7.2 gelangte das Kantonsgericht zum Schluss, dass es einer ganzheitlichen Abklärung mit einer direkten Befassung mit der versicherten Person bedürfe, da das Krankheitsbild Long-Covid-Syndrom (Post-Covid-Syndrom) gerade wegen der Mischsymptomatiken schwer fassbar sei. Eine Aktenbeurteilung reiche dazu nicht aus (ebenso nunmehr auch das Urteil des Kantonsgerichts vom 18. Januar 2024, 720 23 14, E. 7.2 f.).

6.3 Im Lichte der vorstehenden beiden Erwägungen (6.2 und 6.3) bleibt festzustellen, dass die vorhandene medizinische Aktenlage noch keine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs der Versicherten zulässt. Die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren sind mit andern Worten nicht ausreichend beweiskräftig, der relevante medizinische Sachverhalt bedarf vielmehr weiterer Abklärung. Die IV-Stelle hat über die Vergabepattform Suisse-Med@P eine polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin anzuordnen, wobei die Expertise die Disziplinen Allgemeine Innere Medizin/Infektiologie, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie zu umfassen hat. Falls die Fachärzteschaft aufgrund ihrer Untersuchungen - je nach (Organ-) Symptomatik - den Einbezug weiterer Fachdisziplinen (wie etwa der Pneumologie) für angezeigt halten sollte, wird sie eine solche anzuordnen haben. Hernach ist eine interdisziplinäre Konsensbeurteilung durchzuführen. Gestützt auf die Resultate dieser Aktenergänzung wird die IV-Stelle über das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin neu zu befinden haben. Bei diesem Ergebnis ist auf die weiteren Rügen, welche die Beschwerdeführerin gegen die beweisrechtliche Verwertbarkeit der Beurteilungen von Dr. B.____ erhebt (vgl. E. 5.2 hiavor), nicht mehr einzugehen.

6.4 Somit ist als Ergebnis festzuhalten, dass die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, als die angefochtene Verfügung vom 9. November 2023 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen ist.

7. Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden.

7.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und Entscheidung (mit noch offenem Ausgang) für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 137 V 210 E. 7.1 mit Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt ausdrücklich auch für das kantonale Beschwerdeverfahren (Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2023, 9C_379/2022, E. 4.2; BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2 mit Hinweisen).

7.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind.

7.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Partei-

entschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin machte in ihrer Honorarnote vom 16. Februar 2024 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9,5 Stunden geltend, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen von Fr. 71.25. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'636.90 (9,5 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 71.25 und Mehrwertsteuer von 7,7 % auf Fr. 1'875.-- bzw. von 8,1 % auf Fr. 571.25) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

8.1 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 wieder gutzumachenden 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 Aktenenergänzung 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 materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

8.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen 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 **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 9. November 2023 aufgehoben 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. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.

Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'636.90 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer von 7,7 % auf Fr. 1'875.-- bzw. von 8,1 % auf Fr. 571.25) zu bezahlen.

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