



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 27. Juli 2023 (720 22 314 / 173)

Invalidenversicherung

Medizinische Sachlage nicht hinreichend abgeklärt; Rückweisung an die Vorinstanz

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Chris Bräutigam, Rechtsanwalt, Advokatur zum Schloss, Schlossgasse 1, 4102 Binningen

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1977 geborene A.____ war zuletzt vom 14. Juli 2015 bis 31. August 2021 bei der B.____ AG als Mitarbeiterin Zutrittskontrolle angestellt. Am 8. April 2020 meldete sie sich unter Hinweis auf psychische Beschwerden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse ab, wobei sie die Versicherte bei der PMEDA AG Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen (PMEDA) bidisziplinär (internistisch und psychiatrisch) begutachten liess (Expertise vom 8. März 2022). Gestützt auf die Abklärungsergebnisse und nach Rücksprache mit dem Regio-

nenalen Ärztlichen Dienst (RAD) verneinte sie infolge Nichterfüllung des Wartejahrs einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Verfügung vom 17. Oktober 2022).

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Chris Bräutigam, am 16. November 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung vom 17. Oktober 2022 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr mit Wirkung ab 1. Oktober 2020 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen, subeventualiter sei die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Rechtsanwalt Bräutigam als Rechtsvertreter. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. Mit Verfügung vom 21. November 2022 wurde der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwalt Chris Bräutigam als Rechtsvertreter bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 12. Januar 2023 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihren Ausführungen eine Beurteilung von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, vom 23. November 2022 bei.

E. Die Beschwerdeführerin liess am 22. März 2023 einen Bericht der Klinik I.____ vom 13. März 2023 einreichen. Die IV-Stelle verzichtete am 5. April 2023 auf eine Stellungnahme.

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 VPO 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 vom 16. November 2022 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. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der ab dem 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung. Wird der Anspruch auf eine IV-Rente bzw. deren Ablehnung nach dem

1. Januar 2022 verfügt, gilt unter anderem folgendes: Liegen der Eintritt der Invalidität und der Beginn des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, so bleiben die vor dem 1. Januar 2022 gültigen Bestimmungen anwendbar (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101). Vorliegend steht ein Rentenanspruch ab 1. Oktober 2020 in Frage, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar sind. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2022 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2).

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

3.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.3 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).

3.4 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss

eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.6 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands 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 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.7 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 Beweiswerts eines Arztberichts 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).

3.8 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHl-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztperson einerseits und von Begutachtungsauftrag des bzw. der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten oder Expertinnen andererseits (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, öffentlich-rechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte und Ärztinnen wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

4. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

5.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den vorliegenden Entscheid zentral sind.

5.2 Die Versicherte war vom 30. Oktober 2019 bis 16. Januar 2020 in der Klinik D. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 7. Februar 2020 wurden eine mittelgradige depressive Episode, rezidivierende abdominelle Schmerzen unklarer Genese, ein allergisches und anstrengungsabhängiges Asthma bronchiale, ein inkompletter Rechtsschenkelblock, eine Gastro-

enteritis, eine erosive Antrumgastritis und anamnestisch ein Vorhofseptumdefekt diagnostiziert. Die Versicherte sei im Rahmen einer mittelgradig depressiven Episode in die Klinik aufgenommen worden. Sie sei stark erschöpft und antriebslos gewesen und habe sich in depressiver Stimmungslage befunden. Eine mehrere Tage andauernde Phase von stärksten therapierefrak-tären Bauchschmerzen hätten trotz intensiver Abklärung nicht hinreichend einer organischen Ursache zugeordnet werden können. Laborchemisch hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Da die Versicherte wiederholt eine Enge im Brustbereich beschrieben und eine deutliche Leistungs-minderung teils mit Gehstrecken unter 500 Metern gezeigt habe, sei eine kardiologische und pneumologische Abklärung erfolgt. In der Spirometrie habe sich eine reversible Obstruktion gezeigt, weshalb von einem allergisch- und anstrengungsabhängigen Asthma bronchiale aus-zugehen sei. Im Elektrokardiogramm habe sich ein inkompletter Rechtsschenkelblock gezeigt. Eine Echokardiographie habe keine wegweisenden Auffälligkeiten ergeben. Während des Auf-enthalts habe sich die Erschöpfung verbessert. Die Versicherte habe auch wieder längere Geh-strecken zurücklegen können. Zudem habe sich eine Aufhellung der Stimmungslage gezeigt. Sie sei am 16. Januar 2020 in stabilisiertem Zustand nach Hause entlassen worden.

5.3 Die Zusatzversicherung E.____ liess die Versicherte vertrauensärztlich untersuchen. Am 8. Juni 2020 diagnostizierte Dr. med. F.____, FMH Praktischer Arzt, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und attestierte der Versi-cherten sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

5.4 Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 7. Oktober 2020 eine seit August 2019 bestehende mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10 F32.1/2). Bei der Versicherten seien die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis und die Konzentri- on herabgesetzt. Auffallend sei die rasche Ermüdbarkeit. Gegenwärtig stehe vor allem die kör- perliche Schwäche im Vordergrund. Zudem bestünden eine emotionale Instabilität, eine herab- gesetzte emotionale Belastbarkeit und herabgesetzte kognitive Funktionen. Ab August 2019 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ab Februar 2020 eine solche von 80 % und seit Ende April 2020 wiederum eine solche von 100 %.

5.5 Die Zusatzversicherung E.____ beauftragte Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psy- chotherapie, mit einem Gutachten. Am 12. Dezember 2020 diagnostizierte er mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.10), und eine Agoraphobie mit Panikstörung, gegenwärtig ziemlich remittiert, bei nach wie vor bestehendem Vermeidungsverhalten (ICD-10 F40.01). Es bestünde eine depres- sive Verstimmung mit verminderter Freude, Interessenverlust, erhöhter Ermüdbarkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen und mit einem verminderten Selbstwert mit Insuffizienzgedanken. Im Rahmen der affektiven Symptomatik sei eine Somatisierung möglich. Durch die psychischen Störungen komme es zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und vermehrten Konzentrationsstörun- gen. Es bestünde ein deutliches Vermeidungsverhalten, vor allem im Rahmen der Angststö- rung. Zudem könne es zum verstärkten Auftreten von Panikstörungen mit vegetativen Sympto- men und Blockaden kommen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin Zutrittskontrolle sei weiterhin nicht zumutbar. Unter Fortführung der Behandlung und mit sozialrehabilitativen

Massnahmen könne im Verlauf von höchstens vier Monaten wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden.

5.6 Die Versicherte wurde vom 26. Januar 2021 bis 11. März 2021 in der Klinik I.____, stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 17. März 2021 wurde als Hauptdiagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert. Die Versicherte sei mit einer ausgeprägten depressiven Symptomatik in die Klinik eingetreten. Im Vordergrund gestanden hätten das ausgeprägte Gefühl von Gefühllosigkeit sowie die Erschöpfungssymptomatik. Die Kindheit und Jugend der Versicherten seien sehr belastend gewesen. Die in der Vergangenheit vereinzelt aufgetretenen Panikattacken seien während der stationären Behandlung kein Thema gewesen. Die letzte Attacke sei über einen Monat her, weshalb von der Diagnose einer Panikstörung abgesehen werde. Die Versicherte habe die Klinik in einem verbesserten, aber noch immer belasteten Zustand verlassen können. Sie werde die ambulante Therapie bei Dr. G.____ wieder aufnehmen.

5.7 Vom 14. Mai 2021 bis 31. Mai 2021 war die Versicherte in der Klinik D.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 7. Juni 2021 wurden eine SARS-CoV-2-Pneumonie, ein Asthma bronchiale, eine SARS-CoV-2-assoziierte Hepatitis, ein Verdacht auf eine dissoziative Störung, eine Hypotonie-Disposition, eine Bradykardie, eine reaktive Thrombozytose, rezidivierende depressive Episoden, eine Hypothyreose sowie diverse Nebendiagnosen festgestellt. Nach Abklingen der Symptomatik sei eine ausgeprägte muskuläre Schwäche aufgetreten. Die Versicherte habe sich initial kaum aufsitzen können. Stehen und Gehen seien nicht möglich gewesen. Zudem hätten ein Schwindel und Angst bestanden. Bei den wandernden Symptomen werde ein dissoziativer Charakter vermutet. Da der Symptomkomplex verbunden mit einer nicht regenerierbaren Müdigkeit seit zwei Jahren bestünde, sei differentialdiagnostisch ein Fatigue-Syndrom möglich.

5.8 Am 4. Oktober 2021 diagnostizierte Dr. med. J.____, FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, Klinik D.____, einen hochgradigen Verdacht auf eine Long-Covid-Erkrankung, eine anhaltende Erschöpfung/Müdigkeit, eine leichte kombinierte obstruktiv-restriktive Ventilationsstörung, ein allergisches und anstrengungsabhängiges Asthma bronchiale und eine arterielle Hypotonie. Nach Austritt aus der Klinik Ende Mai 2021 hätten weiterhin eine verminderte körperliche Leistungsfähigkeit, eine zögerliche Besserung der Atmung und eine Anstrengungsdispnöe bestanden. Die Versicherte könne noch nicht tief einatmen und sei vermehrt müde.

5.9 Die IV-Stelle beauftragte die PMEDA mit einem internistisch-psychiatrischen Gutachten, welches am 8. März 2022 erstattet wurde. Die untersuchende Ärzteschaft stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Asthma bronchiale, ein Status nach Corona-Virus-Infektion im Mai 2021, eine Hypothyreose, eine Adipositas, ein Meteorismus, eine rezidivierende depressive Störung unklarer Ausprägung (ICD-10 F33.8) und eine mögliche Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10 F40.01). Der internistische Gutachter hielt fest, anamnestisch seien vorrangig psychische Beschwerden mit Depressionen und Panikattacken, eine verminderte Geh-, Steh-, Sitz-, Konzentrations- und Merkfähigkeit, eine vorzeitige Ermüdung und Erschöpfung sowie ein ständiger

Drehschwindel reklamiert worden. Die Versicherte sei auf einen Rollstuhl angewiesen. Daneben würden eine belastungsabhängig verstärkte Atemnot sowie ein gelegentlicher Meteorismus angegeben. Die kardinalen und pulmonalen Befunde seien unauffällig. Auf einen Belastungstest durch Treppensteigen habe die Versicherte unter Angabe von Schwindel verzichtet. Hierfür gebe es jedoch keinen plausiblen internistischen Grund. In Ruhe hätten sich bei forcierter sowie bei aktuell möglicher vertiefter Atmung ubiquitär vestibuläre Atemgeräusche gezeigt. Einschränkungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit oder eine vorzeitige Ermüdung und Erschöpfung seien während der Untersuchung nicht beobachtet worden. Aufgrund des Aktenkapitels, der Anamnese und der klinischen Befunderhebung würden sich keine Hinweise auf Erkrankungen ergeben, die eine eigenständige dauerhafte Einschränkung der Belastbarkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit bedingen würden. Für ein anhaltendes Long-Covid-Syndrom würden sich keine objektivierbaren klinischen Anhaltspunkte ergeben. Auch rückblickend sei anamnestisch und aktenkundig keine internistische Gesundheitsstörung mit dauerhaftem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu erkennen. Die psychiatrische Gutachterin hielt fest, dass sich aktuell nur geringe Auffälligkeiten objektivieren lassen würden. ICD-10 konform wäre von einer leichtgradigen depressiven Episode auszugehen, allerdings sei eine klare diagnostische Zuordnung bei erheblichen Inkonsistenzen im Rahmen der Anamneseerhebung und der testpsychologischen Untersuchung nicht möglich. Retrospektiv würden sich Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode erfragen lassen. Eine antidepressive Medikation oder eine engmaschige psychotherapeutische Behandlung würde nicht erfolgen, was gegen eine überdauernde, die Arbeitsfähigkeit limitierende depressive Symptomatik spreche. Die Versicherte berichte über Symptome, welche die diagnostischen Kriterien einer Agoraphobie mit Panikstörung erfüllen könnten. Der Ausprägungsgrad sei bei erheblicher Verdeutlichung aber nicht ausreichend beurteilbar. Für das Vorliegen einer anderweitigen psychiatrischen Erkrankung würde sich kein Anhalt finden. Eine Persönlichkeitsstörung oder eine Traumafolgestörung seien nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit diagnostizierbar. Die von der Versicherten angegebene hochgradig eingeschränkte Steh- und Gehfähigkeit, begründet mit Schwindel und Energielosigkeit, sei aus psychiatrischer Sicht nicht einleuchtend erklärbar. Die testpsychologische Symptomvalidierung habe deutliche Hinweise auf ein nicht authentisches Antwortverhalten ergeben. Die angegebenen Einschränkungen von Konzentration sowie Merkfähigkeit, Lang- und Kurzzeitgedächtnis seien somit nicht hinreichend plausibel. Zudem würden sich keine Befunde ergeben, die auf die Entwicklung einer Long-Covid-Symptomatik hinweisen würden, zumal die beklagte Erschöpfung sowie die eingeschränkte Steh- und Gehfähigkeit bereits zuvor mehrfach beschrieben worden seien. Die Diagnose einer dissoziativen Störung könne nicht gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht seien keine erheblichen Funktions- und Fähigkeitsstörungen zu erkennen. Die Ressourcen seien anamnestisch weitgehend erhalten. Die vorangegangenen Bewertungen könnten aufgrund therapeutischer Widersprüche und fehlender Plausibilitätsprüfungen aus gutachterlicher Sicht nicht bestätigt werden. Die depressive Symptomatik sei bereits bei Entlassung aus der Klinik I. ____ im März 2021 remittiert, eine (niedrigdosierte) antidepressive Medikation sei zwischenzeitlich beendet und eine psychotherapeutische Behandlung habe nicht engmaschig stattgefunden. Dies spreche gegen eine überdauernde, die Arbeitsfähigkeit limitierende depressive Erkrankung. Somit sei auch retrospektiv keine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit zu bestätigen.

5.10 Am 18. März 2022 hielt Dr. C._____ fest, dass das bidisziplinäre Gutachten der PMEDA vom 8. März 2022 beweistauglich sei, weshalb darauf abgestellt werden könne. Im Verlauf habe vom 26. Januar 2021 bis 11. März 2021 und vom 14. Mai 2021 bis 31. Mai 2021 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Im Übrigen sei die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin Zutrittskontrolle vollständig arbeitsfähig.

5.11 Am 19. Mai 2022 hielt Dr. G._____ fest, dass er mit der Beurteilung im PMEDA Gutachten nicht einverstanden sei. Die Versicherte leide an einer sehr schweren und facettenreichen psychischen Beeinträchtigung. Sie sei kaum in der Lage, über eine längere Zeit eine Tätigkeit auszuüben und ver falle sehr schnell in Erschöpfungszustände. Seit August 2019 bestünde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Im Gutachten der PMEDA seien die dissoziativen Aspekte kaum berücksichtigt worden. Gegebenenfalls könnten diese das «Nicht-Authentische» und «Aggravierende» erklären. Um dies erfassen zu können, seien aber eine mehrmalige Untersuchung sowie fremdanamnestiche Angaben erforderlich. Die Einnahme von Antidepressiva und die Therapiefrequenz liessen entgegen der Annahme der Gutachterin keine Rückschlüsse auf den Schweregrad der Erkrankung zu.

5.12 Dr. med. K._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, führte am 9. November 2022 aus, dass bei der Versicherten seit August 2019 ein psychiatrisches Krankheitsbild bestanden habe, welche zunächst anlässlich einer ersten Hospitalisation in der Klinik D._____ im Rahmen einer mittelgradigen depressiven Erkrankung beschrieben worden sei. Bereits damals hätten sich Hinweise auf dissoziative Symptome und eine Fatigue gezeigt. Seit der SARS-CoV-2-Infektion bestünde eine ausgeprägte Fatigue mit körperlicher Belastungsintoleranz, die gegenüber den depressiven Symptomen klar im Vordergrund stünde. Seit Beginn der Behandlung zeige sich ein gleichbleibendes Krankheitsbild mit ausgeprägter Ermüdbarkeit, Erschöpfbarkeit, körperlicher Belastungsintoleranz sowie kognitiven Einschränkungen. Die Versicherte könne nur kurze Strecken gehen und habe ein erhöhtes Schlafbedürfnis. Die Symptomatik sei in ihrer Ausprägung seit der Coronaerkrankung im Mai 2021 vorhanden, wobei es danach zu einer vorübergehenden leichten Besserung gekommen sei. Nach einer erneuten Virusinfektion (Echovirus) im Herbst 2021 sei eine weitere Verschlechterung bis zur aktuell beschriebenen hochgradigen Funktionseinschränkung eingetreten. Aus hausärztlicher Sicht bestünde ein in sich konsistentes Krankheitsbild in allen Lebensbereichen ohne Hinweise auf Aggravation. Naturgemäss seien die Symptome schwer fassbar und könnten nicht durch (allgemeinmedizinisch) messbare Parameter objektiviert werden. Die wiederholten allgemeinmedizinischen Abklärungen hätten keine fassbaren organischen Ursachen der Symptomatik ergeben, sodass am ehesten von einem komplexen Zusammenspiel aus einer vorbestehenden psychiatrischen Erkrankung mit möglicher Verschlechterung durch die zwei durchgemachte Virusinfektion auszugehen sei. Welche Rolle dabei einer Long-Covid-Symptomatik beigemessen werden könne, sei unklar, da für dieses Krankheitsbild bis heute bekanntermassen objektivierbare Parameter fehlen würden. Für eine diagnostische Einschätzung des komplexen Krankheitsbilds bedürfe es einer interdisziplinären Beurteilung unter Berücksichtigung von somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Aspekten. Im Gutachten der PMEDA vom 8. März 2022 sei aufgrund einer auffälligen Beschwerdevalidierung in der neuropsychologischen Untersuchung und einer nicht-authentischen Beschwerdepräsentation in der psychiatrischen und in der allgemeininternisti-

schen Untersuchung auf das Nichtvorhandensein von Funktionseinschränkungen geschlossen worden. Im psychiatrischen Fachgutachten sei aufgrund von Inkonsistenzen der Schweregrad der depressiven Störung als nicht beurteilbar eingestuft worden. Dennoch sei eine abschliessende Beurteilung der daraus resultierenden Funktionseinschränkungen erfolgt und eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert worden, was nicht nachvollziehbar sei. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Trauma-Anamnese habe im Gutachten ebenso wenig stattgefunden wie eine sorgfältige und differenzierte Erörterung mit dem Krankheitsbild Long-Covid. Eine erneute umfassende psychiatrische und somatische Beurteilung sei unabdingbar.

5.13 Im Verlaufsbericht vom 13. März 2023 hielt Dr. med. L.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Klinik I.____, fest, dass die Versicherte nach Austritt aus der Klinik D.____ am 31. Mai 2022 vollkommen dekonditioniert gewesen sei. Mittlerweile könne sie wieder 50-100 Meter ohne Gehilfe, jedoch mit Sitzpausen, zurücklegen. Die Hauptsymptome seien neben der körperlichen Schwäche eine chronische Müdigkeit, die im Alltag sehr einschneidend sei.

6.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2022 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf die Ergebnisse im Gutachten der PMEDA vom 8. März 2021 und ging demzufolge davon aus, dass die Beschwerdeführerin – abgesehen von vorübergehenden Phasen mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit vom 11. Oktober 2019 bis 16. Januar 2020, vom 26. Januar 2021 bis 11. März 2021 und vom 14. Mai 2021 bis 31. Mai 2021 – keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Mitarbeiterin Zutrittskontrolle aufweise. Wie in Erwägung 3.8 hiervor ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und Spezialärzten volle Beweiskraft zuzuerkennen, wenn diese aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, und solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien sind vorliegend jedoch nicht von der Hand zu weisen, wie die nachstehenden Erläuterungen aufzeigen.

6.2.1 Zunächst wirft das nur sehr oberflächlich begründete internistische Teilgutachten Fragen auf. Der Gutachter stellte im Wesentlichen fest, dass sich im internistischen Fachgebiet aufgrund des Aktenkapitels, der Anamnese und der klinischen Befunderhebung keine Hinweise auf Erkrankungen ergeben, die eine eigenständige dauerhafte Einschränkung der Belastbarkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit bedingen würden. Diese Beurteilung wurde mehrfach in den Text hineinkopiert. Eine eingehende und nachvollziehbare Beurteilung der in den Vorakten beschriebenen und geklagten Beschwerden (Drehschwindel, verminderte Steh-, Geh-, Sitz-, Konzentrations- und Merkfähigkeit, schnelle Ermüdbarkeit, Erschöpfung und belastungsabhängig verstärkte Atemnot) fehlt weitgehend. Zudem enthält das Gutachten keine sorgfältige und differenzierte Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden und vorbegutachtenden Fachärzte. In Bezug auf das Long-Covid-Syndrom belässt der Gutachter es sodann bei der unbegründeten Feststellung, dass sich dafür keine objektifizierbaren klinischen Anhaltspunkte ergeben würden. Während der aktuellen klinisch internistischen Untersuchung hätten sich pulmonal klinisch in Ruhe, bei forcierter und bei aktuell möglicher vertiefter Atmung ubiquitär vesikuläre Atemgeräusche gezeigt. Ein Belastungstest fand

aber nicht statt, da die Versicherte den Angaben im Gutachten zufolge ohne plausiblen internistischen Grund auf eine solche Testung unter Verweis auf Schwindel verzichtet habe. Eine vertiefte Befragung zur bzw. Abklärung der Schwindelproblematik fand in der Folge ebenso wenig statt wie eine einlässliche Auseinandersetzung mit der geklagten und von den behandelnden Ärzten festgestellten Anstrengungsdyspnoe sowie der ausgeprägten Fatigue mit körperlicher Belastungsintoleranz. Diese Versäumnisse stellen einen schwerwiegenden Mangel dar und begründen erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit der Expertise. Insgesamt ergibt sich aus dem Gutachten kein einleuchtendes und stimmiges Bild über den internistischen Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, weshalb ihm kein hinreichender Beweiswert zukommen kann.

6.2.2 Dasselbe gilt für das psychiatrische Teilgutachten. Darin wurde auf eine auffällige Beschwerdevalidierung in der neuropsychologischen Untersuchung und auf eine nicht-authentische Beschwerdepräsentation hingewiesen. Es wurde sodann lediglich festgestellt, dass keine erheblichen Funktions- und Fähigkeitsstörungen zu erkennen und die Ressourcen anamnestisch weitgehend erhalten seien. Die depressive Symptomatik sei bereits bei Entlassung aus der Klinik I.____, im März 2021 remittiert gewesen und eine niedrigdosierte antidepressive Medikation sei zwischenzeitlich beendet worden. Zudem finde die psychotherapeutische Behandlung nicht in engmaschigem Setting statt, was gegen das Vorliegen einer überdauernden, die Arbeitsfähigkeit limitierenden depressiven Erkrankung spreche. Somit sei auch retrospektiv keine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit zu bestätigen. Die Beurteilung der Gutachterin steht aber in einem unaufgelösten Widerspruch zu den Diagnosen und Schlussfolgerungen der bisher involvierten Ärzteschaft, die bei der Versicherten zumindest initial eine ausgeprägte Affektpathologie feststellten. Die Gutachterin zitiert zwar die abweichenden medizinischen Beurteilungen, setzte sich damit aber nicht rechtsgenügend auseinander. Dasselbe gilt hinsichtlich der in den Vorakten erwähnten belasteten Kindheit und Jugend der Versicherten sowie des Verdachts auf eine dissoziative Störung. Zweifelhaft erscheint sodann die Beurteilung der Gutachterin, wonach die Ressourcen der Versicherten anamnestisch weitgehend erhalten seien. Aus dem Gutachten ergibt sich, dass sie die meiste Zeit des Tages zuhause verbringt, sich bereits nach leichten Arbeiten im Haushalt ausruhen muss und viele Pausen benötigt, was eindeutig für ein erheblich eingeschränktes Aktivitätsniveau und gegen weitgehend erhaltende Ressourcen spricht. Vor diesem Hintergrund und aufgrund des im Raum stehenden Verdachts auf eine dissoziative Störung erscheinen auch ihre Erkenntnisse aus den testpsychologischen Zusatzuntersuchungen nicht hinreichend gesichert.

6.2.3 Nach dem Gesagten bestehen erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und Richtigkeit der Ausführungen im Gutachten der PMEDA vom 8. März 2021. So wie sich die Aktenlage präsentiert, ist der massgebende medizinische Sachverhalt nicht ausreichend abgeklärt, weshalb die Auswirkungen der gesundheitlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der bestehenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden können. Folglich ist der rechtserhebliche Sachverhalt durch geeignete medizinische Abklärungen zu vervollständigen. Dabei ist nebst dem Verlauf der psychischen Erkrankung auch die Frage zu prüfen, ob die geklagten Beschwerden einem Long-Covid-Syndrom zuzuschreiben sind. Dafür bedarf es einer vertieften ganzheitlichen Betrachtung. Neben einer psychiatrischen Analyse

gehört dazu auch eine abschliessende somatische Beurteilung der Gesundheitssituation der Versicherten im Sinne einer pneumologischen und neurologischen Abklärung. Von weiteren Abklärungen kann nicht abgesehen werden, da nicht von vornherein angenommen werden kann, eine ergänzende Begutachtung vermöge zu keinen besseren Erkenntnissen führen. Damit steht fest, dass die angefochtene Verfügung vom 17. Oktober 2022 auf unzureichenden medizinischen Abklärungsergebnissen beruht und deshalb aufzuheben ist.

7. 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 gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Vorliegend erweist sich das der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegte Gutachten der PMEDA vom 8. März 2021 als nicht beweistauglich. Da es die IV-Stelle unterlassen hat, den massgeblichen medizinischen Sachverhalt mit der gebotenen Sorgfalt widerspruchsfrei abzuklären, und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Diese wird angehalten, über die Vergabepattform SuisseMed@P eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten anzuordnen, wobei die PMEDA als Begutachtungsstelle nicht mehr in Frage kommt. Die Expertise hat die Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Pneumologie zu umfassen. Falls die Fachärzteschaft aufgrund ihrer Untersuchungen zusätzlich eine neuropsychologische Abklärung für angezeigt halten sollte, wird sie eine solche anzuordnen haben. Hernach ist eine interdisziplinäre Konsensbeurteilung durchzuführen. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird die IV-Stelle über das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin neu zu befinden haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8.1 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Die ordentlichen Kosten von Fr. 800.-- werden somit ihr auferlegt.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende 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 der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 17. November 2022 einen Zeitaufwand von 32 Stunden und 24 Minuten geltend gemacht. Dieser Aufwand ist in Anbetracht des einfachen Schriftenwechsels, des Aktenumfangs und der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen im Quervergleich zu ähnlich gelagerten Fällen deutlich zu hoch. In Anbetracht des Umstands, dass der Rechtsvertreter bereits im Einwandverfahren mit der Angelegenheit befasst war, ist bei der Ausarbeitung der Beschwerdeschrift und dem Aktenstudium eine Reduktion angezeigt. Für das vorliegende Verfahren erscheint unter Beachtung aller Umstände ein Aufwand von 13 Stunden als angemessen. Dieser ist zum geltend gemachten Stundenansatz von Fr. 200.-- zu entschädigen. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'800.20 (13 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

9.1 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 Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2).

9.2 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. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 17. Oktober 2022 aufgehoben und die Angelegenheit wird zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'800.20 (inkl. 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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