



B.\_\_\_\_ GmbH. Am 13. Juli 2011 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Brustkrebserkrankung zum Bezug von Leistungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (IV act. 8). Nach gutachterlicher Abklärung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) A.\_\_\_\_ mit Verfügungen vom 19. September 2014 und vom 6. Oktober 2014 rückwirkend ab dem 1. Januar 2012 eine ganze Invalidenrente zu bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab dem 1. Januar 2012 und einem Invaliditätsgrad von 79 % ab dem 1. Juni 2013 (IV act. 100 und 102). Am 1. Juni 2016 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein (IV act. 108). Nach medizinischen Abklärungen, insbesondere nach Einholung einer psychiatrisch-rheumatologischen Begutachtung der Versicherten durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens setzte die IV-Stelle die ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 41 % auf eine Viertelsrente herab (Verfügung vom 21. Januar 2019, IV act. 166).

B. Dagegen erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokatin Carole Held, Behindertenforum, am 20. Februar 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung vom 21. Januar 2019 aufzuheben und es sei ihr aufgrund ihrer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei zur abschliessenden Klärung der Arbeitsfähigkeit ein bidisziplinäres Obergutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie und Onkologie einzuholen. In der Begründung liess die Beschwerdeführerin zusammenfassend rügen, dass die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe, indem sie sich trotz anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Fachärzte auf die von ihr eingeholten Gutachten sowie auf die Stellungnahmen ihres Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) abgestützt habe.

C. Mit Vernehmlassung vom 10. April 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie hielt an ihrer Auffassung fest, wonach sich gestützt auf die aussagekräftigen medizinischen Unterlagen eine Verbesserung des Gesundheitszustands zeige, weshalb weitere Abklärungen nicht notwendig seien.

#### Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim zuständigen Gericht eingereichte Beschwerde vom 20. Februar 2019 ist einzutreten.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person 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. Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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 Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG).

2.2 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 unter anderem revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen in Bezug auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung bildet zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG die letzte anspruchsändernde oder auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruhende rechtskräftige Verfügung (BGE 133 V 108).

2.3 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 121 V 47 E. 2a, 115 V 142 E. 8b, je mit Hinweisen).

2.4.1 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 alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten der Prozess nicht erledigt werden, ohne dass das gesamte Beweismaterial gewürdigt wird und die Gründe angegeben werden, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt wird.

2.4.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 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. 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, ist 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).

2.4.3 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt 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 (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), mangelt es 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).

2.5 Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht sind (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).

3.1 Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit erheblich verändert haben. Für die Beurteilung der Frage, ob eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist, wird der Sachverhalt zur Zeit der strittigen Verfügung (Januar 2019) verglichen mit dem Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt der Rentenzusprache (September bzw. Oktober 2014) bestand.

3.2 Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung fest, dass die medizinischen Abklärungen eine erhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands gezeigt hätten. Aus onkologischer Sicht befinde sich die Versicherte in Remission und aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Diagnose mehr mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es

seien der Versicherten aus rheumatologischer Sicht alle leichten bis selten intermittierend mittel-schweren Tätigkeiten zumutbar, die bezüglich des rechten Arms unterhalb der Schulterhorizontalen ausgeführt werden könnten. Von psychiatrischer Seite her bestehe seit ca. einem Jahr sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer anderen körperlichen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %.

3.3 Die Beschwerdeführerin machte in der Beschwerde geltend, dass sich die Beschwerdegegnerin auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_\_ abgestützt habe, obwohl widersprechende medizinische Einschätzungen des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Fachärzte aus Psychiatrie und Onkologie vorliegen würden. Hinzu komme, dass die Beschwerdegegnerin keine qualifizierten medizinischen Berichte eingeholt habe, welche die Wechselwirkung der psychiatrischen und onkologischen Diagnosen berücksichtigen bzw. das Cancer-related Fatigue Syndrom (CRF) überhaupt nachvollziehbar beurteilen würden. Daher sei auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte abzustellen oder ein Obergutachten einzuholen.

4. In den ursprünglichen Verfügungen stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit insbesondere auf das bidisziplinäre psychiatrisch/plastisch-chirurgische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Oberarzt des Spitals F.\_\_\_\_\_, vom 12. Dezember 2013 (IV act. 83), und von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des Spitals F.\_\_\_\_\_, vom 5. November 2013 (IV act. 84). Dr. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im psychiatrischen Teलगutachten eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2). Sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit bestehe aufgrund der derzeitigen Beeinträchtigungen, die durch die Psychopathologie bedingt seien, eine 70-80 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit März 2013. Prof. G.\_\_\_\_\_ diagnostizierte mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Verstimmung mit starker Müdigkeit und eingeschränkter Belastbarkeit bei Zustand nach Mammakarzinom pT3, pN3a (15/36), G2 rechts, ein sekundäres Lymphödem am Arm rechts nach Lymphadenektomie rechts axillar und postoperativer Strahlentherapie sowie eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts. In Bezug auf die Leistungsfähigkeit hielt er fest, dass die starke Ermüdbarkeit und die psychische Belastungssituation aufgrund der Grunderkrankung wesentliche Faktoren für die eingeschränkte Belastbarkeit bildeten. Hinzu kämen die Lymphödempromblematik des rechten Armes und die eingeschränkte Belastbarkeit desselben unter stärkerer Belastung als Tragen. Berücksichtige man die verminderte körperliche Belastbarkeit und den funktionellen Einsatz des rechten Armes für schwerere Arbeiten bzw. Überkopfarbeiten, könne bei einer Verbesserung der Antriebsschwäche bzw. der depressiven Verstimmung eine nahezu volle Arbeitsfähigkeit in einem kaufmännischen Beruf, gegebenenfalls auch in der Pharmaindustrie, erreicht werden. Den limitierenden Faktor sehe er in der psychischen Situation und nicht in der Grunderkrankung bzw. den Operationsfolgen. Dabei verwies Prof. G.\_\_\_\_\_ auf die psychiatrische Beurteilung durch Dr. E.\_\_\_\_\_.

5.1 Im Rahmen der Rentenrevision holte die Beschwerdegegnerin zuerst von den behandelnden Ärzten die entsprechenden Berichte ein. Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin, hielt mit IV-Bericht vom 19. August

2018 (IV act. 121) fest, dass sich weiterhin die Diagnose einer Anpassungsstörung, längerdauernd (F 43.21), mit wechselnd stark ausgeprägter depressiver Symptomatik bei multizentrischem Mammakarzinom und Status nach Ablatio Mammae, Bestrahlung und Chemotherapie (ab April 2011), Brustrekonstruktion 2012 und Hysterektomie und Adnexektomie beidseits 2012 auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Es bestehe eine unveränderte Situation. Durch die starke Erschöpfbarkeit und psychische Labilität sei die Arbeitsfähigkeit aus körperlicher und psychischer Sicht weiterhin nicht gegeben.

5.2 Der behandelnde Onkologe der Beschwerdeführerin, Dr. med. I.\_\_\_\_, Medizinische Onkologie und Innere Medizin FMH, Apotheker, hielt mit Stellungnahme vom 23. November 2016 als Diagnosen ein multizentrisches Mammakarzinom rechts T3 N1 fest (IV act. 124). Zur Zeit gebe es keine Hinweise für ein Rezidiv oder Zweitkarzinom, es bestehe aber ein ausgeprägtes CRF. Die Patientin leide aktuell immer noch an einer deutlich eingeschränkten Leistungsfähigkeit im Alltag mit vermehrter Tagesmüdigkeit und Konzentrationsschwäche, Atemnot beim Treppensteigen sowie Schlaflosigkeit. Dies lasse sich im Rahmen der stattgehabten anstrengenden Tumortherapie sowie einem Therapie-assoziierten CRF erklären. Zusätzlich beklage die Patientin starke, für sie im Alltag belastende Schmerzen im Bereich des rechten Oberarmes und des Schultergürtels, welche zu einer Einschränkung der Beweglichkeit der rechten oberen Extremität führen würden. Dies lasse sich ebenfalls im Rahmen der stattgehabten Tumorchirurgie im ehemaligen Operationssitus durch die Verletzung peripherer Hautnerven erklären. Die Prognose der Tumorerkrankung sei grundsätzlich als günstig zu interpretieren. Ein CRF könne sich im Verlauf deutlich bessern, führe jedoch zu einem hohen Leidensdruck der betroffenen Personen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit gelangte Dr. I.\_\_\_\_ zum Schluss, dass aufgrund des CRF und der persistierenden Therapie-assoziierten Schmerzen im rechten Schultergürtel und im Oberarm eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % seit Ende Januar 2012 bis auf weiteres gegeben sei. Es bestehe eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit. Aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit des rechten Armes und des deutlichen Fatigues mit vermehrter Tagesmüdigkeit und Attacken-artig auftretender Panik und Angstzuständen sei die Patientin maximal 25 % arbeitsfähig, entsprechend einer maximalen Gesamtarbeitszeit pro Woche von 10,5 Stunden.

5.3.1 In der Folge liess die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin durch Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ psychiatrisch-rheumatologisch gutachterlich abklären.

5.3.2 Dr. D.\_\_\_\_ gelangte in seinem Teilgutachten vom 11. Oktober 2017 (IV act. 142) – rein bezogen auf Beschwerden am Bewegungsapparat – zu keinen Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Die von der Explorandin beschriebene Müdigkeit und Erschöpfbarkeit als limitierender Faktor der Arbeitsfähigkeit habe er im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung nicht beurteilt. Er verweise diesbezüglich auf die aktuelle psychiatrische Stellungnahme sowie auf die onkologische Beurteilung durch Dr. I.\_\_\_\_. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass sowohl qualitative als auch quantitative Beeinträchtigungen attestiert werden könnten. Aufgrund der Bewegungseinschränkung und der Schwellungsneigung am rechten dominanten Arm seien der Explorandin seit der Operation vom 11. April 2011 nur noch körperlich leichte bis selten intermittierend mittelschwere Gewichtsbelastungen zumutbar, wobei das aktu-

elle Bewegungsausmass des rechten Schultergelenks respektiert werden müsse. Diese Tätigkeiten sollten unterhalb der Schulterhorizontalen durchführbar sein. Bezüglich des linken Armes bestünden keine Einschränkungen. Auch die muskulären Dysbalancen am Schultergürtel und das Cervikalsyndrom würden aufgrund der aktuellen klinischen Ausprägung keine zusätzlichen Beeinträchtigungen begründen. Rein bezogen auf die rheumatologischen Beschwerden am Bewegungsapparat könne auch unter Berücksichtigung der Angaben im IV-Fragebogen für Arbeitgebende weder aktuell noch retrospektiv eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Im Sinne einer Anmerkung führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, dass er bezüglich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf auf die Angaben des behandelnden Onkologen Dr. I.\_\_\_\_ vom 23. November 2016 verweise, der der Exploradin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab Oktober 2010 bis Ende 2011 und von 75 % ab Januar 2012, vorerst andauernd, attestiert habe.

5.3.3 Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Teilgutachten vom 7. November 2017 (IV act. 141) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/1). Aufgrund der Beschwerden von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger depressiver Episode ohne somatischem Syndrom lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Assistentin Qualitätskontrolle – wie auch in einer alternativen Tätigkeit – von 30 % begründen, dabei mitberücksichtigt sei eine gleichzeitige gewisse Verminderung der Leistungsfähigkeit. Verlässliche Aussagen über den Zeitpunkt der Verbesserung der depressiven Beschwerden und dadurch auch der Arbeitsfähigkeit würden sich nicht machen lassen, approximativ könne dieser auf ein Jahr zurück festgelegt werden. Im Vergleich zu den Befunden im Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ lasse sich bis heute eine deutliche Verbesserung feststellen. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode könne aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht weiter bestätigt werden. Aufgrund der heute festzustellenden Verbesserung der depressiven Beschwerden im Vergleich zum Jahr 2013 habe sich auch die Arbeitsfähigkeit verbessert.

5.3.4 Anlässlich des Telefongesprächs vom 10. Oktober 2017 zwecks gemeinsamer interdisziplinärer Beurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass sich aus rein rheumatologischer Sicht unter Mitberücksichtigung des rheumatologischen Belastungsprofils keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren lasse. Als gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung könne daher diejenige des psychiatrischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden. Im Übrigen werde auf die onkologische Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ vom 23. November 2016 verwiesen.

5.4 Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, RAD, hielt mit Stellungnahme vom 20. November 2017 (IV act. 144) fest, dass das bidisziplinäre Gutachten schlüssig und nachvollziehbar sei. Gesamtmedizinisch sei – wie bisher – das psychiatrische Fachgebiet relevant. Aus somatischer Sicht sei lediglich die qualitative Belastungseinschränkung zu berücksichtigen. Im Vergleich zur letzten Begutachtung vom Dezember 2013 habe sich die psychische Situation derart verbessert, dass die damalige psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 70-80 % seit ca. einem Jahr auf eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % habe reduziert werden können. Die von Dr. I.\_\_\_\_ in der Stellungnahme von 23. November 2016 aus onkologischer

Sicht attestierte 75 %-ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines CRF könne nicht nachvollzogen werden. Die Versicherte befinde sich wegen des Status nach Mammakarzinom rechts weiterhin in Remission ohne Anhalt für ein Zweitkarzinom. Zudem zeige das aktuelle psychiatrische Gutachten, dass die Versicherte ihren Alltag aktiv gestalte, was gegen eine derart hohe Arbeitsunfähigkeit spreche. In der klinischen Begutachtung seien von Dr. C.\_\_\_\_\_ keine Störungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit, der Auffassung und auch keine Ermüdungszeichen festgestellt worden. In Bezug auf die Standardindikatoren hob Dr. J.\_\_\_\_\_ hervor, dass die Kooperation der Versicherten bei den durchgeführten Therapien mangelhaft gewesen sei, da sie von sich aus die verordnete Cipralext-Dosis reduziert habe. Eine stationäre psychiatrische Behandlung bei im Gutachten vom Dezember 2013 diagnostizierter schwerer depressiver Episode habe weder damals noch im weiteren Verlauf stattgefunden. Zudem gebe die Versicherte an, nicht psychisch krank zu sein. Hinweise für eine Aggravation oder Simulation hätten sich nicht ergeben, allerdings sei in der psychiatrischen Begutachtung aufgefallen, dass die Versicherte zeitweise vage und wenig fassbare und ausweichende Antworten auf gestellte Fragen gegeben habe, dies vor allem bei der Anamneseerhebung des Tagesablaufs. In ihrer Stellungnahme vom 29. Dezember 2017 (IV act. 146) äusserte sich Dr. J.\_\_\_\_\_ zu den Einschränkungen aufgrund des CRF sowie zur Therapiereistenz bei rezidivierenden depressiven Störungen.

5.5 Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte die Beschwerdeführerin die Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_\_ vom 16. März 2018 zu den Akten (IV act. 151). Darin führte die behandelnde Psychiaterin aus, dass sie die chronisch rezidivierende depressive Störung ebenfalls als Hauptdiagnose betrachte, allerdings nicht in leicht bis mittelgradiger, sondern in mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.1). Die Patientin leide an chronischer starker Müdigkeit und häufiger schwerer Schlafstörung. Nach kleinster Anstrengung sei sie erschöpft und kraftlos, die Konzentrationsfähigkeit sei reduziert, die Freude auf wenige Dinge reduziert (Sohn, Hund). Die Patientin lebe relativ zurückgezogen, die verbliebenen Freundinnen kämen zu ihr nach Hause. Dr. C.\_\_\_\_\_ habe die Angaben der Patientin zu wenig und die Reduktion des Antidepressivums zu stark und zu einseitig gewichtet. Der psychische Zustand der Patientin sei nicht stabil. Ein Ereignis, das die Patientin emotional beschäftige, ängstige oder belaste, könne sie in einen schweren depressiven Zustand zurückwerfen. Im Moment befinde sie sich in einer eher ruhigen Zeit, denn es seien momentan keine sehr grossen belastenden Ereignisse vorhanden. Sie schätze die Arbeitsfähigkeit ihrer Patientin auf maximal 40 %. Es gehe ihr insgesamt besser als im Jahr 2010/2011, aber nicht so gut, wie von Dr. C.\_\_\_\_\_ beurteilt. Es bestehe eine mittelschwere rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf. Eine vorübergehende bessere Phase habe die Patientin als Versuch benutzt, die Medikamente und Sitzungsfrequenz zu reduzieren. Dieser Versuch sei gescheitert. Es seien mehr Schlafmittel gebraucht worden. Dr. C.\_\_\_\_\_ überschätze diese Phase. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge würden es der Patientin erschweren, die psychischen Krisen zu bewältigen und würden die Symptome verstärken. Das ausgeprägte CRF, kombiniert mit der sonstigen depressiven Symptomatik, den akzentuierten Persönlichkeitszügen und der Schmerzsymptomatik, sei bei der Beurteilung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit zu wenig hinzugezogen worden. Eine Beurteilung des Onkologen sei unbedingt einzuholen.

5.6 In der Folge äusserten sich Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, zum Einwand der Beschwerdeführerin sowie zum Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ (Stellungnahmen vom 24. Mai 2018, IV act. 153f.).

5.7 Dr. I.\_\_\_\_ nahm mit Schreiben vom 25. Januar 2019 nochmals ausführlich aus onkologischer Sicht Stellung (IV act. 170). Darin diagnostizierte er erneut ein multizentrisches Mammakarzinom rechts pT3 (m)pN2cMx, ein ausgeprägtes CRF im Rahmen der ersten Diagnose sowie chronische Unterbauchschmerzen. Es sei momentan wohl nicht davon auszugehen, dass sich das Arbeitspensum im Verlauf der nächsten Monate wieder steigern lasse. Aus medizinischer Sicht liege im Rahmen der stattgehabten Tumortherapien und der nun residualen Beschwerden im Sinne eines wahrscheinlich therapieassoziierten CRF und des ebenfalls vorhandenen chronischen unklaren Schmerzsyndroms im Bauchbereich eine erhebliche Invalidisierung der jungen Patientin vor, weshalb bis auf weiteres eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei.

6.1 Zwischen den Parteien ist umstritten, ob sich der Entscheid der Beschwerdegegnerin auf einen genügend abgeklärten Sachverhalt abstützte.

6.2 Die Würdigung der medizinischen Akten zeigt, dass die schwere Brustkrebserkrankung der Beschwerdeführerin, die im Oktober 2010 manifest wurde und die eine körperlich und seelisch stark belastende mehrjährige Therapie erforderlich machte, Auslöser für die Arbeitsunfähigkeit war. Die Grunderkrankung bewirkte zudem eine depressive Störung, infolge derer die Beschwerdeführerin seit 2011 bei Dr. H.\_\_\_\_ in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung steht und ein Antidepressivum einnimmt. Dr. E.\_\_\_\_ und Prof. G.\_\_\_\_ führten die erheblichen Einschränkungen der Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Dezember 2013 auf die damals bestehende schwere depressive Episode zurück. Die Diagnose eines CRF wurde erst im Jahr 2016 von Dr. I.\_\_\_\_ gestellt. Damit ist zunächst festzustellen, dass seit der erstmaligen Rentenzusprache ein neues Leiden hinzugekommen ist.

6.3 Beim CRF handelt es sich nicht um ein psychiatrisches, sondern um ein organisches Leiden, das invalidisierend sein kann (vgl. zum Ganzen BGE 139 V 346 E. 3.2-3.4). Die Müdigkeits- und Erschöpfungssymptome können durch den Tumor bedingt oder aber auch die Folge der Therapie sein. Die genauen Ursachen des CRF sind nicht bekannt. Vermutet wird eine Interaktion von somatischen Faktoren (z.B. Tumorart, Art der Behandlung, Cytokine etc.), psychischen (z.B. Depression) und sozialen Faktoren (vgl. zum Ganzen PROF. DR. MED. ALEXANDER KISS, Wie soll man begutachten? in: Schweizerische Ärztezeitung, 2017, 966 ff.). In der medizinischen Literatur wird zudem vermerkt, dass je intensiver die Tumorbehandlung war, desto ausgeprägter das CRF sein kann (ALEXANDER KISS, a.a.O., S, 968). Diesbezüglich kann dem Schreiben von Dr. I.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2019 entnommen werden, dass eine neoadjuvante und anstrengende Chemotherapie bis März 2011 erfolgt sei. Diese habe der Zerstörung sämtlicher Tumorzellen im Körper gedient. Anschliessend sei dann nach kurzer Pause von einigen Wochen die Mastektomie und Axilladisektion rechts erfolgt. Hierbei habe sich ein deutlich residualer Tumor im Sinne eines multizentrischen mässig differenzierten invasiven duktales Mammakarzinoms mit einer Tumorausdehnung von bis zu 5.2cm und 14/34 befallenen axillären Lymphknoten gezeigt. Aufgrund

des suboptimalen Ansprechens auf die neoadjuvante Chemotherapie und der hohen Expression der Hormonrezeptoren sei bereits von April 2011 bis Februar 2013 eine adjuvante antihormonelle Therapie mit dem selektiven Östrogenrezeptormodulator Tamoxifen durchgeführt worden. Zuvor sei vom 16. Mai bis 29. Juni 2011 eine adjuvante Bestrahlung der rechten Brustwand und der rechten Axilla erfolgt. Seit März 2013 erhalte die Patientin eine adjuvante antihormonelle Therapie mit dem Aromatasehemmer Letrozol sowie eine anti-resorptive Therapie mit dem monoklonalen Antikörper Denosumab, die beide noch installiert seien.

6.4.1 Im Zeitpunkt des Rentenrevisionsverfahrens bestand somit ein multiples Beschwerdebild, welches zu mehr als zwei fachärztlichen Disziplinen Bezüge aufwies. Bei der Diagnose CRF handelt es sich um eine Diagnose, die nicht ausschliesslich dem psychiatrischen Fachbereich zuzuordnen ist; stattdessen spielen verschiedenste Faktoren eine Rolle. Es ist damit fraglich, ob ein bidisziplinäres psychiatrisches-rheumatologisches Gutachten ausreicht, um den medizinischen Sachverhalt in seiner Gänze zu erfassen. In BGE 139 V 349 E. 3.2 hielt das Bundesgericht bezüglich der Abgrenzung der Anwendungsfelder polydisziplinärer Gutachten und mono- oder bidisziplinärer Expertisen u.a. fest, dass nur in begründeten Fällen von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden könne. Dies sei der Fall, wenn die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlage. Weder dürften aber weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein noch dürfe ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Vorliegend verzichtete die Beschwerdegegnerin darauf, bei der Verlaufsbegutachtung eine onkologische Beurteilung einzuholen, obwohl der behandelnde Onkologe mehrere Berichte einreichte bzw. einreichen liess und er aus onkologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierte. In Anbetracht der vorstehend zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin, lediglich ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben, daher bereits aus formeller Sicht ungenügend.

6.4.2 Der Entscheid der Beschwerdegegnerin vermag aber auch inhaltlich nicht zu überzeugen. Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ verwiesen im Rahmen der Konsensbeurteilung ausdrücklich auf die onkologische Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_. Sie unterliessen es aber, konkret zu dessen Einschätzung Bezug zu nehmen und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu würdigen. Dr. C.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Teilgutachten lediglich dahingehend, dass sich die Beschwerdeführerin über eine häufige Müdigkeit und schnellere Ermüdbarkeit sowie eine verminderte Energie beklage. Dabei dürfte es zu einer Überschneidung mit dem aus somatischer Sicht beschriebenen ausgeprägten CRF, das von Dr. I.\_\_\_\_ im Bericht vom 23. November 2016 diagnostiziert worden sei, kommen (S. 15). Dr. D.\_\_\_\_ verwies im rheumatologischen Teil sowohl bei den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als auch bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf die Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ (S. 13 bzw. 15).

Die Diagnose des CRF wurde weder von Dr. C.\_\_\_\_ noch von Dr. D.\_\_\_\_ in Zweifel gezogen. Ihr Hinweis auf die Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ im Rahmen der Konsensbesprechung ist damit so zu verstehen, dass sie dem CRF eine Relevanz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zusprachen. Sie verzichteten aber darauf, sich konkret mit den Auswirkungen des CRF auf die Arbeitsfähigkeit auseinander zu setzen. Inwiefern die Funktionsfähigkeiten der Beschwerdeführerin, die

letztlich für den Umfang der Arbeitsfähigkeit massgebend sind, aus gesamtmedizinischer Sicht eingeschränkt sind, ist unter diesen Umständen ungeklärt geblieben. Dabei geht es vorliegend nicht in erster Linie um die Diagnose, sondern um den Nachweis bzw. die Überprüfung der Behinderung und der Einschätzung der funktionellen Einschränkungen mit Auswirkungen auf Aktivität und Partizipation. Indem die Beschwerdegegnerin bei dieser Sachlage auf weitere Abklärungen verzichtete, erweist sich der Sachverhalt als ungenügend abgeklärt.

6.4.3 Daran vermögen auch die verschiedenen Stellungnahmen von Dr. J.\_\_\_\_ nichts zu ändern. Diese hielt in der RAD-Stellungnahme vom 29. Dezember 2017 fest, dass Dr. C.\_\_\_\_ keine Symptome des CRF erhoben habe. Er habe im klinischen Status eine nur leichtgradig eingeschränkte Vitalität, aber keine Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Auffassungsstörung und insbesondere keine Ermüdungszeichen feststellen können. Dieses Argument von Dr. J.\_\_\_\_ gegen das Vorliegen eines CRF vermag nicht zu überzeugen. Es ist äusserst fraglich, ob gestützt auf ein weniger als zwei Stunden dauerndes Explorationsgespräch verlässliche Aussagen in Bezug auf die Konzentration, die Erschöpfung und die hohe Ermüdbarkeit gemacht werden können. Jedenfalls reicht dies nicht aus, um Symptome eines CRF verlässlich ausschliessen zu können. Der Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ steht sodann die nachvollziehbare Beurteilung des behandelnden onkologischen Facharztes entgegen, dessen Auffassung weder von Dr. C.\_\_\_\_ noch von Dr. D.\_\_\_\_ in Zweifel gezogen wurde. Dr. I.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 25. Januar 2019 fest, dass bei der Patientin seit Abschluss der intensiven und anstrengenden Tumor-Therapie im Jahre 2011 bis zum heutigen Tag ein persistierendes Schmerzsyndrom sowie auch ein ausgeprägtes CRF mit beträchtlicher Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe. Diese Spätfolge der stattgehabten Chemotherapie sei sehr häufig nach entsprechenden onkologischen Behandlungen und führe bei den betroffenen Personen noch Jahre nach abgeschlossener Therapie zu deutlicher Fatigue, überdurchschnittlicher Müdigkeit und Abgeschlagenheit trotz ausreichenden Schlafphasen, aber auch zu Schlafstörungen und Angstzuständen, Konzentrationsstörungen sowie Einschränkungen in der intellektuellen und kognitiven Leistungsfähigkeit. Besonders erwähnenswert erschien Dr. I.\_\_\_\_ die noch installierte antihormonelle Therapie, die bei der Patientin für sicherlich zehn Jahre geplant sein werde und doch erhebliche Nebenwirkungen, insbesondere Einschränkungen der Lebensqualität im Alltag, bewirke.

Dr. J.\_\_\_\_ ging in der Stellungnahme vom 24. Mai 2018 sodann davon aus, dass die Symptome eines CRF mit denjenigen Symptomen identisch seien, die im Rahmen einer depressiven Störung vorkommen würden. Daher sei bei gleichzeitigem Vorliegen einer Krebserkrankung und einer depressiven Störung eine klare Zuordnung/Differenzierung der Symptome nicht möglich, vielmehr sei von einer Wechselwirkung auszugehen. Worin die Wechselwirkung besteht und wie sich eine solche auswirkt, liess Dr. J.\_\_\_\_ indessen unbeantwortet. Mehr noch, sie stellte – entgegen der Auffassung von Dr. C.\_\_\_\_, Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ – die Vermutung auf, dass heute nicht mehr von einer IV-relevanten CRF gesprochen werden könne. Diese Schlussfolgerung vermag nicht zu überzeugen. Entgegen der Auffassung von Dr. J.\_\_\_\_ finden auch weiterhin halbjährliche Kontrollen bei Dr. I.\_\_\_\_ statt. Damit kann auf das Fazit von Dr. J.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 24. Mai 2018, wonach in der aktuellen Begutachtung weder das Vorliegen eines IV-relevanten CRF noch der Schweregrad einer mittelgradigen depressiven Episode habe objektiviert werden können, nicht abgestellt werden.

6.5 Darüber hinaus vermag auch die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ nicht in jedem Punkt zu überzeugen. Er geht mit der behandelnden Psychiaterin davon aus, dass der Schweregrad der Depression im Verlauf bis heute wechselhaft sei. In der Folge setzte er sich, obwohl es sich um ein Revisionsgutachten handelt, aber zu wenig mit dem von Dr. E.\_\_\_\_ erhobenen Befund und den Funktionseinschränkungen auseinander bzw. zeigte nicht auf, inwiefern sich hier eine deutliche Steigerung feststellen lässt. Damit bestehen gewisse Zweifel an seiner Beurteilung. Offensichtlich und zwischen den Parteien unbestritten ist, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert hat, allerdings ist nicht klar, in welchem Ausmass. Soweit Dr. C.\_\_\_\_ im Rahmen der Indikatoren ausführte, die Beschwerdeführerin sei zu wenig kooperativ, da sie von sich aus die Medikamentendosis reduziert habe, kann ihm nicht gefolgt werden. Hierzu führte Dr. H.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise aus, dass es sich um einen Versuch gehandelt habe. Dieser sei aber nicht erfolgreich gewesen, weshalb die Medikamentendosis und die Sitzungsfrequenz wieder erhöht worden seien (Bericht vom 16. März 2018). Auch soweit Dr. C.\_\_\_\_ eine fehlende Behandlungskooperation der Beschwerdeführerin sieht, indem sie sich noch nie habe stationär psychiatrisch behandeln lassen, überzeugt dies nicht. In Anbetracht des Umstands, dass die Beschwerdeführerin bis zum Abschluss der Bestrahlung und nach dem Wiederaufbau der rechten Brust über eine lange Zeitdauer krankheitsbedingt erheblich eingeschränkt war, und sie psychisch darunter litt, dass sie ihren kleinen Sohn ihrer Auffassung nach in dieser Zeitspanne nicht genügend unterstützen konnte, ist es nachvollziehbar, dass sie keine zusätzliche stationäre Therapie machte. Dies als Indikator heranzuziehen, um den Schweregrad der Diagnose oder die Konsistenz in Frage zu stellen, erscheint nicht als adäquat. Dr. D.\_\_\_\_ schilderte die Beschwerdeführerin als sachlich und konsistent zur Aktenlage. Sie habe sich in der klinischen Untersuchung uneingeschränkt kooperativ gezeigt. Es hätten sich keinerlei Zeichen einer Verdeutlichung oder sogar Aggravation gefunden. Es würden auch keine Inkonsistenzen vorliegen (S. 15). Eine Dramatisierungstendenz konnte er nicht ausfindig machen.

7.1 Zusammenfassend ist zum Schluss zu kommen, dass konkrete Indizien Zweifel an der Zuverlässigkeit der Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin wecken. Eine rezidivierende depressive Störung ist nicht dasselbe wie ein CRF. Den medizinischen Unterlagen ist nicht schlüssig zu entnehmen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und ihre Arbeitsfähigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht wesentlich verbessert haben. Vorliegend handelt es sich um einen Revisionsfall, weshalb sich das Revisionsgutachten aus einer gesamthaften Optik explizit mit der Frage einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustands auseinander zu setzen hat. Indem sich die Beschwerdegegnerin abschliessend auf die Beurteilung ihrer RAD-Ärzte abstützte, stellte sie den Sachverhalt unvollständig fest und verletzte den Untersuchungsgrundsatz (Art. 69 Abs. 2 IVV, Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; BGE 130 V 6 E. 5.2.5). Die angefochtene Verfügung vom 21. Januar 2019 ist daher aufzuheben und die Angelegenheit ist zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7.2 Die Beschwerdegegnerin hat den aktuellen Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowie die Frage, ob sich diese seit der Rentenzusprache im Herbst 2014 erheblich verbessert haben, im Rahmen einer *neuen* polydisziplinären internistischen, onkologischen, rheumatologischen und psychiatrischen Begutachtung abklären zu lassen. Gestützt auf

die Ergebnisse ihrer medizinischen Abklärungen wird die Beschwerdegegnerin anschliessend über eine allfällige Revision der ganzen Invalidenrente neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen).

8.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei 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 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Beim vorliegenden Prozessausgang sind deshalb die Verfahrenskosten der Beschwerdegegnerin zu auferlegen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

8.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG und § 21 Abs. 1 VPO hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 7. Mai 2019 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 14 Stunden geltend gemacht, was sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen pauschalen Spesen von Fr. 100.--. Der Beschwerdeführerin ist deshalb für die Bemühungen ihrer Rechtsvertreterin eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 2'900.-- (14 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 100.--) zu Lasten der Beschwerdegegnerin 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 wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich

bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. 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. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 21. Januar 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.  
  
Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.
  3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteient-schädigung in der Höhe von Fr. 2'900.-- (inkl. Auslagen) zu bezahlen.

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