

# **BL\_GERICHTE 720 21 109/275 vom 19. Oktober 2010**

BL Gerichte, 2010-10-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720 21 109\\_275](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_109_275)

FR: BL\_GERICHTE 720 21 109/275 du 19 octobre 2010

IT: BL\_GERICHTE 720 21 109/275 del 19 ottobre 2010

## **Regeste**

IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 2**

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. 3.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 3.2 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). 3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 50 E. 1.2, 130 V 398 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelbenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren

Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch 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 Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist 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).

5.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich entscheidrelevante Arztberichte und Gutachten wiedergegeben:

5.2 Nach erfolgter Anmeldung zum Leistungsbezug holte die Beschwerdegegnerin u.a. ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Neurologie, und Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein, welches am 22. März 2016 bzw. 13. April 2016 erstattet wurde. Aus bidisziplinärer Sicht wurden als

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein leichtes linksbetontes unteres Zervikalsyndrom sowie eine rezidivierende ängstlich gefärbte depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/1) erhoben. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach Schädelhirntrauma am 25. Juli 2010 aufgeführt. Aus neurologischer Sicht wurde im Wesentlichen festgehalten, dass die Explorandin aktenanamnestisch unbestritten am 25. Juli 2010 eine Schädelbasisfraktur links mit traumatischer Subarachnoidalblutung erlitten habe. Zu Beginn habe auch noch ein Hirnödem bestanden und die Explorandin sei in ihrer Bewusstseinslage eingeschränkt gewesen. Computertomographisch habe sich die Blutung dann resorbiert und Parenchymdefekte hätten nicht festgestellt werden können. Im Jahr 2012 hätten keine objektivierbaren pathologischen Befunde mehr ausgemacht werden können. Die in der Folge zunächst noch beklagten Kopfschmerzen hätten dann lange Zeit nicht mehr bestanden, bis vor einem halben Jahr. Hierzu fänden sich aber weder aktenanamnestisch noch klinisch Hinweise auf pathologische Ursachen. Im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) hätten sich anlässlich der Untersuchung ein leichtes linksbetontes unteres Zervikalsyndrom sowie Verspannungen im Bereich des Schultergürtels links gefunden. Die HWS-Funktionen seien nicht eingeschränkt, jedoch bestehe endphasig jeweils eine Schmerzhaftigkeit. Aufgrund des Zervikalsyndroms könnten der Explorandin keine körperlich schweren Arbeiten mehr zugemutet werden. Auch repetitive Tätigkeiten über Schulterhöhe seien nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht fänden sich aktenanamnestisch Symptome der oft traurigen Stimmung, des zeitweiligen Schwindels, der Lustlosigkeit, der Angst alleine das Haus zu verlassen, der verminderten Energie, der häufigen Müdigkeit, der absoluten Freudlosigkeit, der Vergesslichkeit, der verminderten Konzentrationsfähigkeit, des schlechten Appetits und der Gewichtszunahme. Diese Symptome würden die zur Diagnosestellung einer ängstlich gefärbten depressiven Episode notwendigen Kriterien erfüllen. In der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung bedrückt gewesen, im Verlaufe des Gesprächs habe sie sich aber aufgehellt und die Explorandin habe ein paar wenige Male herzlich lächeln können. Die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen. Die subjektiv geklagte verminderte Konzentrationsfähigkeit habe nicht ausgemacht werden können. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren sei der Schweregrad aktuell als leicht- bis mittelgradig zu beurteilen. Sie hinterlasse keinen schwer depressiven Eindruck, was auch im Einklang mit der Tatsache stehe, dass sie die anfallenden Alltagsarbeiten weitgehend alleine erledigen könne. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% sowohl in der angestammten als auch in einer alternativen Tätigkeit auszugehen. Es seien Ressourcen vorhanden, auch wenn diese nicht allzu ergiebig seien. Als Ressourcen könnten jedoch die weitgehend intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit und die intakte Funktionsfähigkeit als Hausfrau und Mutter betrachtet werden. 5.3 Mit Vorbescheid vom 17. Februar 2017 lehnte die IV-Stelle einen Rentenanspruch der Versicherten im Wesentlichen auf der Grundlage des vorstehend zitierten Gutachtens ab. 5.4 Im Rahmen des Einwandverfahrens gegen diesen Vorbescheid gab die Versicherte einen Bericht ihres behandelnden Psychiaters, Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. März 2017 sowie einen Bericht der Psychiatrie E.\_\_\_\_ vom 30. November 2016 (tagesklinische Behandlung seit 23. November 2016) zu den Akten. Dr. D.\_\_\_\_ wies im Wesentlichen darauf hin, dass die psychiatrischen Befunde im Gegensatz zu den Angaben von Dr. C.\_\_\_\_ eine psychomotorische Verlangsamung, eine deutlich verminderte affektive Modulationsfähigkeit und Vitalität sowie Vergesslichkeit

und Konzentrationsstörungen ergäben. Im Gesichtsausdruck sei sie hypomimisch. Die Patientin leide unter Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Aufgrund von schweren depressiven Episoden habe die Patientin bereits dreimal in der Psychiatrie E.\_\_\_\_ hospitalisiert werden müssen (10. Februar 2016 bis 11. März 2016, 25. Mai 2016 bis 21. Juni 2016 und 12. bis 28. September 2016). Wegen anhaltender depressiver Verstimmung erfolge zudem seit November 2016 eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik F.\_\_\_\_. 5.5 In der Folge musste sich die Versicherte erneut in der Psychiatrie E.\_\_\_\_ in stationäre Behandlung begeben (4. Hospitalisation vom 28. April 2017 bis 5. Mai 2017, 5. Hospitalisation vom 22. August 2017 bis 19. September 2017, 6. Hospitalisation vom 25. September 2017 bis 6. Oktober 2017 und 7. Hospitalisation vom 13. bis 26. Februar 2018, IV-act. 65, 78 und 105). In der Zeit vom 19. bis 25. September 2017 war die Versicherte zudem aufgrund einer durchgeführten totalen Thyreoidektomie (operative Entfernung der Schilddrüse) im Spital G.\_\_\_\_ hospitalisiert (vgl. Austrittsbericht Spital G.\_\_\_\_ vom 29. September 2020, IV-act. 79). 5.6 Die IV-Stelle veranlasste ein Verlaufsgutachten bei den Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_. In ihrem Gutachten vom 25. Mai 2018 und 9. Juni 2018 wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein leichtes rechtsbetontes Zervikalsyndrom, ein leichtes Lumbovertebralsyndrom sowie eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0/1) diagnostiziert. Aus neurologischer Sicht konnte Dr. B.\_\_\_\_ keine relevanten Veränderungen ausmachen. Hinweise auf Störungen im Bereich der zentralen und peripheren Gleichgewichtssysteme hätten sich nicht gefunden, insbesondere auch keine Hinweise auf einen Lagerungsschwindel. Es habe sich ein leichtes rechtsbetontes Zervikalsyndrom ohne Funktionseinschränkung und ohne damit verbundene neurologische Reizerscheinungen oder Ausfälle gefunden. Neu hinzugekommen sei ein leichtes Lumbovertebralsyndrom im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS), das möglicherweise im Zusammenhang mit der schweren Adipositas stehe. Zusätzlich zum im damaligen Zeitpunkt formulierten Zumutbarkeitsprofil seien keine repetitiven Tätigkeiten im Kauern oder Bücken zumutbar. Dr. C.\_\_\_\_ hielt im Wesentlichen fest, dass es im Vergleich mit den Befunden anlässlich der ersten Untersuchung zu keinen wesentlichen Veränderungen gekommen sei. Zu erwähnen sei, dass die Explorandin im Zeitraum Februar 2016 bis Februar 2018 sechsmal in der Psychiatrie E.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen und zusätzlich eine teilstationäre Behandlung erfolgt sei. Auffallend sei, dass der Schweregrad der diagnostizierten Depression im Jahr 2016 jeweils mit mittelgradig beschrieben worden sei, während im Jahr 2017 jeweils eine schwere Depression diagnostiziert worden sei. Diese Tatsache dürfte möglicherweise mit der Entgleisung des Schilddrüsenstoffwechsels in Zusammenhang zu bringen sein aufgrund dessen im September 2017 eine Thyreoidektomie erfolgt sei. Schwerwiegende psychiatrische Komorbiditäten würden sich nicht nachweisen lassen. Bezüglich der in der Psychiatrie E.\_\_\_\_ diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung fänden sich Inkonsistenzen und auch der Behandler, Dr. D.\_\_\_\_, würde diese Diagnose nicht näher begründen. Das Fähigkeitsniveau gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP sei insgesamt als leichtgradig eingeschränkt zu betrachten. Insgesamt sei seit der letzten Begutachtung unverändert von einer Einschränkung von 20% sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer alternativen Tätigkeit auszugehen. Unter Berücksichtigung der erwähnten Faktoren sei die Prognose als offen zu beurteilen. Empfohlen werde die Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_, wobei eine bessere Compliance bezüglich der Einnahme der Psychopharmaka motiviert werden sollte. Gleichzeitig sollte darauf geachtet werden, dass sich die hormonelle Substitutionstherapie der Schilddrüse im

Normbereich befinde. 5.7 Nachdem der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit Stellungnahme vom 20. Juli 2021 (IV-act. 107) aufgrund der neu vorgelegten Akten keine Veränderung des Gesundheitszustands seit dem Verlaufsgutachten der Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ hatte ausmachen können, erliess die IV-Stelle am 31. August 2018 einen weiteren Vorbescheid, worin sie an der Ablehnung des Rentenanspruchs festhielt. Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Advokatin Franz Waldner, erneut Einwand und reichte einen Bericht ihres behandelnden Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ vom 18. September 2018 ein. Darin bekräftigte dieser seine früheren Feststellungen, wonach bei der Versicherten eine psychomotorische Verlangsamung, eine deutlich verminderte affektive Modulationsfähigkeit und Vitalität, Konzentrationsstörungen sowie Vergesslichkeit bestünden. Die Patientin leide ferner unter Energielosigkeit, Müdigkeit und Lustlosigkeit. Es fehle ihr an Lebensfreude, sie bleibe immer wieder tagelang im Bett. Zwischen März 2016 und Februar 2018 sei die Patientin siebenmal in der Psychiatrie E.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen, wobei eine vorübergehende Besserung von einem raschen Rückfall gefolgt gewesen sei. Schliesslich sei zu erwähnen, dass die Patientin seit Februar 2017 an einer floriden autoimmun-induzierten Hyperthyreose gelitten habe aufgrund derer eine totale Thyreoidektomie durchgeführt worden sei. Im Juli 2018 sei es zu einer schweren hypothyreoten Stoffwechsellage mit Auftreten von Unterschenkelödemen gekommen. Ein im März 2017 durchgeführter ABCB1-Gentest habe ergeben, dass die nachgewiesenen genetischen Varianten auf eine verminderte Passage von Antidepressiva durch die Blut-Hirn-Schranke hinweisen würden. 5.8 In der Zeit vom 27. September 2018 bis 17. Oktober 2018 erfolgte eine weitere Hospitalisation in der Psychiatrie E.\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 30. Oktober 2018, IV-act. 115). 5.9 Zur Abklärung des aktuellen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten holte die IV-Stelle ein Gutachten bei Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein, welches am 2. April 2020 erstattet wurde. Darin diagnostizierte Dr. I.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2) sowie aktenanamnestisch eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Bei der versicherten Person lasse sich eine affektive Störung mit einerseits depressiven Beschwerden und andererseits mit Angstsymptomen feststellen. Es fänden sich Merkmale einer anhaltenden Traurigkeit unterschiedlicher Ausprägung sowie eine Affektarmut. Ein Interessenverlust und ein anhaltend erheblich verminderter Antrieb seien nicht objektivierbar. Vereinzelt werde auch über das Auftreten somatischer (vegetativer) Ängstäquivalente (wiederkehrender Schwindel bzw. Ohnmachtsgefühle) berichtet. Im Übrigen ergäben sich aber keine Anhaltspunkte für das Vorliegen bspw. einer Panikstörung. Die Ausprägung der Ängste rechtfertige nicht die Diagnose einer eigenständigen Angststörung, sondern die Ängste seien als Teil der depressiven Störung aufzufassen. Hinsichtlich der Ausprägung der depressiven Symptomatik gebe die Explorandin eine seit Jahren anhaltende depressive Verstimmung an. Darüber hinaus beschreibe sie wiederkehrende Phasen mit stärkerer depressiver Stimmung, die jeweils Tage bis maximal eine Woche andauern würden. Während dieser kurzen Zeitspanne würden offenbar auch Symptome einer stärkeren (mittel- bis schwergradig) ausgeprägten depressiven Störung vorliegen, das Zeitkriterium (zwei Wochen) zur Diagnose einer solchen höhergradigen Störung werde aber nicht erreicht. Auch in den Austrittsberichten über die Hospitalisationen werde jeweils eine rasche Zustandsverbesserung angeführt. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung

könne nicht bestätigt werden. Einerseits hätten sich die störungsspezifischen Symptome nicht oder nur teilweise erfragen lassen. Andererseits werde deutlich, dass die Explorandin in erster Linie nicht etwa am einschneidenden Ereignis selbst leide, sondern vielmehr an den Konsequenzen der Ereignisse (bspw. langfristige Unfallfolgen beim Sohn). In einer kürzlich durchgeführten zerebralen Bildgebung seien kortikale bis subkortikale Parenchymdefekte zur Darstellung gekommen, die gut mit der traumatischen Kopfverletzung von 2010 zu erklären seien. Hirnorganische Defizite nach traumatischen Hirnverletzungen würden sich im Allgemeinen durch eine Besserungstendenz im zeitlichen Verlauf auszeichnen. Eine in den letzten Jahren neu aufgetretene hirnorganische Symptomatik könne aufgrund von Anamnese und klinischem Befund nicht bestätigt werden. Hinsichtlich der kognitiven Einschränkungen habe sich ein uneinheitliches Bild ergeben. Zum einen beklage die Versicherte starke Einschränkungen, zum anderen hätten sich gesprächsbezogen nur geringe Defizite gefunden. Die Durchführung einer neuropsychologischen Testung wäre hier wünschenswert. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte er aus, dass diese 80% bezogen auf ein Vollpensum betrage. Für die Dauer der Hospitalisationen bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Im Übrigen bestehe die jetzige Arbeitsfähigkeit seit circa Juni 2014 unverändert. Die in der Vergangenheit ausgeübten beruflichen Tätigkeiten seien als geeignet zu betrachten. Ein leidensangepasstes Leistungsprofil müsste mehr von somatischer Seite definiert werden (z.B. wegen der pulmonalen Situation, des Zervikalsyndroms, der Adipositas permagna und des Myxödems).

5.10 In der Folge kam es im Zeitraum vom 2. bis 24. September 2019 und 30. September 2019 bis 20. November 2019 zu einer 9. und 10. Hospitalisation in der Psychiatrie E.\_\_\_\_ (vgl. Austrittsberichte vom 23. Oktober 2019 und 21. Januar 2020, IV-act. 146 und 147).

5.11 Ferner sind in den Akten ein mässig- bis schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (bestehend seit Januar 2020), ein Myxödem der Füsse und distalen Unterschenkel beidseits bei einem Morbus Basedow und einem sekundären Lymphödem der unteren Extremitäten beidseits im Stadium III nach Földi, eine infektexazerbierte COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) mit möglicher Pneumonie rechts (bestehend seit Februar 2020), eine Adipositas permagna (BMI 47.5kg/m<sup>2</sup>) sowie eine substituierte Hypothyreose dokumentiert (vgl. statt vieler Berichte der Rehaklinik J.\_\_\_\_ vom 1. April 2020, IV-act. 173, und des Spitals G.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2020, IV-act. 167).

5.12 Am 17. September 2020 nahm der RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ Stellung zu den neu beigebrachten Akten. Dabei konnte er insgesamt keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausmachen. Die angebotene aPAP-Therapie in Bezug auf das Schlafapnoe-Syndrom sei als wirksame und zweckmässige Behandlung der Versicherten zumutbar. Bezüglich der gutachterlich attestierten leichten wechselbelastenden Tätigkeit könne keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Die somatische Problematik betreffend die Unterschenkel sei anlässlich des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik J.\_\_\_\_ wirksam und zweckmässig behandelt worden. Hinweise auf eine dauerhafte Verschlechterung seien nicht erkennbar. Die Rektusdiastase und die Supraumbilikale Hernie sowie die Adipositas permagna seien bekannte Diagnosen und beim Entscheid bereits berücksichtigt worden. Die COPD sei mit Inhalationstherapie wirksam und zweckmässig behandelbar und kein Grund für eine zusätzliche Einschränkung gegenüber dem gutachterlich formulierten Zumutbarkeitsprofil. Der Morbus Basedow werde mit Eltroxin substituiert und sei somit wirksam und zweckmässig behandelbar.

5.13 Im Rahmen des laufenden Einwandverfahrens gab die Versicherte eine ausführliche Stellungnahme von Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und

Psychotherapie, vom 9. Dezember 2020 zu den Akten. Darin gelangte dieser zusammenfassend zur Auffassung, dass die Herleitung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar sei. Alsdann werde auch die darin enthaltene Prüfung der Standardindikatoren den bundesgerichtlichen Anforderungen nicht gerecht (vgl. hierzu ausführlich Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2020, IV-act. 181). 5.14 Anlässlich des vorliegenden Beschwerdeverfahrens legte die Beschwerdeführerin einen weiteren Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 16. März 2021 ins Recht. Darin führte er aus, dass die Patientin unverändert unter wiederholten depressiven Einbrüchen leide. Daneben bestehe eine gemischte Angststörung. Ihre Leistungsfähigkeit sei ferner durch das Schlafapnoesyndrom und die COPD eingeschränkt. Das Myxödem der Füsse und Unterschenkel bewirke zudem eine Einschränkung der Gehfähigkeit. Aufgrund dieser Polymorbidität werde eine ausschliesslich psychiatrische Begutachtung dem Beschwerdebild der Patientin nicht gerecht. 5.15 Am 6. April 2021 nahm der RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ zu den Vorbringen in der Beschwerde Stellung. Dabei gelangte er im Wesentlichen zum Ergebnis, dass die Ausführungen des behandelnden Psychiaters die gutachterlichen Feststellungen nicht zu entkräften vermöchten. Es sei dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ keine massgebliche Verschlechterung gegenüber dem Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ zu entnehmen.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 24. Februar 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf das unter Erwägung 5.9 hiervoor zitierte Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 2. April 2020. Demzufolge ging sie davon aus, dass sowohl hinsichtlich der angestammten als auch einer leidensadaptierten Tätigkeit im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns eine Arbeitsfähigkeit von 80% bestehe, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente resultiere. Wie nachfolgend darzulegen sein wird, kommt diesem Gutachten - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin - keine ausschlaggebende Beweiskraft zu, so dass nicht darauf abgestellt werden kann.

6.2.1 Im Rahmen der Befunderhebung führte der Gutachter aus, dass die Versicherte durchgehend niedergestimmt gewirkt habe und sich die Stimmung nur wenig habe auflockern lassen. Es zeige sich eine mittelgradige Affektarmut, keine Affektlabilität und die Schwingungsfähigkeit erweise sich als eingeschränkt. Die Schilderungen der Versicherten seien sehr klagsam gewesen und sie leide unter Insuffizienzgefühlen. Psychomotorisch seien eine reduzierte Mimik und Gestik und eine monotone Sprechweise feststellbar gewesen. Sie habe über Energie- und Kraftlosigkeit geklagt und von einem "uneinheitlichen" Appetit berichtet (vgl. Gutachten, S. 22 f.). Hinsichtlich der Herleitung der Diagnose der depressiven Störung hielt der Gutachter im Wesentlichen fest, dass sich Merkmale einer anhaltenden Traurigkeit unterschiedlicher Ausprägung sowie eine Affektarmut fänden (vgl. E. 5.9 hiervoor). Er legte jedoch nicht dar, weshalb er trotz dieser Erhebungen bloss auf leichte depressive Verstimmungen bzw. das Vorliegen einer leichten depressiven Episode schloss. Er unterliess es mit Blick auf die funktionellen Auswirkungen der Diagnose gänzlich, sich mit den im Rahmen der Befunderhebung festgestellten Einschränkungen auseinander zu setzen und diese entsprechend zu werten. Er begründete seine Schlussfolgerungen allein damit, dass darüber hinaus bestehende wiederkehrende Phasen mit stärkerer depressiver Verstimmung maximal eine Woche andauern und damit das zeitliche Kriterium (2 Wochen) für die Diagnosestellung einer höhergradigen depressiven Episode nicht erreichen würden. Wie sich anhand der dokumentierten stationären Aufenthalte in der Psychiatrie E.\_\_\_\_ entnehmen lässt, trifft diese Aussage indessen gerade nicht zu, womit die Zweifel in Bezug auf die Ausprägung und den funktionellen Schweregrad dieser Diagnose bekräftigt werden.

So wurde der angeführte zeitliche Rahmen, indem eine mittelgradige oder schwere depressive Episode diagnostiziert worden war, anlässlich der 1., 2., 5., 8., 9. und 10. Hospitalisation aktenkundig überschritten (vgl. E. 5.4, 5.5, 5.8 und 5.10 hiervor). Ungeachtet des zeitlichen Kriteriums hat auch der Umstand, dass sich die Versicherte in einem Zeitraum von rund vier Jahren zehnmal in stationäre Behandlung begeben musste und zusätzlich während längerer Zeit tagesklinisch behandelt wurde, keinerlei Würdigung erfahren. 6.2.2 Wie die Beschwerdeführerin ferner zu Recht geltend macht, lässt das Gutachten in grundsätzlicher Hinsicht eine Auseinandersetzung mit abweichenden medizinischen Beurteilungen vermissen. Dr. I. \_\_\_\_ begnügte sich hierbei lediglich mit dem Hinweis, wonach sich die medizinischen Fachpersonen bei abweichenden Einschätzungen zur Arbeits(un)fähigkeit zu einseitig auf die subjektiven Beschwerden der Versicherten gestützt hätten. Entgegen diesen Feststellungen wird in den Austrittsberichten der Psychiatrie E. \_\_\_\_ nicht nur wiederholt von ausgeprägten Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Antriebsarmut, Motivationsverlust und sozialem Rückzug berichtet (vgl. statt vieler Bericht vom 23. Oktober 2019, S. 3, IV-act. 146). Vielmehr konnte namentlich im Rahmen der jüngsten Hospitalisation im Zeitraum vom 30. September 2019 bis 20. November 2019 in objektiver Hinsicht keine nennenswerte Veränderung hinsichtlich des Zustands der Versicherten ausgemacht werden und es wurde eine Remission zwischen den Episoden angesichts der zahlreichen stationären Aufenthalte grundsätzlich in Frage gestellt (vgl. Bericht der Psychiatrie E. \_\_\_\_ vom 21. Januar 2020, IV-act. 147). 6.2.3 Hinzu tritt, dass sich den entsprechenden Berichten wiederholt Hinweise auf eine dem Krankheitsgeschehen zuzuordnende Diskrepanz zwischen den von der Versicherten geschilderten und den tatsächlich von ihr umgesetzten Aktivitäten entnehmen lassen. So habe die Versicherte bspw. mehrmals berichtet, dass sie Spazieren gehen würde. Konkret habe sie dann indessen lediglich 20 Meter bis zur nächsten Parkbank zurückgelegt. In Übereinstimmung zu diesen Beobachtungen habe der Ex-Ehemann berichtet, dass sie zu Hause zwar für die Kinder sorgen wolle, jedoch oft nicht einmal imstande sei, zu kochen (vgl. Bericht der Psychiatrie E. \_\_\_\_ vom 21. Januar 2020, S. 3, IV-act. 147). Dr. I. \_\_\_\_ liess es hierbei bei der Aussage bewenden, dass die Versicherte die stationären Aufenthalte vorzeitig unterbrochen hätte, um ihre Kinder betreuen zu können. Ferner greift auch seine Feststellung zu kurz, wonach die dokumentierten Schilderungen der Versicherten, denen zufolge sie sich nicht um ihre Kinder kümmern könne, im Widerspruch zur Tatsache stünden, dass die Versicherte die vorzeitige Beendigung oder Unterbrechung der stationären bzw. ambulanten Therapien mit den Betreuungspflichten gegenüber ihren Kindern begründet habe. 6.2.4 Unstimmigkeiten lassen sich schliesslich auch in Bezug auf die festgestellten Ressourcen ausmachen, wobei diese unter anderem auf einer Diskrepanz zwischen den tatsächlichen Schilderungen der Versicherten und der gutachterlichen Wertung beruhen. Der Gutachter schloss in seiner Beurteilung insofern auf intakte Ressourcen, als er anführt, dass sowohl zum Ex-Ehemann und den drei Kindern sowie zur Herkunftsfamilie ein guter Kontakt bestehe, wobei eine Schwester der Versicherten aktenkundig im Haushalt der Versicherten gelebt habe. Die Versicherte würde ihre Freizeit alsdann teilweise mit einer engen Freundin verbringen. Im Rahmen seiner kurzgehaltenen Ausführungen ungewürdigt blieben dabei namentlich aber die Äusserungen der Versicherten, denen zufolge sowohl ihre Freundin als auch ihr Ex-Ehemann im Haushalt eine Hilfestellung darstellen würden, wobei Letzterer mehrheitlich die administrativen Tätigkeiten erledige und auch mit den Kindern die Einkäufe übernehme. Abhängig von der Tagesverfassung bedürfe sie auch Hilfe beim Kochen oder Wäsche waschen. 6.2.5 Weitere

Zweifel ergeben sich schliesslich aus den Feststellungen von Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. September 2018 (vgl. E. 5.7 hiervor), bei welchem die Versicherte seit 2010 in psychiatrischer Behandlung steht. Dr. I.\_\_\_\_ setzte sich mit den darin geschilderten Einschätzungen des Behandlers, namentlich auch dem anhand eines Gentests erhobenen Befund einer verminderten Passage von Antidepressiva durch die Blut-Hirn-Schranke, in keiner Weise auseinander. Vor diesem Hintergrund sind die gutachterlichen Schlussfolgerungen, wonach von einer Arbeitsunfähigkeit von 20% auszugehen sei, beweismässig nicht hinreichend abgestützt und erheblich in Zweifel zu ziehen. 6.3 Zusammenfassend ist das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ als nicht beweiskräftig zu bezeichnen. Die depressive Problematik an sich bzw. deren Ausmass bleibt unklar. Auch das Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität vermag der Gutachter nicht schlüssig und nachvollziehbar auszuschliessen. Insgesamt erweist sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als nicht rechtsgenügend abgeklärt.

## **E. 7**

Dessen ungeachtet sind in den vorliegenden Akten - wie die Beschwerdeführerin ebenfalls zu Recht geltend macht - zahlreiche somatische Beschwerden dokumentiert (vgl. E. 5.11 hiervor). So weist auch Dr. I.\_\_\_\_ in seinem Gutachten darauf hin, dass aufgrund der körperlichen Erkrankungen (pulmonare Situation, Zervikalsyndrom, Adipositas permagna, Myxödem) ein angepasstes Profil aus somatischer Sicht definiert werden müsste. Hervorzuheben sind dabei namentlich die im MRT vom 6. Februar 2020 (IV-act. 173, S. 46) neu erhobenen Parenchymdefekte, die in den bisherigen neurologischen Beurteilungen, insbesondere im Anschluss an das im Jahr 2010 stattgehabte Unfallereignis, gerade ausgeschlossen werden konnten (vgl. E. 5.2 hiervor). In diesem Sinne vermag denn auch die Aussage von Dr. I.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen, wonach dieser Befund mit der traumatischen Kopfverletzung von 2010 zu erklären sei und eine neu aufgetretene hirnorganische Symptomatik nicht bestätigt werden könne, zumal es sich bei Dr. I.\_\_\_\_ ohnehin nicht um einen Facharzt für Neurologie handelt. Wie unter Erwägung 5.11 hiervor dargelegt, sind in den Akten ferner ein mässig bis schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, ein Myxödem der Füsse und distalen Unterschenkel beidseits bei einem Morbus Basedow und einem sekundären Lymphödem der unteren Extremitäten beidseits im Stadium III nach Földi, eine infektexazerbierte COPD mit möglicher Pneumonie rechts, eine Adipositas permagna (BMI 47.5kg/m<sup>2</sup>) sowie eine substituierte Hypothyreose dokumentiert. Dabei finden sich vorliegend durchaus auch Beurteilungen, die aus somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen (vgl. etwa Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 24. November 2018, IV-act. 116). Das Erfordernis einer umfassenden somatischen Begutachtung wird auch nicht durch die diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdegegnerin bzw. ihres RAD entkräftet, denen zufolge die bestehenden Beschwerden bereits gutachterlich bewertet worden seien und keine IV-relevante Einschränkung des Funktionsniveaus ausgemacht werden könne, da die meisten Befunde einer wirksamen und zweckmässigen Behandlung zugänglich seien (vgl. E. 5.12 hiervor). Angesichts der zahlreichen stationären Aufenthalte und Operationen greifen diese Feststellungen zu kurz, zumal sie im Wesentlichen auf einer isolierten Betrachtung einzelner Beschwerdebilder gründen und damit einer Gesamtbetrachtung nicht hinreichend Rechnung tragen. Hinzu tritt, dass eine Wechselwirkung zwischen den somatischen und psychiatrischen Krankheitsbildern keinerlei Berücksichtigung gefunden hat. Diesbezüglich gilt es anzumerken, dass sich in den Akten verschiedentlich Hinweise

finden, wonach die fehlende Kooperation der Versicherten einer psychischen Ursache zugeschrieben wird. Auch dieser Aspekt hat im Sinne einer - die psychischen und somatischen Beeinträchtigungen umfassenden - Gesamtbeurteilung vorliegend zu wenig Würdigung erfahren.

#### **E. 8**

Nach dem Gesagten erlauben die vorliegenden Akten weder eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts noch eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Es ist im Hinblick auf eine abschliessende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine die psychischen und somatischen Beeinträchtigungen umfassende Gesamtbeurteilung (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.2) erforderlich. Nachdem die Beschwerdegegnerin eine solche unterlassen hat, ist sie ihrer - aus dem Untersuchungsgrundsatz resultierenden - Pflicht nicht nachgekommen, die Abklärungen umfassend und unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Beschwerden vorzunehmen. Die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren sind nicht ausreichend beweiskräftig, der relevante medizinische Sachverhalt bedarf vielmehr weiterer Abklärung. Die Angelegenheit ist daher an die IV-Stelle zurückzuweisen, welche den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten durch ein polydisziplinäres Gutachten, welches - mindestens - die Fachbereiche Psychiatrie, Neurologie, Endokrinologie und Pneumologie umfasst, abklären zu lassen hat. Über die Frage, ob aus medizinischer Sicht allenfalls noch weitere Abklärungen in anderen Fachrichtungen (bspw. eine neuropsychologische Abklärung) erforderlich sind, werden die beauftragten Gutachter zu befinden haben.

#### **E. 9**

Im Ergebnis ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 24. Februar 2021 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückzuweisen ist. 10.1 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). 10.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis Satz 1 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. 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. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. In casu hat deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei die Verfahrenskosten zu tragen. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-sind der IV-Stelle aufzuerlegen. 10.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteientschädigung auch die Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteiexpertise für die

Entscheidfindung unerlässlich war (Art. 45 Abs. 1 ATSG; BGE 115 V 62; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 3. Mai 2016, 9C\_671/2015, E. 5 und vom 20. August 2019, 8C\_27/2019, E. 7). Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe die Kosten für die von ihr veranlasste Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2020 (vgl. E. 5.13 hiervor) in der Höhe von Fr. 1'500.-- zu vergüten. Zwar lassen sich den Ausführungen von Dr. K.\_\_\_\_ durchaus Aspekte entnehmen, die Zweifel an den Schlussfolgerungen im Verwaltungsgutachten zu wecken vermögen. Es handelt sich hierbei indessen nicht um neue und für die Beurteilungsgrundlage unerlässliche Erkenntnisse. Wie aus den vorstehenden Erwägungen hervorgeht, geben zahlreiche weitere Berichte und Stellungnahmen von behandelnden Fachpersonen Anlass, dem Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ die Beweiskraft abzusprechen. Mit anderen Worten kommt der Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ keine entscheidende Bedeutung dafür zu, dass das Gericht zusätzliche Abklärungen als erforderlich erachtet. Die Kosten für die Erstellung dieses Berichts sind daher nicht der Beschwerdegegnerin zu überbinden. Der beigebrachten Honorarnote vom 18. Mai 2021 zufolge beläuft sich der geltend gemachte Aufwand auf insgesamt 12 Stunden, was sich umfangmässig 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. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'000.-- (12 Stunden à Fr. 250.--) zu bezahlen.

## **E. 11**

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. Selbstständig 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). 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 erkannt: *://*: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 24. Februar 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen 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. 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'000.-- zu bezahlen.

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