



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 3. August 2017 (720 17 141 / 201)

Invalidenversicherung

Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht sind nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit.

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Daniel Riner, Advokat, Steinentorstrasse 13, Postfach 204, 4010 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1964 geborene A.____ war zuletzt vom 22. Mai 2013 bis 31. Dezember 2015 bei der B.____AG als Raumpflegerin angestellt. Am 9. März 2016 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse abgeklärt hatte, ermittelte sie einen IV-Grad

von 0%. Gestützt auf dieses Ergebnis wies sie einen Anspruch von A.____ auf eine Rente nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 28. März 2017 ab.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Dr. Daniel Riner, am 11. Mai 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsgericht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es seien ihr die gesetzlichen Leistungen aus der Invalidenversicherung zuzusprechen und es seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege mit Advokat Dr. Riner als Rechtsvertreter. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass der angefochtene Entscheid auf unzureichenden medizinischen Unterlagen beruhe.

C. Mit Verfügung vom 16. Mai 2017 wurde der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Dr. Riner als Rechtsvertreter bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 30. Mai 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 11. Mai 2017 ist einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 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 wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.3 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 Geburtsge-

brechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

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

4.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

5. Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes 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 99 E. 4 f. mit weiteren Hinweisen).

5.2 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 Beweismit-

tel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

5.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen hingegen kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5.4 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten 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 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche 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 zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rah-

men der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

6. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und 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.

7. Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

7.1 Der behandelnde Arzt Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 20. April 2016 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine seronegative HLA-B27-positive Oligoarthritis. Die Versicherte habe seit Anfang August 2015 starke Schmerzen im rechten Vorderarm mit Schwellung des Handrückens und des rechten Handgelenks. Zudem bestünden wandernde Schmerzen über die Lenden- und Brustwirbelsäule (LWS, BWS) und beide Iliosakralgelenke (ISG). Die Rheumaserologie und die Borrelia-Tests würden initial einen hohen Verdacht auf eine Lyme-Arthritis als Ursache zeigen. Auf die antibiotische Behandlung mit Doxycyclin habe die Versicherte aber nur unwesentlich reagiert. Auch die Behandlung mit Steroiden und die wiederholte Applikation von Metoject hätten zu keiner Besserung geführt. Die Resultate der bei Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, veranlassten Zusatzuntersuchungen würden noch ausstehen. Nach langer Schmerzphase ohne Besserung sei sicher auch eine gewisse emotionale Überlagerung der Schmerzproblematik denkbar. Die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin sei der Versicherten nicht mehr zumutbar.

7.2 Am 17. Mai 2016 diagnostizierte Dr. D.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine seronegative, ananegative HLA-B27-positive Oligoarthritis. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Hyperparathyreoidismus mit Hyperkalzämie und Vitamin D-Mangel sowie ein lumbo- und zervicovertebrales Schmerzsyndrom. Die Versicherte stehe hinsichtlich einer spezifisch entzündlichen rheumatologischen Grunderkrankung und entsprechender Therapie weiterhin in Abklärung. Bis zur sicheren Diagnose durch das Universitätsspital E.____ sei keine definitive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich. Derzeit bestünde aber für mittelschwere und schwere wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei wahrscheinlich möglich. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen sei aus rheumatologischer Sicht davon auszugehen, dass für angepasste Verweistätigkeiten langfristig kaum eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestünde.

7.3 Im Bericht des Universitätsspitals E.____ vom 5. August 2016 wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine undifferenzierte, differentialdiagnostisch reaktive Oligoarthritis der rechten Hand, ein Verdacht auf einen primären, differentialdiagnostisch tertiären Hyperparathy-

reoidismus und ein chronisches lumbovertebrales Syndrom diagnostiziert. Anamnestisch würden Polyarthralgien beschrieben, klinisch würde sich nach Absetzen der Steroidtherapie eine asymmetrische Oligoarthritis der rechten Hand finden, jedoch nur milder Ausprägung und ohne systemische Entzündungszeichen. Differentialdiagnostisch komme eine reaktive Oligoarthritis in Frage. Eine diagnostische Gelenkspunktion sei anzustreben. Die asymmetrische Verteilung, das subjektiv fehlende Ansprechen auf das Medikament Prednison, die intraartikuläre Steroidinfiltration und Methotrexat würden eher gegen ein entzündliches Geschehen, insbesondere eine rheumatologische Arthritis sprechen. Anamnestische und klinische Hinweise für eine Psoriasisarthritis oder eine enteropathisch-assoziierte Arthritis würden sich nicht finden. Ein Post-Lyme-Syndrom sei denkbar, aber eher unwahrscheinlich. Als Ursache der Polyarthralgien, insbesondere der linken Hand komme bei Hyperkalzämie differentialdiagnostisch ein Hyperparathyreoidismus in Frage. Eine endokrinologische Beurteilung sei geplant.

7.4 Im Bericht vom 7./9. September 2016 diagnostizierte Dr. med. F.____, Assistenzärztin Universitätsspital E.____, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine undifferenzierte differentialdiagnostisch reaktive Oligoarthritis der rechten Hand. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein Verdacht auf Hyperparathyreoidismus und ein chronisches lumbovertebrales Syndrom. Bei aktuell gering bis mässig ausgeprägter Synovialitis seien der Versicherten mittelschwere bis schwere manuelle Tätigkeiten mit der rechten Hand nicht zumutbar. Für leichte manuelle Tätigkeiten bestünde wegen vermehrten Pausenbedarfs zur Regeneration der rechten Hand eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne gerechnet werden. Ab welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang sei aber noch unklar.

7.5 Am 30. November 2016 hielt Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, fest, dass die subjektiven Beschwerden der Versicherten mit keinem klassisch rheumatologisch-entzündlichen Krankheitsbild hätten erklärt werden können. Manifeste und massgebliche degenerative Veränderungen seien offensichtlich nicht ausgewiesen. Zuletzt sei eine undifferenzierte, wahrscheinlich reaktive, jedoch ausdrücklich nur sehr gering ausgeprägte Oligoarthritis der rechten Hand festgestellt worden. Damit liesse sich für angepasste Verweistätigkeiten keine massgebliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die zuletzt attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20% diene ausdrücklich zur Erholung der rechten Hand und sei versicherungsmedizinisch als vorübergehend einzustufen. Spätestens ab dem 18. Mai 2016 sei der Versicherten eine angepasste Tätigkeit unlimitiert zumutbar.

7.6 Auf Anfrage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin hielt Dr. D.____ am 28. April 2017 fest, dass ihm die Versicherte im Januar 2016 zugewiesen worden sei und er sie bei Verdacht auf eine entzündliche rheumatologische Grunderkrankung für eine Zweitmeinung in das Universitätsspital überwiesen habe. Eine sichere Diagnose bzw. Klassifizierung einer entzündlich rheumatologischen Grundkrankheit sei damals nicht möglich gewesen. Eine Lyme-Borreliose erscheine eher unwahrscheinlich und das Vorliegen einer Erbkrankheit sei zu verneinen. Weitere Angaben zum Verlauf seien ihm nicht möglich, da er die Versicherte zuletzt am

1. Februar 2016 gesehen habe. Die Resultate der damals diskutierten Hypercalcämie und der endokrinologischen Abklärung seien ihm nicht bekannt.

7.7 Am 23. Mai 2017 hielt der RAD-Arzt Dr. G._____ fest, dass keine konkreten und keine neuen spezialärztlichen Befunde vorliegen würden, welche die kolportierten Beschwerden der Versicherten belegen würden. Festgestellt worden sei eine unspezifische Oligoarthritis begrenzt auf die rechte Hand. Ein darüber hinaus gehender Gelenkbefall sei nicht belegt. Nach der Beurteilung von Dr. D._____ seien keine konkreten Hinweise für das Vorliegen einer Erbkrankheit vorhanden und eine Lyme-Borreliose sei nach initialem Verdacht als unwahrscheinlich einzustufen. Weitere Abklärungen seien nicht erforderlich.

8.1 Die IV-Stelle ging gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen und insbesondere gestützt auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. G._____ vom 30. November 2016 davon aus, dass die Versicherte im massgebenden Zeitraum in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufweise. Wie in Erwägung 5.2 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Rechtsprechungsgemäss sind an versicherungsinterne Beurteilungen, wie dem vorliegenden Bericht des RAD-Arztes Dr. G._____, strenge Anforderungen zu stellen und bereits bei geringen Zweifeln an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2; vgl. E. 5.3 hiervor). Solche Zweifel liegen indessen nicht vor. Dr. G._____ zeigte nachvollziehbar auf, dass bei der Versicherten aufgrund der bisher durchgeführten fachärztlichen Abklärungen weder ein klassisch rheumatologisch-entzündlichen Krankheitsbild noch massgebliche degenerative Veränderungen ausgewiesen sei. Mit Blick auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen, insbesondere dem Bericht von Dr. F._____ vom 7./9. September 2016, ist auch seine Beurteilung, wonach die erhobenen Befunde keine massgebliche Limitierung der Leistungsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit zu bewirken vermögen, nachvollziehbar. Insgesamt ist die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. G._____ sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen überzeugend, weshalb die IV-Stelle bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage darauf abstellen durfte.

8.2 Die von der Beschwerdeführerin geäusserte Kritik an der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. G._____ ist nicht geeignet, deren ausschlaggebenden Beweiswert in Frage zu stellen. Wenn sie geltend macht, die bisher durchgeführten medizinischen Abklärungen liessen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass sie nicht unter einer Krankheit mit invalidisierenden Folgen leide, ist ihr entgegenzuhalten, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend sind, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294, Urteil des Bundesgerichts vom 3. Dezember 2014, 9C_526/2014, E. 5.1). Auch wenn die Beschwerden der Versicherten diagnostisch nicht eindeu-

tig zuordenbar sind resp. nicht abschliessend geklärt ist, ob allenfalls eine Lyme-Borreliose oder eine Erbkrankheit Ursache der geklagten Beschwerden sein könnte, wird aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen dennoch deutlich, dass die erhobenen Befunde keine massgebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit bewirken. Eine anderslautende Zumutbarkeitsbeurteilung oder Hinweise für eine zwischenzeitliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit liegen nicht vor. Vor diesem Hintergrund durfte die Vorinstanz in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 137 V 64 E. 5.2; 136 I 229 E. 5.3) – ohne gegen den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zu verstossen – auf weitere medizinische Abklärungen verzichten und das Leistungsbegehren abweisen.

8.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass aufgrund der massgebenden Beurteilung des RAD-Arztes Dr. G.____ vom 30. November 2016 davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin invalidenversicherungsrechtlich keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufweist. Ein Einkommensvergleich erübrigt sich bei diesem Ergebnis. Selbst wenn eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% bestünde, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die angefochtene Verfügung, mit welcher der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente verneint wurde, ist demnach nicht zu beanstanden und die Beschwerde deshalb abzuweisen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Da ihr mit Verfügung vom 16. Mai 2017 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse.

9.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Beschwerdeführerin ebenfalls mit Verfügung vom 16. Mai 2017 die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt wurde, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Kostennote vom 7. Juni 2017 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8 Stunden und Auslagen von Fr. 125.30 geltend gemacht, was angesichts der sich stellenden Sach- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'600.00 (8 Stunden à Fr. 200.-- und Auslagen von Fr. 125.30 zuzüglich Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

9.4 Zu entscheiden bleibt noch über die Kosten des von der Beschwerdeführerin bei Dr. D.____ eingeholten Berichts vom 28. April 2017 in der Höhe von Fr. 100.--. Der verfassungsmässige Anspruch auf unentgeltliche Prozessführung umfasst neben den ordentlichen Kosten in erster Linie das Anwaltshonorar und darüber hinaus die Auslagen im Sinne der §§ 15 und 16 der Tarifordnung. Ein Anspruch auf die Erstattung weiterer Auslagen findet indes keine gesetzliche Grundlage. Zwar sind nach der Rechtsprechung unter dem Titel der Parteientschädigung auch die Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteipertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 63 E. 5c; Urteil des Bundesgerichts vom 24. April 2007, I 1008/06, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG festgehalten (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, Art. 45 Rz. 17). Vorliegend kommt nun allerdings dem Bericht von Dr. D.____ vom 28. April 2017 im Hinblick auf den Prozessausgang keine entscheidungsrelevante Bedeutung zu. Vielmehr hat die IV-Stelle – wie oben ausgeführt (vgl. E. 8.1 hiervor) – bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu Recht vollumfänglich auf die Beurteilung des RAD-Arzt Dr. G.____ vom 30. November 2016 abgestellt. Somit sind die Voraussetzungen für eine Vergütung der Kosten des privat eingeholten Berichts von Dr. D.____ nicht gegeben, weshalb die entsprechenden Kosten weder der IV-Stelle überbunden, mangels entsprechender gesetzlicher Grundlage aber auch nicht unter dem Titel der unentgeltlichen Verbeiständung erstattet werden können.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'863.30 (inkl. Auslagen und 8% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.
 4. Der Antrag der Beschwerdeführerin auf Vergütung der Kosten für den

Bericht von Dr. med. Christoph D._____ vom 28. April 2017 in der Höhe von Fr. 100.-- wird abgewiesen.

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